

Годъ XXI.

ВОСКРЕСЕНЬЕ 16-го ФЕВРАЛЯ 1914 г.

№ 7.

Врачебная Газета

А.И.

КЛИНИЧЕСКАЯ И БЫТОВАЯ ГАЗЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ. 100

Подъ редакціей д-ровъ мед. А. А. Лозинскаго и Г. И. Дембо.

JOD-VASOGEN

показанъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется интен- сивное и быстрое всасываніе болѣзненныхъ про- дуктовъ. Наружно примѣняется въ качествѣ втираний при плевритѣ, перикардитѣ, пери- и эндометритѣ (тампонація), эмп- димитѣ, маститѣ, періоститѣ, и т. д. — ВНУТРЬ (10—20 ка- пель, сильно встряхивать съ теплымъ молокомъ въ бутылочкѣ при сифилисѣ, артеріосклерозѣ и т. д. Въ виду многочисленныхъ плохихъ поддѣлокъ слѣдуетъ прописывать исключительно «JOD-VASOGEN PEARSON» въ оригинальной упаковкѣ по 30,0 или 100,0 гр.

Pearson & Co, G. m. b. H. Гамбургъ.

№ 52 7

FERRATOSE

BOEHRINGER

(содержитъ 0,3% желѣза въ органическомъ соединеніи съ бѣлкомъ)

Испытано какъ „натуральное желѣзистое питательное средство“ при **анеміи, хлорозѣ, общей слабости и въ періодѣ выздоровленія**

Дневная доза: 3—4 столовыя ложки 250 хѣтиль соответственно меньше.

Оригинальные флаконы: въ 25 гр.

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim (Deutschland).

Научное представительство для Россіи Магистръ **К. И. Креслингъ** С.-Петербургъ Большая К-вѣрная 14

16-13-2

АРТРИТИЧЕСКІЙ ДІАТЕЗЪ

Шипучія крупинки

ПИПЕРАЗИНЪ MIDY

наиболѣе сильный РАСТВОРИТЕЛЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ

стимулирующій дѣятельность печени. Отъ 2-4 чайныхъ ложечекъ въ день
Образцы: Pharm Midy 140 Boulevard l'Honneur, Paris или А. Вайнштейнъ Фоксаль 13 Варшава.

ОКСАЛУРИЯ ОКСАЛЕМИЯ

16-20-2

CONTREXÉVILLE PAVILLON

ЕСТЕСТВЕННАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА

Мочегонная, слабительная, содѣйствующая перевариванію ЛУЧШАЯ СТОЛОВАЯ ВОДА при мочевоомъ пескѣ, подагрѣ и ревматизмѣ. НЕЗАМѢНИМА ВООБЩЕ КАКЪ СТОЛОВАЯ ВОДА. Продается всюду. Курортъ открьтъ съ 20 Мая по 20 Сентября. *Водолеженіе.* Ванны. Души. Массажъ. Заведеніе 1-го разряда. Домъ собранія. Театръ. Большой паркъ. Гимнастика и пр.

51-26-4

ходится прибегать к слабительным. Мы хотѣли повторить курсъ вюрскианскаго, такъ какъ не были увѣрены въ продолжительность дѣйствія сѣрнокислой магнезии, въ виду чего мы посоветовали больному прибѣгать, хотя мочеиспусканіе происходило у него нормально. Большой приѣхалъ черезъ 3 мѣсяца—29/ix. Было произведено такимъ же образомъ, какъ и раньше. 15 вюрскианскаго; за это время дѣятельность желудка—нормальная; мочеиспусканіе, какъ и раньше, происходитъ раза 3 въ день; количество мочи отъ 1500 до 2500 куб. см., патологическаго въ мочѣ ничего не найдено; общее состояніе пациента хорошее.

Такимъ образомъ, прошло уже 5 мѣсяцевъ послѣ того, какъ больной въ первый разъ самостоятельно помогилъ, — и съ тѣхъ поръ онъ мочится безъ задержки, нормально.

Переходя теперь къ вопросу—съ какого же рода заболѣваніемъ мы имѣемъ дѣло, мы должны, исключивъ возможность мѣстныхъ препятствій по пути мочеиспускательнаго канала, обратиться къ физиологическому мочевыделенію и испражненію. При изслѣдованіи мочеиспускательнаго канала мы не находимъ по пути ни структуръ, ни опухолей; предстательная железа нормальна, не увеличена, безболѣзненна; катетеръ свободно проходитъ въ мочевой пузырь. Какъ извѣстно, задержка мочи можетъ происходить вслѣдствіе препятствій со стороны выводящихъ путей вслѣдствіе заболѣваній центральной нервной системы. Но въ этиологическомъ отношеніи атонія мочевого пузыря и вызываемая этимъ или полная задержка мочи (retentio urinae), или частичная (ischuria) могутъ зависѣть отъ 3-й группы причинъ, гдѣ не удается обнаружить этихъ моментовъ. Такіе случаи описаны Casper'омъ, Albarran'омъ, A. Berger'омъ, Wolker'омъ и др. Въ этихъ случаяхъ, когда не удается обнаружить первыхъ двухъ моментовъ, слѣдуетъ объяснять явленія атонія заболѣваніемъ центра, регулирующаго функцію мочевого пузыря, заложенаго въ plexus hypogastricus симпатической нервной системы.

Какимъ образомъ происходитъ опорожненіе мочевого пузыря? Мочеиспусканіе представляетъ частью актъ рефлекторный, частью — произвольный. Какъ только наполненіе мочевого пузыря достигло извѣстной, индивидуально различной степени, — наступаетъ растяженіе и реактивное сокращеніе стѣнокъ пузыря; мѣтве же, что позывъ къ мочеиспусканію зависитъ отъ выступленія мочи въ мочеиспускательный каналъ, слѣдуетъ признать неправильнымъ (Guyon). «По изслѣдованіямъ L. R. Müller'a, опорожненіе мочевого пузыря—рефлекторный процессъ, совершающійся только въ симпатической нервной системѣ, независимо отъ спинного мозга. Но у здороваго взрослого человѣка пузырный рефлексъ возбуждается головнымъ мозгомъ («произвольно»). Эти волокна, возбуждающія рефлексъ, проходятъ внизъ черезъ весь спинной мозгъ, покидая его лишь въ conus medullaris. Поэтому при всѣхъ поперечныхъ заболѣваніяхъ спинного мозга наступаетъ сначала ишурия (затрудненіе мочевыделенія) и полная задержка мочи» (Strümpell). Изгнаніе мочи происходитъ, по Tiegerstedt'у, благодаря произвольному расслабленію наружнаго сфинктера, вслѣдъ за которымъ наступаетъ рефлекторное сокращеніе мышцъ всего пузыря. Поперечная перерѣзка спинного мозга (выше выхода нервовъ) всегда и прежде всего влечетъ за собою задержку мочи, причѣмъ пузырь растягивается (Landois).

Чтобы понять, почему происходитъ при заболѣваніяхъ спинного мозга расстройство, какъ со стороны мочевого пузыря, такъ и со стороны прямой кишки, надо помнить, что мочевой пузырь иннервируется четырьмя парами крестцовыхъ чувствительныхъ нервовъ и получаетъ двигательные нервы черезъ передніе корешки III и IV крестцовыхъ нервовъ; эти нервные пути, анастомозируя съ крестцовыми сплетеніями симпатическаго нерва, снабжаютъ также прямую кишку своими конечными развѣтвленіями; отсюда ясна физиологическая, патологическая и рефлекторная зависимость между этими двумя органами (Подрезъ).

Исключивъ препятствія со стороны мочеиспускательнаго канала, мы должны остановиться на раз-

смотрѣніи признаковъ заболѣванія центральной нервной системы. Прежде всего, у насъ имѣется опредѣленный этиологическій моментъ—травма, послѣ которой больной находился 3 дня въ безсознательномъ состояніи. Въ послѣдующемъ опредѣляются измѣненія со стороны нервной системы: расстройство болевой чувствительности (пониженіе и потеря ея) въ области спины и живота соответственно спинномозговымъ сегментамъ на высотѣ VI—X остистыхъ отростковъ, отсутствіе брюшныхъ рефлексовъ и рефлекса временнаго задержанія мочеиспусканія и испражненія и остальные, нервныя явленія, — весь этотъ симптомокомплексъ укладывается въ картину травматическаго поврежденія спинного мозга, часто сопровождающагося гематоміаліей. Травматическія разрушенія спинного мозга и кровоизліянія относятся къ группѣ безсистемныхъ, разлитыхъ заболѣваній спинного мозга; судя по имѣющейся у насъ анестезіи къ болевымъ раздраженіямъ опредѣленной области, при сохраненіи чувства положенія и прикосновенія, слѣдуетъ думать о центральномъ пораженіи сѣрыхъ заднихъ роговъ спинного мозга.

Случаи задержки мочевыделенія представляли и представляютъ всегда интересъ относительно этиологіи и терапіи. Подобный нашему случай былъ сообщенъ докторомъ Хольцовымъ (Практическій Врачъ 1908 г. № 8): у больного была хроническая контрактура шейки мочевого пузыря; произведена 2 раза операція—простатэктомія и насильственное растяженіе сфинктера, — получился удовлетворительный результатъ.

Приводя описанный случай, какъ интересный и рѣдкій въ отношеніи достигнутаго леченіемъ результата, я не буду останавливаться на вопросѣ о фармакологическомъ дѣйствіи сѣрнокислой магнезии. Что касается этого вопроса, то онъ въ настоящее время составляетъ предметъ моей специальной работы въ фармакологической лабораторіи проф. Я. Я. Постова въ Харьковскомъ университетѣ, и результаты изслѣдованія будутъ сообщены.

Литература. A. Robin и M. Sourdet, Bulletin méd. 1912 г. № 49, цит. Пр. Вр. 1912 г., № 39.—A. Berger, Zur Frage der spinalen Blasenstörungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenk. XXVII, 5 и 6 р., 424 с. 1904 г.—A. Strümpell, Частная патологія и терапія внутреннихъ болѣзней. 1911 г.—L. Landois, Учебникъ физиологіи человѣка. 1886 г.—Th. Wolker, Атонія мочевого пузыря безъ механическаго вернаго стѣпанія. Zeitschr. f. Urologie VI, цит. Мед. Обзоръ 1911 г., т. LXXVII, № 18.—R. Tiegerstedt, Учебникъ физиологіи человѣка 1919 г.—Хольцовъ, Хроническая контрактура шейки мочевого пузыря. Практическій Врачъ 1908 г., № 8.—А. Подрезъ, Хирургическія болѣзни мочевыхъ и половыхъ органовъ, т. II. 1896 г.—P. Carnot, Die subkutanen Injektionen von Abführungsmitteln. Therap. Monat. 1912 г. November.

Изъ Патологическаго Кабинета Института Экспериментальной Медицины. (Завѣдующій Е. С. Ловдовъ).

23. Къ учению о парантеральныхъ ферментахъ (по методу Abderhalden'a) *).

(Предварительное сообщеніе).

О. С. Парсамова (Петербургъ).

Перепечатка воспрещена.
Закопъ 20 марта 1914 г.

Извѣстно, какое часто затрудненіе представляетъ для акушера гинеколога діагнозъ нормальной беременности въ начальныхъ стадіяхъ, когда наши обычные методы изслѣдованія мало гарантируютъ вѣрность діагноза. Что же касается вѣматочной беременности, то очень рѣдко удается діагносцировать ее тогда, когда она еще не нарушена, и, если ставится діагнозъ ненарушенной вѣматочной беременности, то всегда — съ большимъ сомнѣніемъ. Достаточно указать хотя бы на эти діагностическія затрудненія, чтобы понять то

* Докладъ на V съѣздѣ Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ въ Харьковѣ.

258 О. С. Парямовъ: Къ ученію о павитеральныхъ ферментахъ (по методу Abderhalden'a). ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА 1914. № 7.

громное значеніе, которое должна была имѣть реакція Abderhalden'a для практическихъ цѣлей въ акушерствѣ и гинекологіи, и тотъ интересъ, который вызвала эта реакція.

Для практическихъ цѣлей акушеру-гинекологу, конечно, необходимо было выяснитьъ прежде всего специфичность реакціи Abderhalden'a, но, несмотря на то, что въ сравнительно короткое время эта реакція создала громадную клиническую литературу, до сихъ поръ еще специфичность реакціи не установлена. И самъ Abderhalden, предложившій эту реакцію, хотя и думаетъ, что эта реакція специфична, но все-таки оставляетъ вопросъ открытымъ и въ одной изъ своихъ первыхъ статей говорить, что эту специфичность могутъ установить только клиницисты на большомъ матеріалѣ.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что вопросъ о специфичности данныхъ веществъ будетъ окончательно выясненъ лишь тогда, когда экспериментъ раскроетъ намъ механизмъ ихъ образованія, ибо только тогда станетъ ясно, что и какъ организмъ воспроизводитъ въ отвѣтъ на проникающія въ его внутренніи системы чужеродныя начала. Къ сожалѣнію, объ этомъ механизмѣ мы еще ничего ни знаемъ. Самъ Abderhalden въ своей книгѣ «Abwehrfermente des tierischen Organismus», дойдя до этого пункта, говоритъ: вопросъ, откуда происходятъ эти ферменты, остается открытымъ. Многое говоритъ за то, что лейкоциты играютъ нѣкоторую роль. Остается невыясненнымъ, одни-ли лейкоциты здѣсь играютъ роль? Abderhalden думаетъ, что также играютъ роль эритроциты и кровяныя пластинки. Несомнѣнно,—говоритъ Abderhalden,—что эритроцитамъ присуща и другая задача, помимо переноса кислорода. Теоретически необходимо себѣ представить, что функція возсозданія защитительныхъ ферментовъ возложена природой не на весь организмъ въ его совокупной цѣлости и сложности, а на ту или другую физиологическую систему.

Помимо того источника, на который указываетъ Abderhalden, т. е. форменныя элементы крови, можно было бы указать на цѣлый рядъ органовъ, отношеніе которыхъ къ ферментамъ въ физиологическихъ условіяхъ довольно близкое; сюда относятся, напр., поджелудочная железа съ ея арсеналомъ ферментовъ, щитовидная железа, надпочечныя железы и другіе органы внутренней секреціи, дѣйствующіе регулирующимъ образомъ на поджелудочную железу.

Въ виду сложности и запутанности отношеній между отдѣльными органами разобраться въ вопросѣ объ ихъ участіи въ производствѣ защитительныхъ ферментовъ можно только путемъ ихъ удаленія изъ организма.

На первый взглядъ этотъ методъ можетъ казаться очень простымъ. Дѣйствительно, желая опредѣлить, производятъ-ли данный органъ защитные ферменты или нѣтъ, достаточно удостовѣриться предварительно въ отсутствіи у данного животнаго ферментовъ въ крови, вырѣзать этотъ органъ, ввести въ организмъ антигенный бѣлокъ и посмотреть, создаетъ-ли организмъ послѣ этого защитные ферменты или нѣтъ? Но такой простоты отношеній нельзя было уже, а priori, ожидать въ виду указанной выше, сопряженной связи органовъ между собой. Удаленіе одного органа должно повлечь за собой тѣ или другіе процессы въ другихъ органахъ, причѣмъ въ кровь могутъ поступать изъ этихъ послѣднихъ необычныя для нея вещества, которые могутъ или освободить отъ себя ферменты (аутолитическіе), или же, опять-таки, возбуждать какую-нибудь другую систему къ производству новыхъ ферментовъ. Однимъ словомъ, ясно, что въ данномъ случаѣ, какъ, впрочемъ, и во всѣхъ другихъ аналогичныхъ случаяхъ, методъ удаленія представляется сложнымъ и запутаннымъ. Но, съ другой стороны, все-таки это—единственный методъ, который можетъ привести

къ цѣли. Изъ этого ясно, что, занявшись даннымъ вопросомъ всего лишь недавно, мы еще не могли получить какихъ-либо рѣшительныхъ результатовъ. Но такъ какъ тѣ результаты, которые мы получили, являются уже сами по себѣ новыми, то я счелъ бы безполезнымъ вкратцѣ сообщить о нихъ, хотя бы для того, чтобы побудить и другихъ изслѣдователей работать въ томъ же направленіи.

Въ качествѣ антигена мы избрали такой объектъ, который, самъ по себѣ, свободенъ отъ протеолитическихъ и пептолитическихъ ферментовъ, для того, чтобы сразу исключить одинъ изъ возможныхъ источниковъ ферментовъ.

Мы избрали для этого аутогенную кровяную сыворотку, которая, по опытамъ Petri и Heilner'a, является довольно энергичнымъ возбудителемъ защитныхъ ферментовъ. Мы проверили это заявленіе и могли вполне подтвердить его. Послѣ впрыскиванія кролику въ вену уха сыворотки его собственной крови или крови другого кролика, уже черезъ 2 часа ингибировъ открываетъ совершенно отчетливо появленіе у подвергнутого опыту животнаго въ крови ферментовъ. Мы прослѣдили, въ интересахъ дальнѣйшихъ нашихъ изслѣдованій, и дальнѣйшую судьбу этихъ ферментовъ. Оказалось, что они исчезаютъ спустя довольно продолжительное время (около 3 недѣль. Кроликъ № 6). Затѣмъ намъ, опять-таки въ интересахъ дальнѣйшихъ изслѣдованій, представлялось интереснымъ прослѣдить—возникаютъ-ли эти ферменты вновь, а если возникаютъ, то въ какомъ именно порядкѣ, если повторитъ впрыскиваніе аутогенной (resp. омогенной) сыворотки. Далѣе, представляя намъ вопросъ объ отношеніи организма къ появившимся въ немъ ферментамъ, для каковой цѣли мы изучили ингибированную реакцію крови кролика послѣ введенія ему черезъ вену уха чистаго, натуральнаго, стерильнаго поджелудочнаго сока отъ собаки.

Не обобщая пока полученныхъ результатовъ, ограничусь передачей результатовъ надъ отдѣльными опытными животными.

Кроликъ № 1. До впрыскиванія реакція Abderhalden'a была отрицательной, послѣ впрыскиванія 1 куб. см. сыворотки кролика реакція стала ясно-положительной уже черезъ 2 часа послѣ впрыскиванія. Держалась реакція въ теченіе 3 сутокъ, за которыя продолжалось наблюденіе. Послѣ этого наблюденіе было прекращено, такъ какъ кроликъ былъ убитъ для другихъ экспериментальныхъ цѣлей.

Кроликъ № 2. У этого кролика реакція также была отрицательной до впрыскиванія. Послѣ впрыскиванія 1 куб. см. сыворотки уже черезъ 2 часа получена положительная реакція, правда, слабо-положительная, но черезъ 1 сутки реакція стала уже ясно-положительной, и держалась она въ теченіе 1 недѣли, въ теченіе которой велось наблюденіе, а затѣмъ кроликъ былъ взятъ для другихъ цѣлей.

Кроликъ № 3. У этого кролика получена положительная реакція до впрыскиванія сыворотки; реакція держалась около 20 дней, за которыя велось наблюденіе, послѣ чего дальнѣйшее наблюденіе было оставлено. Надо замѣтить, что у этого кролика сыворотка, сама по себѣ (въ контрольномъ опытѣ), давала все время положительную реакцію, правда, слабѣе, чѣмъ сыворотка—мышца.

Кроликъ № 6. У этого кролика до впрыскиванія сыворотки реакція была отрицательной. Послѣ впрыскиванія 1 куб. см. сыворотки черезъ 2 часа реакція была уже слабо-положительной. Слѣдующій разъ кровь была взята черезъ 1 недѣлю, и реакція была ясно-положительной и держалась до 12 сутокъ. На 14-я сутки реакція была слабо-положительной, на 18-я же сутки стала отрицательной. Для проверки кровь была взята черезъ 1 недѣлю, и реакція опять была отрицательной. Этому кролику вновь впрыснули 1 куб. см. сыворотки, черезъ 3 сутокъ реакція продолжала оставаться отрицательной. Тогда впрыснули 3 куб. см. сыворотки, и черезъ 1 сутки получена слабо-положительная реакція.

Контрольный кроликъ (№ 8). Прежде, чѣмъ начать опыты съ удаленіемъ органовъ, мы рѣшили поставить контрольный опытъ для выясненія вліянія хлороформа и самой операціи. Для этого у кролика была взята кровь и изслѣдована; получена отрицательная реакція. Затѣмъ кролику дали поглотить хлороформа, вскрыли брюшную полость, перерѣзали сосудъ и лигировали его. Брюшную стѣнку зашили. Черезъ 1 сутки взяли кровь, реакція была опять отрицательной. Такимъ образомъ, выясни-

Таблица № 1. Опыты съ впрыскиваніемъ сыворотки.

Кроликъ № 1.			Кроликъ № 2.			Кроликъ № 3.			Кроликъ № 6.		
Кровь взята	С+М.	С.	Кровь взята	С+М.	С.	Кровь взята	С+М.	С.	Кровь взята	С+М.	С.
10/x.	—	—	18/x.	—	—	20/x.	++	+	10/x.	—	—
Черезъ 2 часа.	Вприс.	чудо	Черезъ 2 часа	Вприс.	чудо	Черезъ 1 сутки	++	+	Черезъ 2 часа	Вприс.	чудо
> 1 сутки	1 к. стм.	сывор.	> 1 сутки	1 к. стм.	сывор.	> 3 сут.	++	+	> 1 к. стм.	1 к. стм.	сывор.
> 3 сут.	++	—	> 3 сут.	++	—	> 10 сут.	++	+	> 7 сут.	++	—
	++	—	> 5 сут.	++	—	> 2 нед.	++	+	> 12 сут.	++	—
	Наблю	деніе	> подѣлю	++	—		++	+	> 14 сут.	++	—
	прекря	щено.		++	—		++	+	> 18 сут.	—	—
				Наблю	деніе		Набли	деніе	> 25 сут.	—	—
				прекря	щено.		прекря	щено.		Вприс.	чудо
									> 1 к. стм.	1 к. стм.	сывор.
									> 3 сут.	—	—
									> 1 сут.	Вприс.	чудо
									> 3 сут.	3 к. стм.	сывор.
									> 1 сут.	+	—
										Набли	деніе
										продолж	ається.

С+М = сыворотка + мышца.
 С = сыворотка.
 ++ = ясно-положительная реакція Abderhalden'a.
 + = слабо-положительная реакція Abderhalden'a.
 ±? = сомнительная реакція.
 — = отрицательная реакція.

Таблица № 2. Опыты съ удаленіемъ органовъ.

Кроликъ № 4.			Кроликъ № 5.			Кроликъ № 7.			Кроликъ № 9.		
Кровь взята	С+М.	М.	Кровь взята	С+М.	С.	Кровь взята	С+М.	С.	Кровь взята	С+М.	С.
Чер. 1 мѣсяцъ.	Удалена	селез.	Чер. 1 мѣсяцъ.	Удалена	селез.	16/x.	—	—	12/x.	—	—
> 1 м. 2 дн.	++	—	> 1 м. 2 дн.	++	—		Уда	лена		Сла	жно
> 1 м. 10 дн.	+	—	> 1 м. 8 дн.	+	—		сел	зенька.		кровоу	скавіе.
> 2 м. 3 дн.	—	—	> 2 м. 3 дн.	—	—	Чер. 1 сутки .	+	—	Чер. 1 сутки .	—	—
	Вприс.	чудо		Вприс.	чудо	> 9 сут. . .	++	—		Уда	лена
> 1 сутки .	1 к. стм.	сывор.	> 1 сутки .	1 к. стм.	сывор.	> 20 сут. . .	++	—	> 1 сутки .	щат.	жел.
> 4 сут. . .	—	—	> 4 сут. . .	±?	—	> 23 сут. . .	+	—		+	—
	Вприс.	чудо		Вприс.	чудо		Набли	деніе		Набли	деніе
> 1 сутки .	3 к. стм.	сывор.	> 1 сутки .	3 к. стм.	сывор.		продолж	ається.		продолж	ається.
	+	—		+	—						
	Наблю	деніе		Наблю	деніе						
	продолж	ається.		продолж	ається.						

Кроликъ № 8 (контрольный).

Кровь взята	С+М.	С.
10/x.	—	—
Черезъ 1 сутки	Хлорофор.	рипи.
	опер.	ція.
> 1 сутки	Вприс.	чудо
	1 куб. стм.	сыворотки.
	++	—
	Набли	деніе
	продолж	ається.

дось, что самая опереція и хлорофоризъ не вліяютъ въ смыслѣ образованія ферментовъ. Чтобы выяснитъ, образуются-ли ферменты послѣ впрыскиванія сыворотки у кролика, перенесшаго хлорофоризъ и оперецію, мы впрыснули ему 1 куб. стм. сыворотки—черезъ сутки получается положительная реакція.
 Кролики №№ 4 и 5. Эти кролики намъ достались уже безъ селезенки. Наблюденіе начато черезъ 1 мѣсяцъ послѣ удаленія селезенки. Реакція у обоихъ кроликовъ была положительной и держалась около 1 1/2 мѣс. Затѣмъ, когда получилась у нихъ отрицательная реакція, было впрыснуто 1 куб. стм. сыворотки, и реакція опять продолжала оставаться отрицательной!).

1) У кролика № 5 реакція была неясной черезъ 1 сутки и отрицательной черезъ 4 сутокъ.

Таблица № 3. Опыты съ впрыскиваніемъ ферментовъ.

Кроликъ № 10.			Кроликъ № 11.		
Кровь взята	С+М.	С.	Кровь взята	С+М.	С.
20/x.	—	—	20/x.	—	—
Чер. 5 мин. .	Вприс.	чудо	Чер. 5 мин. .	Вприс.	чудо
> 15 мин. .	2 к. стм.	оджел	> 15 мин. .	2 к. стм.	оджел.
> 30 мин. .	сока.	—	> 30 мин. .	сока, вагн.	ѣтаго
> 1 сутки .	+	—	> 1 сутки .	при 60°	1/2 час.
	±?	—		—	—
	Набли	деніе		±?	—
	продолж	ається.		Набли	деніе
				продолж	ається.

Вновь впрыснули около 3 куб. стм. сыворотки, и черезъ сутки реакція была уже слабо-положительной.

Кроликъ № 7. Реакція отрицательная. Удалена селезенка; черезъ сутки получена слабо-положительная реакція. Положительная реакція держалась около 20 дней; на 23-и сутки реакція была слабо-положительной. Наблюденіе продолжается.

Кроликъ № 9. Для того, чтобы проверить, не вліяютъ-ли въ смыслѣ образованія ферментовъ большія кровопусканія, кролику выпустили сразу около 40 куб. стм. сыворотки изъ вены уха. Реакція до и послѣ кровопусканія была отрицательной. За-

тъмъ была удалена питовидная железа. Черезъ 1 сутки слабо-положительная реакция.

Кроликъ № 10. Реакція отрицательная. Вырисуется чистый, натуральный, стерильный поджелудочный сокъ отъ собаки. Черезъ 5 мин. положительная реакция, черезъ 15 — idem, черезъ 1/2 часа — отрицательная. Черезъ сутки неясная реакция.

Кроликъ № 11. Реакція отрицательная. Вырисуется поджелудочный сокъ, который былъ подогрѣтъ въ теченіе 1/2 часа при 60°. Черезъ 5, 15 и 30 мин. отрицательная реакция. Черезъ 1 сутки неясная реакция. Этотъ кроликъ взять, какъ контрольный, чтобы выяснить, не вліяетъ-ли само вырискиваніе поджелудочнаго сока въ теченіе 1/2 часа въ смыслъ образованія ферментовъ.

Какъ я уже отмѣтилъ выше, отвѣтъ на поставленный нами вопросъ является дѣломъ будущаго, пока же ограничусь замѣчаніемъ, что новооткрытые ферменты, которые, если не цѣлкомъ, то, по всѣмъ вѣроятіямъ, въ большей своей части, совпадаютъ съ рѣше известными намъ иммунными тѣлами въ смыслѣ своего происхожденія и своихъ специфическихъ свойствъ, представляютъ довольно большую сложность и окончательное разъясненіе всѣхъ темныхъ сторонъ вопроса можетъ послѣдовать лишь послѣ всесторонней и тщательной экспериментальной разработки вопроса. Одни клиническія наблюденія въ этомъ отношеніи врядъ-ли могутъ быть достаточны.

Изъ Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія. (Директоръ— С. С. Холмогоровъ).

24. Амаврозъ и беременность.

М. П. Рогова.

Перепечатка воспроизона.
Законъ 20 марта 1911 г.

Хотя беременность сама по себѣ и является актомъ физиологическимъ, тѣмъ не менѣе она довольно часто производитъ въ организмѣ женщины измѣненія, стоящія на границѣ съ патологіей, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже вызываетъ тяжелья болѣзненные расстройства со смертельнымъ исходомъ. Въ основѣ всѣхъ этихъ осложненій, начиная отъ сравнительно невинной рвоты беременныхъ и кончая такими грозными болѣзнями, какъ эклампсія, острая желтая атрофія печени и злокачественное малокровіе, лежитъ, согласно теоріи, отмѣчающей современнымъ воззрѣніямъ, самоотравленіе беременной. Однако, несмотря на упорныя изысканія, опредѣлить отравляющія вещества до сихъ поръ не удалось, и различные авторы по разному объясняютъ сущность яда беременности. Одни говорятъ, что организмъ матери отравляется вѣдствіемъ накопленія продуктовъ обмѣна веществъ, которые до беременности выводились съ менструальной кровью; другіе обвиняютъ расстройства внутренней секреціи яичниковъ; третьи считаютъ отравляющими веществами токсины, выделяемые плодомъ или вырабатываемые организмомъ самой беременной.

Изъ осложненій беременности особеннаго вниманія заслуживаютъ расстройства нервной системы, а именно такъ назыв. «параличи беременныхъ», которые дѣлятся на двѣ большихъ группы: на параличи центральные съ пораженіемъ головного и спинного мозга и параличи периферическіе.

Для теоріи самоотравленія особенно доказательными являются случаи рецидивирующихъ мѣлитовъ у беременныхъ. Такъ, напр., въ случаѣ Höslein'a 1) у одной больной 3 раза при наступленіи беременности и 1 разъ въ связи съ гинекологическимъ заболѣваніемъ наблюдалось появленіе мѣлита, каждый разъ оканчивавшагося выздоровленіемъ. Въ случаѣ Федорова 2) у здоровой женщины на V мѣсяцѣ беременности появились первые симптомы мѣлита, постепенно прогрессировавшіе и закончившіеся ко времени родовъ параличемъ обѣихъ нижнихъ конечностей.

Значительно чаще, чѣмъ центральные параличи, во время беременности наблюдаются периферическіе параличи, и обыкновенно у больныхъ, страдающихъ

второй болѣзью, въ анамнезѣ удается найти неукротимую рвоту въ началѣ беременности, почему и является предположеніе, что тотъ же ядъ, который вызывалъ рвоту, вызвалъ позднѣе и заболѣваніе нервной системы. Такъ, беременная, о которой сообщаетъ Соловьевъ 3), страдала неукротимой рвотой, перешедшей послѣдствіемъ въ распространенный множественный невритъ со смертельнымъ исходомъ. Въ случаѣ Александра 4) также была неукротимая рвота, а затѣмъ развилась полиневритъ съ явлениями психоза Корсакова. На записаніи Петербургскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества Кривскій 5) сдѣлалъ докладъ о тяжеломъ случаѣ множественнаго остраго неврита, обусловленнаго самоотравленіемъ на почвѣ беременности. Женищина, 23 лѣтъ, въ серединѣ IX мѣсяца 3-й беременности внезапно заболѣла параличемъ нижнихъ конечностей, къ которому вскорѣ присоединились параличи верхнихъ конечностей, мышцъ туловища и головы, а затѣмъ и параличи блуждающаго нерва и нерва грудобрюшной преграды. Хотя начавшіеся произвольные роды были ускорены, однако, это не спасло больной, и она погибла черезъ 2 недѣли отъ начала заболѣванія.

Къ периферическимъ параличамъ относятся параличи глазныхъ нервовъ, вызывающіе серьезныя расстройства зрѣнія во время беременности, а иногда полный амаврозъ.

Что касается связи между глазными болѣзнями и пурперальнымъ состояніемъ, то на нее впервые обратилъ вниманіе англійскій офтальмологъ Power 6), опубликовавшій свои наблюденія въ 1880 г. въ «Lancet». Насколько рѣдко встрѣчается осложненіе беременности со стороны глазъ, можно видѣть изъ того, что Landsberg 7) среди 580 случаевъ слѣпоты только 3 раза могъ ее поставить въ зависимость отъ беременности. Изъ 129 ослѣпшихъ женщинъ, которыхъ наблюдалъ Magnus 8), лишь у одной беременность могла быть причиной амавроза. Наконецъ, по статистикѣ Bastide 9), изъ 5722 случаевъ заболѣваній глазъ только 18 разъ, т. е. 0.31%, они начались во время пурперальнаго періода.

Чаще всего осложненія беременности со стороны глазъ наблюдаются при эклампсін и при альбуминури. Въ томъ и другомъ случаѣ расстройство зрѣнія объясняется самоотравленіемъ, которое или дѣйствуетъ непосредственно на зрительные центры мозга, не производя мѣстныхъ измѣненій въ глазу, или оставляетъ значительные, иногда неизлечимые дефекты въ самомъ глазу или въ зрительномъ нервѣ.

При пораженіи мозговыхъ центровъ, болѣею частью внезапно, иногда въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, но обязательно въ связи съ головной болью, головокруженіемъ и рвотой, наступаетъ пониженіе зрѣнія въ обѣихъ глазахъ или полная слѣпота. Черезъ нѣкоторое время зрѣніе восстанавливается, и всѣ эти явленія можно разсматривать, какъ предвѣстникъ эклампсін.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ урэмическій амаврозъ можетъ наступить при альбуминури неожиданно, безъ какихъ бы то ни было другихъ урэмическихъ предвѣстниковъ. Въ случаѣ Mathaei 10) у 27-лѣтней женщины на VIII мѣсяцѣ беременности внезапно развился полный амаврозъ безъ предшествующихъ головныхъ болей, безъ рвоты и безъ глазныхъ симптомовъ, при бѣлкѣ въ количествѣ 12%. Больной произведено брюшное кесарское сѣченіе, которое тотчасъ улучшило зрѣніе.

Если отравленіе дѣйствуетъ непосредственно на органъ зрѣнія, то оно сказывается воспаленіемъ сѣтчатой оболочки или зрительнаго нерва, причемъ картина болѣзни развивается постепенно, отличается въ этомъ отношеніи отъ центрального пораженія. Первое время всѣ жалобы больной заключаются въ томъ, что

**К учению о парентеральных ферментах
(по методу Abderhalden-a)**

Оганес Парсамов
Врачебная газета (Санкт-Петербург)
1914;7:257-260.

В своей статье доктор Парсамов делится своим опытом применения парэнтэральных ферментов методом Абдерхальдена. Оганес Смбаатович Парсамов (Парсамян) (1885-1953 гг.) – российский и советский учёный-медик армянского происхождения, автор более 40 научных работ; главный акушер-гинеколог города Саратова. Родился в Тифлисе в 1885 году, по другим данным – в Армении, в городе Александрополь (ныне – Гюмри). В 1904 году окончил гимназию и по-

ступил на медицинский факультет Московского университета, который окончил в 1910 году со званием «лекаря». С 1910 по 1914 годы работал в качестве ординарного лаборанта факультета акушерской гинекологии в клинике Женского медицинского института в Петербурге. В 1912 году начал работать над диссертационной темой в Институте экспериментальной медицины в Петербурге у профессора Е. С. Лондона. Диссертацию Парсамов защитить не успел, так как началась Первая мировая война и он был отправлен на фронт, где до 1916 года служил ординатором госпиталя Красного Креста. За работу в военные годы был награжден орденом Святой Анны 3-й степени. В 1916 году Оганес Парсамов подал документы для работы в Саратовском университете, где с 1917 года был сначала ассистентом, затем – стал приват-доцентом.

**Պարենտերալ ֆերմենտների
ուսմունքի մասին
(Աբդերհալդենի մեթոդով)**

Հովհաննես Պարսամով
Վրասերնայա Գազետա (Սանկտ-Պետերբուրգ)
1914;7:257-260.

Իր հոդվածում բժիշկ Պարսամովը կիսվում է Աբդերհալդենի մեթոդով պարենտերալ ֆերմենտների կիրառման իր փորձով: Հովհաննես Սմբատի Պարսամովը (Պարսամյան) (1885-1953 թթ.) հայկական ծագումով ռուսաստանցի և խորհրդային գիտնական բժիշկ է, ավելի քան 40 գիտական աշխատանքի հեղինակ, ք. Սարատովի գլխավոր մանկաբարձ-գինեկոլոգը: Ծնվել է ք. Թիֆլիսում 1885թ., այլ տվյալներով

ք. Ալեքսանդրապոլում (ներկայիս Գյումրի): 1904 թ. ընդունվել է Մոսկվայի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետ, որն ավարտել է 1910 թ. բժշկի որակավորումով: 1912 թ., պրոֆեսոր Ե.Ս. Լոնդոնի ղեկավարությամբ, Ս. Պետերբուրգի Կանանց բժշկական ինստիտուտում, սկսել է աշխատել գիտական աշխատանքի վրա, որը չի հասցրել պաշտպանել. սկսվել է Առաջին Համաշխարհային պատերազմը և Պարսամովին ուղարկել են առաջնագիծ, որտեղ մինչև 1916 թվականը ծառայել է Կարմիր Խաչի հոսպիտալում որպես օրդինատոր: Անձնվեր աշխատանքի համար պարգևատրվել է «Սուրբ Աննա» 3-րդ աստիճանի շքանշանով: 1917 թվականից Սարատովի համալսարանում աշխատել է նախ որպես ասիստենտ, ապա որպես դոցենտ:

**To the doctrine of parenteral enzymes
(according to Abderhalden’s method)**

Hovhannes Parsamov
Vrachebnaya Gazeta (St. Petersburg)
1914;7:257-260.

In his article, Dr. Parsamov shares his experience with application of parenteral enzymes using Abderhalden’s method. Hovhannes Smbatovich Parsamov (Parsamyan) (1885-1953) is a Russian and Soviet scientist-doctor of Armenian origin, author of more than 40 publications, and the chief obstetric gynecologist of Saratov city. He

was born in 1885, Tiflis (Tbilisi, Georgia), or alternatively in Alexandropol (nowadays Gyumri, Armenia). In 1904 he attended the Medical Faculty of the Moscow University which he graduated in 1910 with “Medical Doctor” degree. In 1912, under the leadership of Prof. E.S. London in Women’s medical Institute in St. Petersburg, he started working on his doctoral thesis which he did not manage to finish. The First World War started and Dr. Parsamov was sent to front, where he served until 1916 as a “Red Cross” resident. He was honored with “Saint Anna” 3rd degree medal. From 1917, he worked at Saratov University first as an assistant professor and then as a privat-docent (Associate Professor).