

17/VII дуоденальное зондирование. Рефлекса желчного пузыря не получено. Картина та же, что и 16/VII 1937 г. Г<sup>о</sup> 38,0.

18/VII температура—норма. Пульс 80. Боли продолжают.

С 20/VII ежедневно инъекции атропина 1:1000 2 раза в день по 1 см<sup>3</sup>.

24/VII самостоятельный стул, с которым отошел желчный камень, величиною с грецкий орех, немного напоминающий тутовую ягоду, полый, с небольшим отверстием неправильно круглой формы (рис. 1—вид со стороны отверстия; рис. 2—вид со стороны неповрежден. стенки).

Вес камня 5,5 г. Наибольший диаметр 26 мм, наименьший 16 мм.

26/VII температура—норма. Самочувствие хорошее. Боли нет. Живот мягкий, при пальпации болезненность в области желчного пузыря. Печень не прощупывается.

27/VII кожа нормальной окраски, как и при поступлении, склеры слегка желтушны. Живот мягкий, при пальпации небольшая болезненность в области желчного пузыря. Стул самостоятельный.

Состояние больного хорошее, сон хороший, аппетит тоже.

Наш случай представляет интерес в том отношении, что диаметр благополучно отошедшего желчного камня значительно превышает 1 см. Кроме того, интересно и то, что колика длилась много дней, величина камня значительная, а желтуха отсутствовала. Впрочем в литературе описаны случаи, когда закупорка протоков, подтвержденная на операционном столе, протекала без желтухи. Так, у Лайе желтуха отсутствовала при камнях в глубоких желчных протоках в 39%, у Шеррен в 31%, у Керра в 20%, у Финкельштейна в 16%. По данным проф. Часовникова при закупорке камнями главных желчных протоков желтуха совершенно отсутствовала в 7,2% случаев, была слабо выражена в 26,2%, была резко выражена в 66,5% случаев. Наше наблюдение показывает, что самопроизвольное отхождение желчных камней через нормальные выводные протоки, без разрыва желчных путей и ложных отверстий, возможно при величине камня в диаметре и более 1 см. Мы полагаем, что введение атропина 2 раза в день в течение нескольких дней безусловно сыграло большую роль в устранении спастического состояния.

Поступила 2/VIII 1937.

## По поводу статьи „Простейший способ определения положения головки плода в полости таза“ В. И. Давыдова<sup>1)</sup>.

Доц. О. Л. Каплан.

В указанной статье автор предлагает новый будто бы способ внутреннего исследования роженицы, при котором для определения положения головки пользуются не швами и родничками, а ухом.

Для акушеров этот способ ничего нового не представляет; он всегда являлся и является лишь вспомогательным, дополнительным в тех сравнительно редких случаях, где обычное двухпальцевое исследование не дает определенных результатов

<sup>1)</sup> „Казанский мед. жур.“ № 5 за 1937 г.

(к сожалению, в этих случаях исследование ладонью не всегда уясняет положение). Преимущественно им пользуются при оперативных пособиях (введение ложки, щипцов, краниокласта).

Ушная раковина и при двухпальцевом исследовании используется как один из опознавательных пунктов положения головки и особенно при асинклитическом ее вставлении. Еще Добрынин в своем руководстве „К изучению повивального искусства“ (изд. 1894 г.) на стр. 157 пишет: „В случае, когда распознавание положения и предлежания становится затруднительным... в подобных случаях, глубоко проводя один или два пальца между головкой плода и стенками таза (то спереди со стороны лонного сочленения, то сзади со стороны крестца), удастся достигнуть уха; судя по тому, куда обращена выпуклость его раковины (вправо или влево) можно догадаться о положении и затылка“.

Оскар Шеффер в своем атласе (изд. 1900 г.), в числе прочих вставлений головки, употребляет даже специальный термин: „переднее и заднее ушное вставление“.

Фабр в своем учебнике акушерства (русский перевод под редакцией С. А. Сеницкого, изд. 1928 г.) пишет: „... когда двухпальцевое исследование становится недостаточным, приходится вводить всю руку; ручным исследованием находят ушную раковину, учитывая при этом, что последняя своим свободным краем обращена в сторону затылка“.

Таким образом, не совсем ясно, что собственно нового и оригинального в приводимом способе, который автор называет своим способом (подчеркнуто мною. А. К.).

Приводя этот способ, автор рекомендует его как наиболее удобный и имеющий преимущества перед „старым“ (кавычки мои) способом и в деле преподавания.

Едва ли можно с этим согласиться.

Прежде всего, исследование ладонью несомненно грубее и болезненнее для роженицы, чем исследование двумя пальцами, особенно первородящей.

Для определения направления головки к тазу необходимо, как и по автору, чтобы вводилась соответствующая ладонь правая; либо левая. Заранее знать, какая ладонь подходит для данного случая, это значит—знать направление головки. Иначе может случиться, что, войдя правой ладонью, придется ее сменить и вводить затем левую ладонь.

Далее, отечная головка, стоящая даже в широкой части полости малого таза, не всегда (как это имеет место на фантоме) оставляет свободной крестцовую впадину, куда надлежит пройти всей рукой, чтобы нащупать ухо.

Считаю, что обучать студентов внутреннему исследованию (даже на фантоме) необходимо все же двухпальцевому, как более бережному, позволяющему в громадном большинстве случаев хорошо определить направление стреловидного и других швов и положение родничков.

Необходимо с первых же исследований добиваться, чтобы

вырабатывалась и совершенствовалась осязательная способность.

Добиться ясного впечатления можно, упражняясь в осторожном осязании пальцами швов и родничков на головке новорожденного и еще лучше, спокойнее на головке мертворожденного плода.

Основное, что нужно определить при исследовании,—это швы и роднички; этому и необходимо обучить студентов.

Акушер, хорошо владеющий двухпальцевым методом исследования, в особо трудных случаях прекрасно сможет пользоваться всей ладонью, как это иногда он делал и делает до сих пор.

В своей статье д-р Давыдов вскользь коснулся чрезвычайно существенного вопроса: преподавания акушерского фантомкурса. К сожалению, ни фантомы, ни тем более куклы, какими приходится пользоваться на занятиях со студентами (и врачами), далеко не отвечают самым скромным требованиям. Головки кукол совсем не похожи на головку новорожденного. Консистенция головки, ощущение швов и родничков ничем не напоминают головку новорожденного. Размеры головки не соответствуют размерам фантома и т. п. Между тем первые уроки внутреннего исследования, а в дальнейшем почти все оперативное акушерство студент проходит на фантоме.

Необходимо, чтобы организации, производящие указанные учебные пособия, уделили этому делу больше внимания.

Поступила 31/VIII 1937.

---

## За правильное обучение студентов мед. вузов.

**А. А. Айдаров.**

В своем сообщении мы хотим еще раз коснуться постановки преподавания студентам мед. вузов амбулаторной хирургии, которой, по нашему мнению, уделяется на хирургических кафедрах недостаточно внимания. В результате этого выпускаемые врачи, которым при прохождении студенческого курса клиницисты охотно демонстрируют резекции желудка, операции на кишечнике, нефректомию, мало знают о карбункулах, нарывах, панарициях и т. п. заболеваниях. А между тем эти „мелкие заболевания“ составляют главную заботу врачей поликлинических и врачей периферии. Не получивши достаточной практической подготовки по лечению гнойных воспалительных процессов и в частности воспалительных процессов пальцев, молодые врачи принуждены ощупью разбираться в этих повседневных, часто сложных по течению заболеваниях, нередко ведущих при неправильном лечении к потере больным трудоспособности.

Нам пришлось за последнее время работать в хирургических кабинетах городских поликлиник Казани и в амбулаториях