

правая его треть преимущественно используется для анестезии печени и желчных путей, левая—для анестезии селезенки, а весь корень брыжейки—для анестезии желудка.

4. Обезболивание по описанному методу представляет собой анестезию, главным образом периферических нервных сплетений органов верхнего отдела брюшной полости.

В заключение этой работы считаем своим долгом выразить благодарность прозектору Анатомического института—доктору А. Н. Геннадиеву и прозектору кафедры Оперативной хирургии и топографической анатомии Института по усовершенствованию врачей—доктору Д. М. Лапкову за любезно сделанные ими указания и советы.

---

Из тубсанатория им. „Десятый Октябрь“ Иваново-вознесенской Облстрахкасы  
(Директор—д-р Г. А. Нагибин).

### К вопросу о зубных дистрофиях у туберкулезных больных<sup>1)</sup>

Ст. ординатора **Е. В. Миртовской** и зубрача **Л. Г. Гельфенштейн**.

За последние десятки лет появился в литературе, особенно французской, ряд ценных работ о морфологии и биологии тbc бациллы, внесших новое в понятие механизма передачи тbc от родителей детям. Рядом патологических вскрытий, экспериментальных и клинических изысканий является уже доказанной возможность врожденного тbc, как одной из форм заражения. Но эти наблюдения не окончены, конкретных выводов по этому вопросу еще окончательно не сделано, а потому ценны всякие изменения в организме в период его эмбрионального развития, которые остаются без изменения на всю жизнь. Такого внимания заслуживает зубной аппарат, носящий в себе отпечаток всех дефектов эмбрионального периода. Имея большое движение туббольных в санатории на 250 коек, нам представлялось крайне интересным проследить по материалам зубного кабинета, какие формы зубных дистрофий и частота их встречается у туберкулезных больных и при других хронических инфекциях. Мы знаем, как велико диагностическое значение некоторых зубных дистрофий при врожденном сифилисе, и совершенно не знаем таковых при врожденном тbc, несмотря на сходство влияний этих инфекций на жизнь организма. Материал, подлежащий разбору, количественно недостаточен, и зубной кабинет продолжает дальнейшие наблюдения. Не имея возможности дать прямых ответов на нижепоставленные вопросы, мы считаем необходимым учитывать при оценке клинических данных разбора больного и состояние его зубного аппарата. Осмотр зубов во многих случаях направляет наше клиническое мышление в сторону детального разбора больного, давая возможность исключения иногда и люэтической инфекции. Данный материал интересен в том отношении, что охватывает промышленные (текстильные) районы Московской области и Владимирской губернии, накопление массового материала по осмотру зубного аппарата и, особенно, его дистрофий может дать характеристику населения и его де-

<sup>1)</sup> Сообщено на научной конференции врачей 7/X 1929 г.

генеративности. Вопрос этот весьма сложен и его разрешить мы не сумеем, но хотели бы только пробудить к нему интерес со стороны работников tbc.

Учтя это, нами принято детальное, всестороннее обследование больного, фиксировано внимание на возможном проявлении люэса (внешний осмотр, кожа, внутренние органы, костная и лимфатическая система, нервная система), проводились лабораторные и, когда это было нужно, и серологические исследования, рентген, тщательная обработка анамнеза и оценка объективных данных. Осмотр полости рта помимо лечащего врача консультировался зубным врачом, особенно в тех случаях, когда при осмотре обнаруживались какие-либо отклонения от нормы. За 6 месяцев прошло через санаторий 771 чел., из которых через зубной кабинет прошло 423 чел., что составляет 54,9%. Зубные дистрофии обнаружены у 135 человек (31,95%). Больных женщин 57 чел. или 42,3%, мужчин 78 чел. или 57,7%. Профессиональные заболевания жевательного аппарата в разбираемом материале не приняты во внимание, так как это не есть дистрофии.

Мы стремились найти: 1) зубные дистрофии и наибольшую частоту встречающихся форм при tbc и других заболеваниях, 2) частота зубных дистрофий и характер их в случаях, где отмечается большая вероятность наследственного tbc, 3) насколько часты зубные дистрофии у лиц, не имеющих конгенитального люэса, 4) характер зубных дистрофий при комбинированных процессах (люэс, tbc).

Наш материал для удобства разбит на группы: 1) дистрофия формы зубов; 2) дистрофия структуры зубов; 3) дистрофия величины зубов; 4) дистрофия числа зубов и 5) дистрофия положения зубов.

Цифровые данные видны из таблицы (см. стр. 365).

Главное внимание уделялось нами группе tbc больных и люэтиков, группы прочих заболеваний мы не касаемся, так как зависимость данной инфекции от дистрофии не ясна.

1. *Дистрофия формы зубов*: наш материал охватывает всего 47 случаев дистрофий формы зубов и располагается следующим образом: 1) дистрофия формы центральных резцов—6 случ., из которых гуггинсоновский зуб в 4 случ., и бочкообразный зуб—2 случая; 2) дистрофия формы нижнего моляра—4 случая, из них 3 случая шиповидной формы и 1 случай штыковидной; 3) дистрофия клыков—7 случаев—штифтообразные клыки; 4) дистрофия боковых резцов—7 случаев—штифтообразные резцы; 5) дистрофия II бicus—8 случаев—шиповидной формы; 6) перекрученные зубы вокруг своей оси встречались в 15 случаях (нижний II бикус—7 случ., клыки—4 случ., центральные резцы 4 случ.) Дистрофия формы зубов обнаружена при tbc в 21 случае, при люэсе в 5 случаях и остальные заболевания в 21 случае.

Нелишне отметить, что из наших 4-х случаев гуггинсоновских зубов мы имеем в 2-х—ясно выраженный tbc с tbc наследственностью при отсутствии каких-либо признаков люэса ни клинически, ни серологически. Третий случай смешанной инфекции, где имеется tbc (ВК плюс Кавплюс) в сочетании с расстройством нервной системы (С. Ромберга неясный, разность сухожильных рефлексов), где в силу этого можно заподозрить нейролюэс, и четвертый случай—ясный конгенитальный люэс.



*II. Дистрофия структуры зубов* характеризуется увеличением эмали на зубах—гиперплазия, и уменьшением ее—гипоплазия. Гиперплазия у нас встретилась в 6 случ., тогда как гипоплазия в форме чашечной эрозии и поперечной исчерченности в 52 случ., всего 58 случ., причем при tbc в 29 случ., при люэсе в 10 случ. и при других заболеваниях в 19 случ.

*III-я группа—дистрофия величины зубов.* Под этой формой дистрофии нужно понимать или увеличение, или уменьшение отдельных зубов сравнительно с абсолютной величиной зубов соответствующей группы. Различается: 1) макродентизм—увеличение размера зуба, 2) микродентизм—уменьшение размера зуба, 3) гипоальтизм—диспропорциональность размера. В нашем материале мы имеем данную дистрофию в 38 сл., из которых макродентизм обнаружен в 16 случ., микродентизм в 20 случ. и гипоальтизм в 2 случ. При tbc эта дистрофия найдена в 23 случ., при люэсе в 8 случ., при друг. заболеваниях в 7 случ.

*IV. Дистрофия числа зубов.* Аномалия данной группы может быть в сторону или увеличения, или уменьшения числа зубов. Увеличение числа зубов считается признаком атавизма, а уменьшение—происходит или от ретенции, или аплазии зуба. Нами наблюдалась дистрофия числа зубов в 36 случаях, из которых в 24 случ. отмечено уменьшение зубов, касаясь 10 резцов, 8 зубов мудрости, 4-х II бicusов и 2 премоляров. Увеличение количества зубов обнаружено в 5 случаях—исключительно резцов. Уменьшение число зубов, как известно, может зависеть или от ретенции зуба или—аномалии зачатка его; за отсутствием рентгеновского аппарата мы лишены были возможности ограничить оба эти вида и объединили их в одну группу. При tbc дистрофия числа зубов обнаружена в 19 случ., при люэсе в 8 случ. и при других заболеваниях в 9 случ. При анализе данных по дистрофии числа зубов бросается в глаза, что увеличение числа зубов во всех случаях падает на люэс, а уменьшение имеет различные этиологические моменты, падая в большем % на tbc.

*V.—Дистрофия положения зубов.* Данная дистрофия встречается очень часто. Как на причину ее указывают, помимо заболевания эндокринного аппарата, еще на наследственность и на местные условия. У нас отмечена в 92 случаях дистрофия положения зубов, при tbc в 55 случаях, при люэсе в 11 случ. и при других заболеваниях в 26 сл. На первом месте стоит: диастема—68 случ., губная аномалия—11 случ., небная—5 случ., трема—7 случ., блуждающие зубы 1 случай.

Интересно еще остановиться на влиянии наследственности на возникновение зубных дистрофий. В этом случае может передаваться по наследству та или иная дистрофия или семейная инфекция (tbc, люэс), передаваясь от родителей к детям, нарушает ход развития всего организма в том числе и зубного зародыша. В разбираемом материале отягощены tbc наследственностью 25 человек, сифилисом 5 чел., алкоголиков 8 чел.

При tbc наследственности встречаются все указанные формы дистрофий в следующей последовательности: 1) дистрофия положения зубов и дистрофия формы по 9 случаев, 2) дистрофия количества зубов—6 случ., 3) дистрофия величины и структуры по 3 случая.

При люэтической наследственности: 1) дистрофия формы и величины во всех 5 случ. 2) дистрофия количества зубов—4 случ. 3) дистро-

фия положения зубов—1 случай. Дистрофия структуры зубов отсутствует.

При алкоголизме родителей: на первом месте стоит: 1) дистрофия структуры—4 случ., 2) дистрофия формы и положения зубов по 3 случ., 3) дистрофия величины зубов 1 случай. Дистрофия числа зубов отсутствует.

Из 135 чел. множественная дистрофия отмечена у 90 ч. (66,7%), а единичные—у 45 чел. (33,3%). Множественные дистрофии у тбс больных отмечены в 57,2%, тогда как у люэтиков с конгенитальной формой они отмечаются в 100%.

Наши наблюдения позволяют нам так резюмировать вышесказанное:

1) Из сопоставления наших данных по группе тбс и люэса мы имеем сходную картину в частоте встречающихся зубных дистрофий.

2) Из материалов, где можно предполагать наследственную передачу инфекций тбс или люэса, видно, что из 77 чел. мы имеем 25 чел. наследственно отягощенных тбс (32,5%). У них на первом месте находили: 1) дистрофию положения зубов и дистрофию формы по 9 случ., 2) дистрофия количества—6 случ. и 3) дистрофия величины и структуры—по 3 случ.

3) При люэсе из 17 чел. у 5-ти мы имеем конгенитальный люэс, что составляет 29,4%.

4) Сопоставление вероятных конгенитальных форм тбс и люэса дают также почти сходную картину зубных дистрофий.

5) Зубные дистрофии в комбинированных случаях (люэс+тбс) не носят ничего особого, встречаются лишь множественно, причем отмежевать дистрофии получаемые от люэса или от тбс не представляется возможным.

6) Значительное количество зубных дистрофий отмечается в рубрике „прочих заболеваний“—30,4%, что должно вынудить интересующихся вопросом к более детальному изучению с особым обращением внимания на исключение люэса у данной группы больных.

7) Одни зубные дистрофии не дают право ставить диагноза люэса или тбс, но при сочетании с другими симптомами указывают на наличие той или иной инфекции, наталкивая на более детальное обследование больного.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. университета (директор—проф. В. С. Груздев) и Акушерско-гинекологической клиники гос. института для усовершенствования врачей (директор—проф. А. И. Тимофеев).

Посвящается памяти профессора А. И. Тимофеева.

### Особенности родов у „старых“ первородящих.

Д-ра медиц. В. В. Дьяконова и д-ра В. Д. Чернояровой.

Вопрос о том, представляют ли роды у так называемых „старых первородящих“ какие-нибудь особенности, зависящие от возраста, или же возраст не играет при этом существенной роли, до сих пор еще не решен окончательно. Поэтому мы охотно приняли предложение проф. А. И. Тимофеева пересмотреть материал Казанских акушерских