

и за 7 месяцев, в период кормления ребенка обеими грудями, достигла размеров кулака, будучи вначале лишь с вишню. В собственном наблюдении, хотя рост был и не столь интенсивным, но с периодом лактации, по нашему мнению, можно было бы связать повышенную токсичность паразита, что сказалось на общем состоянии больной.

Еще давно д-р Алексинский некоторым особыми условиями в развитии эхинококковых кист — сильному приливу к ним крови и повышению давления в них — склонен был приписывать роль фактора, усиливающего выделение из паразита ядовитых веществ.

Burkhardt считает, что у его пациентки отделение молока уменьшилось за счет выпадения в секреты той части железы, которая занята эхинококком. В содержимом кисты и дочерних пузырей был обнаружен секрет грудной железы; в материнской кисте жидкость представляла клейкую, сливообразную массу, в дочерних же пузырях — на подобие разбавленного молока. В кисту секрет грудной железы проникал через те участки железистого эпителия, которые местами вросли в ее капсулу, а в дочерние пузыри — путем осмоса. Между прочим, эхинококковой кисте автор склонен приписать роль запасного резервуара для молока, который будтобы одорожился при больших требованиях со стороны ребенка. Разумеется, с этим мнением согласиться невозможно.

При наличии сращений опухоли с окружающими тканями и увеличении регионарных лимфатических желез, авторы принимали ее за злокачественное новообразование (Zanussi и др.). Из известных мне авторов лишь Righetti (1913 г.) установил до операции точный диагноз, благодаря пробной пункции и последующему исследованию добытой жидкости. Применение общеизвестных методов диагностики, как интракутанная реакция Кассони, исследование крови на эозинофилию, в большинстве случаев помогло бы открыть природу опухоли. Тем более, если эти приемы завершить пробным проколом и исследованием содержимого, главным образом, на наличие поваренной соли и сколексы, и отсутствие белка.

Принято считать, что зародыши паразита попадают в грудную железу через кровеносную систему. Что касается других путей внедрения паразита, как-то непосредственное заражение от собаки через кормление ее грудью, что будто бы имело место в 1 случае, то они являются сомнительными. Также не проверено предположение о возможности прямого переноса от матери к ребенку с молоком мельчайших дочерних пузырей. Однако следует указать, что дочерние пузыри могут током лимфы заноситься в лимфатические железы, за что говорит наличие в регионарных железах эхинококковых пузырей (сл. Каблукова, возможно и в моем случае).

Из Кожно-венерологической клиники Казанского гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина
(дир. проф. Я. Д. Печников).

Случай лечения ихтиоза гравиданом.

Асс. А. М. Лейзеровский.

Этиология многих заболеваний кожи остается до сих пор невыясненной. Клинический опыт и наблюдения давно привели крупнейших специалистов к убеждению, что многие дерматозы находятся в несомненной связи с расстройством вегетативно-эндокринной системы. Как эти наблюдения, так и личный наш опыт в этой области, побудили нас применять эндокринные препараты в лечении кожных заболеваний. За последнее время мы пользуемся для этой цели гравиданом.

Гравидан является плури-гормональным препаратом и, по наблюдениям бригады нашего института (руководитель д-р Винник б в — Каз. мед. журн., 1934 г., № 11—12), эффективен при многих заболеваниях. Это делает целесообразным его применение при заболеваниях кожи, где можно подозревать заинтересован-

ность эндокринной системы без точно в то же время установленного страдания определенной железы.

В данном сообщении мы публикуем наблюдавшийся нами случай успешного лечения ихтиоза.

В кожно-венерологическую клинику ГИДУВ 20/IV 35 г. поступил больной П., 17 лет, татарин, учащийся, со следующими жалобами: Кожа туловища и конечностей суха, шероховата, покрыта мощными наслоениями чешуек, темно-коричневого цвета (кожа выглядит невымытой, грязной), плотно прилегающими друг к другу, но отграниченными одна от другой. Изменения на коже симметричны с большим поражением разгибательных поверхностей конечностей, лопаток. Кожа лица суха, с мелкими чешуйками, волосистая часть головы покрыта обильным количеством серых чешуек. Кожа суставных складок, подмышек, локтевых сгибов, подколенных и паховых областей, ногти и слизистые не поражены. Правое яичко нормальное, левое атрофировано.

Анамнез: У больного два брата и 4 сестры, причём у одного из братьев аналогичное поражение кожи, но выраженное в меньшей степени. Заболевание у нашего больного началось в раннем детстве.

Лечение ихтиоза, как известно, не даёт ободрающих результатов.

В руководстве "Основы клинической, экспериментальной, социальной венерологии и дерматологии" за 1931 г. проф. Тыжненко в своей статье, посвященной гиперкератозам, указывает, что "прогноз при ихтиозе quo ad sanationem неблагоприятен. При этой болезни, обычно возникающей в связи с врожденной аномалией кожи, достичь излечения невозможно".

Д-р Б в своем руководстве "Основы дерматологии" пишет, что "господствующее мнение, согласно которому ихтиоз представляет собой врожденную неправильность развития кожи, заставляет нас смотреть на попытки лечить его терапевтическими средствами как на бесплодное занятие". Все же он рекомендует проводить опыты лечения препаратами вилочковой железы и плорогландулярными препаратами.

Наличие в нашем случае атрофии левого яичка, указывающей на возможность дискрении, и побудило нас прибегнуть к гравиданотерапии.

Мы пользовались гравиданом, изготовляемым в лаборатории ГИДУВ под руководством д-ра Шарафутдинова.

Вначале мы употребляли малые дозы гравидана, 4 инъекции от 0,5 до 1 см³ через день, но не получили каких-либо заметных результатов. Учитывая литературные данные, что иногда лучшие результаты получались при переходе от малых доз к большим, а также опыт нашей клиники по применению гравидана при гонорее (Бейрах и Покровская, Каз. мед. журн., 1935 г., № 3—4), мы с 5-й до 9-й инъекции применяли инъекции средних доз гравидана (5 см³), а затем стали применять и большие дозы от 10 до 20 см³, через день или ежедневно (метод залпов). После отдельных инъекций наблюдалась общая реакция с повышением температуры до 38°. Местная реакция отсутствовала. После первых трех инъекций гравидана у больного улучшился сон и аппетит. После 7-й инъекции кожа стала смягчаться и после 31-й инъекции кожа лица, волосистой части головы, груди, конечностей стала мягкой, эластичной, без всяких чешуек. На коже спины и поясницы сохранились в небольшом количестве остатки фолликулярного гиперкератоза. Пото- и салоотделение, почти отсутствовавшие у больного в течение всей его жизни, стали нормальными. Вес больного за время его пребывания в клинике увеличился на 3½ кг. Сила рук по динамометру от 20 увеличилась до 25. Общее самочувствие больного стало весьма хорошим. Больной стал отмечать бодрость, крепость и, по его словам, стало "легче дышать". Аппетит резко улучшился.

Результаты лечения превзошли наши ожидания. На протяжении менее 2-х месяцев нами был получен резкий сдвиг в исцелении ихтиоза.

Конечно, нельзя предпринять вопрос о стойкости полученного исцеления, но и тот результат, который мы получили, открывает новые возможности в лечении ихтиоза.

В заключение мы хотели бы также отметить вопрос о дозировке гравидана.

В нашем случае мы далеко перешли обычно рекомендуемую дозировку. Наши дозы весьма массивны по сравнению с обычной практикой, и тем не менее наш случай показывает, что от больших доз и от большого количества инъекций мы не получили никаких явлений интоксикации и сенсibilизации.

Нам кажется, что количество гравидана и число инъекций необходимо варьировать в отдельных случаях.

В этом направлении будут продолжены наши дальнейшие наблюдения.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского медицинского института
(дир. проф. П. В. Маненков).

Случай самопроизвольного разрыва матки до родов после операции кесарского сечения.

И В. Данилов.

Разрывы матки чаще всего наблюдаются во время родов и сравнительно редко до родов. Большой процент смертности при них, достигающий для матери до 80%, для детей почти до 100%, заставляет обратить особое внимание на этиологию и диагностику разрыва матки вообще, в частности самопроизвольного, в каждом случае такого рода осложнения.

В последнее время в литературе стали часто встречаться сообщения о разрывах матки после кесарского сечения. Подобный случай разрыва беременной матки после кесарского сечения с донным разрезом по Фричу (Fritsch) имел место и в нашей клинике.

Больная Х. А., 26 лет, татарка (ист. бол. № 893)—поступила в родильное отделение клиники 14/VI 1934 г. по поводу кровянистых выделений из половых органов в конце беременности. Первые менструации с 14 лет, через 4 недели, по 7 дней, с болями во время месячных. Последние крови 9/IX 1933 г. Замужем 4-й год. Беременна 2-й раз. Первая беременность закончилась 31/VII 1931 г. кесарским сечением (проф. В. С. Груздев), с разрезом матки по Фричу, по поводу эклампсии. Ребенок был извлечен в асфиксии, но вскоре оживлен. Разрез в дне матки был зашит непрерывным кетгутовым швом в 2 этажа. Послеоперационный период прошел без осложнений, и на 12-й день больная выписалась из клиники здоровой. Настоящая беременность до последних дней протекала нормально.

При объективном исследовании обнаружено: Больная ниже среднего роста, окружность живота на уровне пупка 91 см, выше—90 см, ниже—91 см. Расстояние от лобка до мечевидного отростка 31 см. Высота дна матки над лобком 24 см, над пупком 14 см. По белой линии живота имеется рубец, идущий от лобка к пупку и выше его на 4—5 пальцев. Сердцебиение плода—ниже пупка, слева—очень глухое. Частоту его определить затруднительно. Положение плода косое, головка обращена вправо.

Спустя 5 часов после поступления беременной в клинику, сердцебиение плода не определяется. При исследовании per vaginam: шейка матки не сглажена, наружный зев пропускает кончик пальца. Предлагающей части определить не удается. Родовой деятельности нет. Самочувствие хорошее, больная ходит. 19/VI, в 10 ч. 25 мин., при наружном исследовании установлено, что выше пупка, у конца рубца, ясно определяется мягкая часть, повидимому, ступня, расположенная, как будто, непосредственно под кожей головка в правой подвздошной