

но исследованиям Di-Foutsin'a, сам по себе повышает содержание Са в крови, то разница в наших цифрах Са у тяжелых послеродовых больных и нор. родильниц выступает еще резче.

При повторных исследованиях у 4-х больных в стадии выздоровления нами обнаружено: в 2-х случаях с низкими цифрами Са в разгар болезни—заметное повышение их в период выздоровления, в одном случае, при нормальном содержании кальция на высоте заболевания, мы получили почти ту же цифру в стадии выздоровления, и, наконец, в одном случае (тромбофлебита), наоборот, понижение Са при улучшении состояния б-ой. Между прочим, в обоих наших случаях тромбофлебита (табл. 3, случаи 1 и 2) мы получили высокие цифры Са. Какой-нибудь определенной типичной зависимости между температурой и картиной крови, с одной стороны, и содержанием Са с другой—у послеродовых больных мы установить не могли.

Итак, в тяжелых случаях послеродовых осложнений имеется определенное и довольно значительное понижение константы Са-серум. При этом нельзя не отметить, что индивидуальные колебания в содержании Са настолько велики, что установить определенную среднюю константу для какой-либо группы послеродовых больных, может быть, было бы рискованно.

Хотя „колебания содержания Са в крови“, как это справедливо отмечает Р. Г. Лурье, „не являются специфическими для того или иного заболевания, они являются выражением каких-то внутрисекреторных или вегетативных расстройств“, однако это обстоятельство, разумеется, ни в коем случае не исключает показаний к Са-терапии при тяжелых послеродовых заболеваниях. Наоборот, целесообразность такой терапии очевидна и вытекает логически из вышеприведенных исследований. Весь вопрос только сводится к выработке более совершенных методов Са-терапии, чем те эмпирические методы, которые практикуются в настоящее время. В этом отношении, нам кажется, полезным обратиться к помощи гормонов. Вопрос этот, как было упомянуто, служит предметом особой экспериментальной работы, начатой нами, по предложению проф. Л. П. Бубличенко, еще в 1928 году.

Из невро-патологического кабинета Центральной профилактической амбулатории-диспансера для детей и подростков г. Казани.

Опыт гипервентиляции над школьниками нормальной школы I ступени.

Д-р Б. С. Николаевский.

Опыт гипервентиляции, как способ искусственного выявления пораженной нервной системы, протекающих в момент исследования скрытно, стал известен с 1924 года. В этом году, независимо друг от друга, об опыте гипервентиляции впервые опубликовали свои исследования в Германии Foerster в своем труде: „Hyperventilationsepilepsie“, в С. А. С. III-х Rosett в своем труде: „The experimental Production of Rigidity, of Abnormal Involuntary Movements and of Abnormal States of Conscious-

ness in Man". Foerster производил опыты гипервентиляции только над эпилептиками (45 эпилептиков) и предложил его как способ искусственного вызывания эпилептического припадка, а Rosett производил опыт гипервентиляции не только над эпилептиками, но и при разнообразных др. поражениях нервной системы, причем его материал охватывал 1000 больных.

Практическая проверка опыта гипервентиляции с 1924 года до настоящего времени показала, что гипервентиляция имеет большое диагностическое значение не только при положительном результате и не только при эпилепсии, но и при многих других заболеваниях нервной системы (истерия, мигрень, нарколепсия, невропатии, психопатии, encephalitis epidemica, органические поражения нервной системы и пр.). Все эти болезненные состояния, иногда во время исследования протекающие скрытно, при применении гипервентиляции нередко становятся явными. Так, развивающийся во время гипервентиляции припадок и его характер (эпилептический или истерический) указывает на эпилепсию или истерию, и Foerster считает гипервентиляцию одним из важных средств для распознавания и различения друг от друга этих болезней. При органических страданиях головного и спинного мозга в пораженных частях могут наблюдаться судороги, повышение и неравенство сухожильных рефлексов, появление патологических рефлексов (с. Бабинского, Oppenheim'a и пр.). При encephalitis epidemica наблюдали наступление приступа сна и Schwaunfälle. При мигрени наступала головная боль. У невропатоз развивалось общее дрожание, щелканье зубами, головокружение (Radovici и Sager). Rosett наблюдал одного больного с dementia paranoides, который при исследовании не представлял ничего ненормального (nichts Auffälliges bot), а при применении гипервентиляции вполне выявил свою психическую несостоятельность: через короткое время после начала гипервентиляции он пришел в состояние сильного возбуждения, кричал, смеялся, был совершенно дезориентирован, не отвечал на вопросы и производил совершенно дементное впечатление.

Приведенные примеры показывают, какое разностороннее диагностическое значение имеет опыт гипервентиляции, особенно при различного рода испытаниях, напр., при определении % утраты трудоспособности, годности к военной службе, пригодности к той или иной профессии и пр. При этом время испытания благодаря применению опыта гипервентиляции значительно сокращается, напр., при искусственно вызванном посредством гипервентиляции эпилептическом припадке.

Интересно отметить, что положение Foerster'a, высказанное им еще в 1924 году и гласящее: „внешнее проявление вызванного посредством гипервентиляции припадка отражает произвольно наступающий припадок“ в общем подтвердилось и последующим опытом применения гипервентиляции и не только при эпилепсии, но и при др. заболеваниях нервной системы. Ярким примером сказанного является наблюдение Heidrich'a над 2 больными, страдавшими травматической эпилепсией Джексоновского типа. При повторении опыта гипервентиляции припадки у этих больных каждый раз начинались с одного и того же места и протекали совершенно одинаково. После произведенной операции на соответствующем участке коры головного мозга, в течение 6 недель наблюдения за больными, у них не было больше припадков, а опыт гипервентиляции был отри-

Так как практическое применение гипервентиляции показало полную ее безвредность (до сих пор не описано ни одного случая какого-либо серьезного осложнения после применения гипервентиляции) и ввиду легкой техники применения гипервентиляции, интересно было посмотреть, как на гипервентиляцию отвечают дети. Нельзя ли будет посредством гипервентиляции из среды школьников выделить с профилактической целью более нервных. С этой целью мной проделан опыт гипервентиляции над 86 школьниками одной из нормальных школ I ступени г. Казани.

Гипервентиляция мной производилась в учительской комнате школы в послеобеденное время, когда занятий в школе уж не было и никаких посторонних звуков в учительскую комнату не доносилось. Перед производством гипервентиляции собирался подробный анамнез об испытуемом как от него самого, так и от педагогического персонала и делалось подробное неврологическое исследование испытуемого. Испытание проделывалось в лежачем на спине положении на скамье. Под голову клалась подушка или, за неимением последней, верхняя одежда испытуемого. Ворота расстегивались, ноги разувались. Продолжительность опыта равнялась 15'. Во время производства опыта отмечались: психическое состояние испытуемого, состояние зрачков, рефлексов сухожильных и кожных, появление патологических рефлексов, появление дрожания, судорог, плача, слез и пр. В день исследовалось 3—5 человек.

Всего обследовано 86 человек. Из них м. 38, д. 48. По возрасту они распределялись так:

9 л.	10 л.	11 л.	12 л.	13 л.	14 л.	15 л.
5 ч.	9 ч.	17 ч.	21 ч.	21 ч.	9 ч.	4 ч.

Главный контингент.

Почти все обследованные—русские (84 ч.), из них только 1 девочка—татарка и 1 мальчик, у которого отец—поляк, а мать—русская. У 35 человек (40,69%) при невролог. исследовании не отмечено ни субъективных, ни объективных изменений нервной системы, а у 51 (59,30%) отмечены сл. изменения: неврастенические явления у 28 человек (32,55%), истерические у 2 (2,32%), Basedowismus у 1 (1,16%), психопатические явления у 3 (3,48%), debilitas у 1 (1,16%), ночное недержание мочи у 15 (17,44%), артропатическая амиотрофия у 1 девочки (1,16%).

У 29 человек (33,72%) (из них м. 15, д. 14) опыт гипервентиляции оказался отрицательным, а у 57 человек (66,27%) были отмечены сл. патологические явления. Чаще всего наблюдался симптом Хвостека—у 45 человек (78,99%), затем по частоте следуют: тетаническое сведение пальцев рук и ног, кистей и стоп у 12 человек (21,05%), головокружение у 12 человек (21,05%), оживление сухожильных рефлексов у 8 человек (14,03%) и плач у 3 девочек и у 1 мальчика (7,01%). Эпилептических припадков, затемнения сознания, появления патологических рефлексов, неравенства сухожильных рефлексов, изменения зрачков не наблюдалось, что является вполне понятным, так как ни страдающих эпилепсией, ни каким-либо органическим поражением нервной системы в нашем материале не было. Никаких осложнений после опыта гипервентиляции также не наблюдалось, а отмеченные выше патологические явления, развивавшиеся под влиянием гипервентиляции, исчезали уж через несколько минут после прекращения опыта гипервентиляции.

Насколько часто вышеотмеченные явления при опыте гипервентиляции наблюдались при поражениях нервной системы и при отсутствии таковых, видно на следующих двух таблицах:

ТАБЛИЦА № 1.

Учащиеся с поражением нервной системы

Название заболевания	Число заболевших	Число положительных результатов	Число отрицательных результатов
Неврастения	28 ч.	21 ч. (75%)	7 ч. (25%)
Истерия	2 ч.	2 ч. (100%)	—
Basedowismus	1 ч.	1 ч. (100%)	—
Психопатич. явления	3 ч.	1 ч. (33,33%)	2 ч. (66,66%)
Debilitas	1 ч.	1 ч. (100%)	—
Ночное недержание мочи	15 ч.	10 ч. (66,66%)	5 ч. (33,33%)
Артропатич. амiotрофия	1 ч.	—	1 ч. (100%)
Всего	51 ч.	36 ч. (70,58%)	15 ч. (29,41%)

ТАБЛИЦА № 2.

Учащиеся без поражения нервной системы.

Общее число	Число положительных результатов	Число отрицательных результатов
35 ч.	17 ч. (48,57%)	18 ч. (51,42%)

Из приведенных таблиц видно, что положительных результатов опыта гипервентиляции при поражениях нервной системы получилось резко больше (70,58%), чем без поражения нервной системы (48,57%). Обращает на себя внимание, что большой % положительных результатов дали неврастеники (75%) и страдающие ночным недержанием мочи (66,66%). Видимо, страдающие неврастенией, характерной особенностью которой является т. наз. раздражительная слабость, и страдающие функциональным ночным недержанием мочи, которое, очевидно, также является выражением пониженного тонуса, слабости нервной системы, чаще дают и различные судорожные явления при гипервентиляции.

Если сопоставить результаты опыта гипервентиляции по возрасту, то, как показывает ниже приводимая таблица, трудно отметить какую-либо зависимость между положительными результатами гипервентиляции и возрастом, но снова бросается в глаза соответствие между частотой положительных результатов гипервентиляции и частотой поражения нервной системы.

Возраст 9 л.; 5 человек, из них	здоровых 3	$\begin{cases} +2 \\ -1 \end{cases}$
	больных 2	$\begin{cases} +1 \\ -1 \end{cases}$
Возраст 10 л.; 9 человек, из них	здоровых 4	$\begin{cases} +0 \\ -4 \end{cases}$
	больных 5	$\begin{cases} +5 \\ -0 \end{cases}$

Возраст 11 л.; 17 человек, из них	здоровых 6	$\begin{cases} +2 \\ -4 \end{cases}$
	больных 11	$\begin{cases} +7 \\ -4 \end{cases}$
Возраст 12 л.; 21 человек, из них	здоровых 4	$\begin{cases} +1 \\ -3 \end{cases}$
	больных 17	$\begin{cases} +14 \\ -3 \end{cases}$
Возраст 13 л.; 21 человек, из них	здоровых 9	$\begin{cases} +3 \\ -6 \end{cases}$
	больных 12	$\begin{cases} +9 \\ -3 \end{cases}$
Возраст 14 л.; 9 человек, из них	здоровых 3	$\begin{cases} +3 \\ -0 \end{cases}$
	больных 6	$\begin{cases} +5 \\ -1 \end{cases}$
Возраст 15 л.; 4 человека, из них	здоровых 1	$\begin{cases} +1 \\ -0 \end{cases}$
	больных 3	$\begin{cases} +2 \\ -1 \end{cases}$

Положительные результаты гипервентиляции отмечены плюсом, а отрицательные минусом.

С другой стороны, приведенные выше таблицы показывают, что и при отсутствии каких-либо указаний на поражение нервной системы опыт гипервентиляции может дать вышеотмеченные патологические явления и, наоборот, у страдающих выраженной формой поражения нервной системы результат гипервентиляции может быть отрицательным. Однако, я полагаю, что „здоровые“, у которых опыт гипервентиляции дал положительные результаты, должны быть поставлены под особое наблюдение на продолжительное время.

Приведу два примера того и другого случая.

Пример положительного результата опыта гипервентиляции при отсутствии данных поражения нервной системы:

(Случай № 10—здоров). Мальчик, 12 л., русский, городской житель, живет в светлом, сухом и теплом помещении; указаний на патологическую наследственность не имеется; перенес корь, коклюш и малярию; субъективных жалоб нет; неврологическое исследование отрицательно. Во время опыта гипервентиляции: повышение коленных рефлексов, резкое тетаническое сведение пальцев рук и кистей, так что по окончании опыта мальчик только с трудом мог разжать свои пальцы; по окончании опыта плач.

Пример отрицательного результата опыта гипервентиляции при поражении нервной системы:

(Случай № 2—психопатия). Девочка 13 л., русская, городская жительница; мать—санитарка; живет, хотя в теплом и сухом помещении, но без достаточного света; дедушка по матери умер в психолечебнице. Ходить начала только ок. 2 лет, а говорить ок. 2½ лет; перенесла тиф; иногда ночью во сне встает с кровати, стучит в дверь, а потом ничего обо всем этом не помнит; боится ночью оставаться одна в комнате; очень впечатлительная; умственной отсталости не отмечается; учится хорошо; объективных изменений нервной системы нет. Опыт гипервентиляции—отрицательный.

Выводы: 1) Опыт гипервентиляции в детском возрасте является совершенно безвредным способом; 2) положительный результат опыта гипервентиляции, проявляющийся даже только в виде т. наз. побочных

явлений (Begleiterscheinungen) указывает на известные дефекты в нервной системе, так как положительные результаты гипервентиляции получаются у больных чаще, чем у здоровых; 3) зависимости между частотой положительных результатов гипервентиляции и возрастом отметить не удалось.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургического отделения Наб.-Челнинской б-цы Татреспублики.

Случай эхинококка щитовидной железы.

Б. В. Огнева.

Эхинококк щитовидной железы, являясь редким заболеванием, представляет некоторый интерес как с точки зрения его распознавания, так и с точки зрения хирургического лечения. По статистике Алексинского, он встречается в 0,25% случаев всех эхинококковых заболеваний, а по статистике Тер-Нерсесова представляет 0,48% общего числа эхинококков. Несмотря на то, что в литературе описано 38 случаев указанного заболевания, только в одном из них, а именно в сл. Eiselsberg'a был поставлен правильный диагноз до операции. В настоящее время в русской литературе насчитывается тринадцать случаев эхинококка щитовидной железы: 1—Юзефовича (1886 г.), 1—Цеге-Фон-Мантейфеля (1881 г.), 1—Карначенко (1888 г.), 1—Бржозовского (1910 г.), 1—Тихова (1911 г.), 1—Парийского (1911 г.), 2—Газданова (1925 г.), 2—Тер-Нерсесова (1927 г.), 1—Валькера (1928 г.), 2—Калязина (1929 г.), и кроме перечисленных я встретил еще один случай у Вакуленко (1925 г.). Ввиду редкости указанного заболевания, я позволю себе привести случай, прооперированный мною в хирургическом отделении Наб.-Челнинской б-цы.

Больная М. М. 24 лет, крестьянка, поступила в хирургическое отделение 27/VI—29 г. Из анамнеза выяснилось, что год тому назад она заметила в области щитовидной железы незначительную опухоль, которая постепенно увеличиваясь мешала б-ной при глотании, а при разговоре появилась охриплость голоса. При осмотре оказалось, что в нижней трети шеи, в области правой доли щитовидной железы имеется опухоль, округлой формы, с небольшим придатком, расположенным как раз по средней линии. Величина опухоли была с кулак больной; при акте глотания опухоль смещалась в вертикальном направлении. При ощупывании ее констатировано резкое напряжение и отсутствие подвижности в стороны. При тщательном осмотре б-ной никаких заболеваний кроме указанного не обнаружено. Лимфатические железы не увеличены, пульс 80 в минуту, отклонений со стороны сердца нет. На основании анамнеза и осмотра больной был поставлен диагноз—щитовидный зоб, по поводу чего она и была оперирована 30/VI—29 г. под местной инфильтрационной анестезией 1/2% Sol. Novocaini. Через Кохеровский разрез обнаружена капсула и около нее слой нормальной щитовидной железы. Капсула при выделении была поранена, после чего вытекло небольшое количество прозрачной жидкости и показалась хитиновая оболочка. Несмотря на трудности при выделении капсулы, она все же была удалена целиком, в одном месте даже с весьма тонким слоем трахеального кольца, после чего по бокам рана зашита, а в средину вставлен небольшой тампон. Заживление per primam intentionem, а 14/VII больная была выписана в хорошем состоянии.

Через 3 1/2 месяца я видел больную. Голос у ней остался таким же хриплым, каким он был и до операции. На указанный факт следует обратить особенное внимание потому, что здесь чисто-механическим путем, повидимому, происходит сильное сдавление как трахеи, так и периферических ветвей нижнего гортанного нерва, в результате чего может появиться стойкая хрипота. Раннее распознавание данного заболевания является весьма важным, т. к. оперативное вмешательство при запущенных случаях может дать гораздо больше осложнений. Не исключена