

карциноматозно измененной почве, как в нашем случае, необходимо отнести к явлениям редким. Случаев, подобных нашему, в доступной литературе мы встретили только четыре,—наш пятый, причем все эти случаи, кроме нашего, не имеют описания микроскопической картины.

Периодическое отваливание рогов в нашем случае вполне согласуется с литературными указаниями на то, что кожные рога часто благодаря травме отпадают и сменяются новыми (Поспелов, Darier). Небезынтересна и форма рога в нашем случае—форма отвесно свисающего сталактита, а также и его размеры; самый большой рог на веках длиною, как и в нашем случае, в 5 см. описан Schnöbl'em.

Наш случай нельзя также обойти молчанием и со стороны имеющейся множественности ракового высыпания. Как смотреть на эту множественность, как на первичную или вторичную? Первичные множественные раки подробно разработаны Schimmelbusch'ем, который различает три группы их: 1) первичные множественные раки в кругу действия одной системы органов, 2) множественные первичные раки в симметричных органах, но только когда они синхроничны и 3) множественные первичные раки различных органов. Чаще встречается первичная множественность 1-ой группы, к которой можно отнести и наш случай. Но в нашем случае нельзя также обойти молчанием значение имплантации, которой многие видные онкологи в подобных случаях приписывают видную роль, и заболевания, принадлежащие к этой группе, трактуются ими не как первичный множественный карциноматоз, а как случай метастазирования одной основной опухоли.

Литература: 1) И. Э. Барбель—Архив офтальмологии, 1929 г., том VI.—2) Darier. Основы дерматологии 1930 г.—3) Поспелов. Руководство по кожным болезням.—4) Попов В. Г. Вестник офтальмологии, 1915 г., том XXXII, кн. 4—9.—5) Н. Фарфаровская и Е. Попова. Вестник хирургии и пограничных областей, 1925 г., том V, кн. 15.—6) Ястребов. Летопись русской хирургии, 1897 г., кн. 6.—7) Arto M. Zentralbl. für Dermathol. 1927 г., том XXIV.—8) Dreyer. Zentralbl. für Dermathol. 1927 г., том XXIV.—9) Redaelli. Zentralbl. für Dermathol. 1924 г., том XI.

Из Варзятчинского курорта и Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (Зав. А. И. Тимофеев).

Результаты вагинального грязелечения варзятчинской грязью в условиях курортной и внекурортной обстановки.

Экстерна клиники д-ра А. А. Бадюл.

Метод вагинального грязелечения, впервые примененный в России (в Ессентуках), получил не только широкое распространение в условиях курортной обстановки, но приобрел права гражданства, наряду с другими методами консервативного лечения гинекологических больных, и в амбулаторной практике многих больших городов.

Ценные свойства грязи курорта Варзятчи (Вотской области), заключающиеся в ее нежности, мягкости и пластичности, побудили нас в

сезон 1927 года применить на курорте Варзятчи метод грязелечения *per vaginam*.

Нами применялась следующая методика вагинального грязелечения. Торфяная грязь освобождалась от ракушек и других грубых примесей, просеивалась через металлическое сито, смешивалась с водой из „Докторского“ источника до консистенции густой сметаны и нагревалась на водяной бане до 60—70° R, в плотно закрытом сосуде. С целью стерилизации грязь в таких температурных условиях оставлялась в течение часа; при этом внешне она не изменяла своих свойств, консистенция ее оставалась прежней, запах сероводорода сохранялся. После опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки производилось спринцевание больной, наружные половые органы обмывались, затем под контролем пальца вагина туго забивалась грязевыми шариками, завернутыми в стерильную марлю. Каждый грязевой шарик-тампон весил 15—20 грамм, число шариков было различное в зависимости от ширины рукава; в общем количество вводимой грязи колебалось в пределах от 120,0 до 200,0. Чтобы грязь не пачкала наружных половых органов, в нижнюю $\frac{1}{3}$ вагины вкладывался стерильный ватный тампон. Грязь вставлялась на сутки. На другой день тампоны вынимались рукой, больная проспринцовывалась раствором поваренной соли (1—2 чайн. ложки на кружку) и вновь вводились грязевые тампоны. Эта вагинальная тампонация производилась или ежедневно, или через день в зависимости от общей и местной реакции. Каждая больная за время сезона получала от 8 до 15 сеансов и только некоторые получали по 20—25 сеансов. В первый день лечения грязь вводилась 36° R., затем, постепенно повышая температуру, мы доводили ее до 45° R.

Описанный способ лечения был применен у 23-х гинекологических больных, из них при *metro-endometrit. chr.* у 6, при *salp.-oophor. bilater. chr.* у 7, при *salp.-oophor. unilat. chr.* у 10 и при *uterus infantilis* у 4. Различные отклонения в положении матки были констатированы 14 раз. У 17 больных воспаленные придатки были окутаны спайками и сращениями; у 4 из них придатки, величиной в мужской кулак, были тесно спаяны с маткой, неподвижны, болезненны. Кроме описанного выше вагинального грязелечения все 23 больные принимали серные, грязевые ванны (местные или общие), а некоторым из них применялся и гинекологический массаж.

Несмотря на неприятные манипуляции, сопряженные с введением и выведением грязи, больные хорошо переносили вагинальное грязелечение, и этот метод получил среди них большую популярность. У некоторых больных в течение первых 15—20 минут после вставления грязи получалось приятное ощущение теплоты в полости малого таза. Семь человек, страдавших упорными запорами, отметили у себя за время вагинального грязелечения появление правильного, регулярного стула. Неподвижность болезненных очагов (матки, придатков), достигаемая плотным забиванием сводов, позволяла лечущимся женщинам свободней, легче и безболезненней совершать обычные движения (ходьба, наклоны и т. п.).

Наблюдая гинекологических больных на Варзятчинском курорте, мы отметили, что после 3—4 сеансов комбинированного грязелечения (вагинальные тампоны—цельные или разводные поясные ванны) появ-

лялась синюшность слизистой оболочки вагины; усилилась секреция вагины, цервикального канала и матки; ткани делались более рыхлыми; болезненные очаги (главным образом, яичники) увеличивались в объеме; консистенция их становилась более мягкой, боли при исследовании усиливались; у некоторых больных (9 человек) наблюдалось нагрубание грудей и выделение из них молозива. Если все явления прогрессировали, то больной назначался покой дня на 2—3 или снижалась температура вагинальных тампонов и ванн. Обычно после такого отдыха явления начинающегося обострения проходили и субъективных расстройств не наступало. Только у 2 больных, несмотря на назначенный отдых, очаговая реакция сопровождалась общими явлениями — усталостью, раздражительностью, плохим сном, пониженным аппетитом, усилением болей и повышением t^0 тела до $38-38,2^0$ C. Затем явления стихли, лечение продолжалось и эти больные уехали с курорта с хорошим самочувствием.

В общем у 23 гинек. больных, пользовавшихся комбинированным грязевым лечением, было отмечено следующее: хронические метро-*endometrit*'ы стойких объективных улучшений не давали. Величина органа оставалась прежней, но количество маточных выделений уменьшалось и характер их несколько изменялся в сторону улучшения. Из 14 случаев отклонений в положении матки 3 больных с *retroflexio uteri fixata* уехали с курорта без перемен, у остальных получилось значительное улучшение, не только субъективное, но и объективное в смысле достижения большей подвижности органа. Тяжи и спайки под влиянием грязи и массажа стали более растяжимы, матка легко и безболезненно выводилась из неправильного положения. Благоприятные результаты отмечены нами также при воспалительных заболеваниях придатков, особенно окруженных экссудатами. Из 17 человек, страдавших воспалением придатков, у 9 — придатки уменьшились до нормальных размеров, а также исчезла болезненность при ощупывании их; у 4 больных придатки значительно уменьшились и болезненность в них ощущалась только при исследовании; 2 женщины уехали без заметного улучшения, а 2 женщины уехали с явлениями ухудшения.

Что касается менструальной деятельности, то наши наблюдения, касающиеся 10 больных, дали следующие результаты. Перед лечением все больные жаловались на сильные боли при *menses*. Из них во время лечения у 6 — месячные боли совсем не появлялись, у 3 — они сделались менее интенсивными, у 1 — остались без перемен и у 2-х больных, страдавших скудными менструациями (по 1 дню несколько капель), количество кровей за время лечения оставалось без изменений. Позднее одна из последних пациенток писала, что у нее *menses* стали более регулярными и количество выделяемой крови увеличилось. Двум больным с жалобами на обильные и длительные кровотечения пришлось прервать лечение раньше времени (у одной из них в анамнезе была гоноррея). Невозможность выполнить самые элементарные лабораторные исследования, конечно, неблагоприятно отражалась на наблюдении за больными при проводимой нами форсированной (серные + грязевые полуванны + вагин. тампоны) грязевой терапии. Возможно, что двум последним больным после точного контроля с помощью лабораторных исследований тепловое лечение было бы вообще отменено.

С целью более детального изучения влияния вагинального грязелечения на гинекологических больных, мы провели наблюдения над 50 женщинами во внекурортной обстановке, зимою 1927—28 года.

В амбулаторию Акушерско-гинекологической клиники Каз. гос. ин-та для усоверш. врачей была доставлена просеянная, освобожденная от крупных примесей грязь Варзятчинского курорта. Здесь, в условиях амбулаторной обстановки, сначала применялась такая же техника вагинального грязелечения, как и на курорте. Затем после проведения 10 больных, мы нашли более удобным заполнять влагалище непосредственно пластичной грязью без марли. При помощи деревянного шпателя нагретой грязью наполнялось цилиндрическое зеркало Fergüsson'a из рогового каучука, плохо проводящего тепло. Когда грязь остывала до нужной t^0 , зеркало густо смазывалось вазелином, без труда вводилось во влагалище и при помощи большого кома ваты грязь проталкивалась из зеркала корнцангом глубоко во влагалищные своды. Чтобы грязь не выпадала и не пачкала наружных половых частей, ватный шарик оставался в нижней части влагалища. Вставлялась грязь на сутки. Во избежание охлаждения больным рекомендовалось в течение часа не покидать амбулатории. По истечении суток больные сами вынимали вату, грязь при потуживании частью выпадала, частью вымывалась водой из кружки Эсмарха. Температура грязи с 36^0 R постепенно доводилась до 45^0 R .

Наша методика для определения непосредственного влияния отдельного сеанса вагинального грязелечения на организм состояла в следующем. У каждой больной следили за изменением температуры (в прямой кишке, в подмышковой впадине) и состоянием пульса до вставления грязи, а также через 15, 30, 45, 60 минут спустя после вставления. За время этих наблюдений больные находились в амбулатории в спокойном положении, избегая лишних мышечных движений в течение $1\frac{1}{2}$ часов. На протяжении курсового лечения у каждой больной разовое влияние грязи наблюдалось три раза: при температуре тампона в 39^0 , 42^0 и 45^0 R . Всего проведено 120 наблюдений у 39 амбулаторных и 1 у стационарной больной.

Рассматривая данные непосредственной реакции, мы заметили, что через 15 мин. после вставления грязи все без исключения больные дали повышение t^0 в прямой кишке в среднем на $0,7^0\text{ C}$. В отдельных случаях были повышения на 2^0 и $2,2^0\text{ C}$. После 30 минут t^0 выявляла тенденцию к понижению и, спустя 60 минут после вставления грязи, t^0 регестум доходила до цифр более низких, чем были отмечены до вставления грязи. По характеру изменений со стороны пульса и t^0 в подмышечной впадине все полученные реакции можно разбить на 2 группы. Средние арифметические каждой группы таковы. В первой группе (47 наблюдений) общая t^0 тела повышается в среднем на $0,5^0\text{ C}$. после 15', после 45'—на $0,6^0\text{ C}$ и даже спустя 60' после вставления грязи t^0 тела превышала первоначальную на $0,4^0\text{ C}$.

Во второй группе, которая объединяет 73 наблюдения, заметны другие соотношения температурных величин. В то время как полостная t^0 у этих больных повысилась на $0,7^0\text{ C}$ через 15' после вставления грязи, t^0 тела к этому времени упала в среднем на $0,4^0\text{ C}$. У некоторых больных этой группы общая t^0 тела падала через 15' на $0,9^0\text{ C}$, особенно в тех случаях, где наблюдалось повышение t^0 тела до встав-

ления грязи до 37°C . У таких больных даже через час после вставления грязевого тампона t° тела не поднималась до исходных цифр. На приведенных больных мы проследили и колебания пульсовой волны. В момент наибольшего влияния грязи на организм (через 15' после вставления грязи) пульс по числу ударов следует за общей t° тела, становясь более частым при повышении t° тела и замедляясь при падении ее. Спустя 60 минут во всех почти случаях пульс достигал первоначальных цифр.

На основании сравнительных наблюдений (над одними и теми же больными при одних и тех же условиях) было отмечено, что амплитуда пульсовых и температурных колебаний зависит, во-первых, от t° вводимой грязи, а во-вторых от индивидуальных особенностей больного организма в каждый данный момент. Так, *некоторые* больные на грязь в 45°R дают более слабую реакцию, чем другие на грязь в 39° и 42°R .

Если мы обратимся к литературным данным по вопросу о влиянии местных грязевых процедур на t° тела и пульс, то найдем очень противоречивые указания. Садиков¹⁾, на основании своих опытов, отмечает первоначальное понижение и последующее повышение общей t° тела под влиянием местного грязелечения. С данными Садикова совпадают и наблюдения Берлина²⁾. Последний констатировал повышение t° тела в среднем на $0,6^{\circ}\text{C}$ при местном грязелечении. Широженский³⁾ при вагинальном грязелечении заметных изменений не наблюдал ни со стороны t° , ни со стороны пульса. Грязь им вставлялась на сутки; измерения t° производились до и после процедуры. Вполне естественно, что данный автор изменений не отметил. Наши наблюдения показали, что максимальные изменения t° наступали через 15' после вставления грязи. Соотношения кожной и полостной t° , полученные нами, соответствуют данным физиологии о кровераспределении между периферией и внутренними органами. Усиленный прилив крови к органам малого таза, наступающий после введения грязи, вполне естественно вызывает повышение полостной t° , в то же время в силу существующего антагонизма кожная t° (в подмышечной впадине) понижается.

Переходим теперь к вопросу о стойких изменениях организма под влиянием курсового вагинального грязелечения. Так как кровь и характер ее изменений является чувствительным показателем происходящих в организме реакций при тех или иных процедурах, то мы и занялись изучением реакции оседания эритроцитов (SR), количества лейкоцитов и отдельных видов последних при вагинальном грязелечении. С этой целью мы назначали больным через каждые 5 процедур день отдыха и производили в этот день исследования крови и кроме того выделений цервикального канала. Исследования производились натощак, по возможности в одно и то же время и после покойного положения в течение часа, без лишних мышечных движений со стороны больного. Красные шарики крови не подсчитывались, так как нас больше интересовал вопрос в смысле закономерности изменений лейкоцитарной формулы. Количественный подсчет лейкоцитов производился при помощи камеры Тигка

¹⁾ Цит. по Звоницкому, «Грязелечение», 1928 г.

²⁾ Берлин Л. Б. Труды бальнеолог. ин-та Кав. мин. вод, 1925 г., т. II.

³⁾ Широженский. Кур. дело, 1926, № 12.

в двух каплях (во внимание принималась средняя цифра). Лейкоцитарная формула считалась в нескольких мазках по Schilling'у до 200; SR производилась по способу Linzenmeier'a. Как уже было отмечено, одновременно с кровью мы брали мазки из цервикального канала, окрашивали их по Gram'у и исследовали на степень чистоты по Neugin'у.

Из работ, посвященных влиянию общих грязевых ванн на кровь, можно указать на работу Шавердовой и Ступиной¹⁾. Авторы констатировали в конечном итоге уменьшение содержания нейтрофилов и увеличение количества лимфоцитов. Проф. Черников²⁾ находил стойкий лейкоцитоз, причем число лимфоцитов и моноцитов увеличивалось за счет нейтрофилов. Проф. Брусиловский³⁾ (на Куяльницком лимане) пришел к заключению, что к концу лиманного лечения состав крови выравнивается, но очень часто отмечается лимфоцитоз. Нарастание лимфоцитов во время курса грязелечения констатировал и Виноградов⁴⁾. Что же касается сегментоядерных лейкоцитов, то, по его наблюдениям, они увеличивались на 13% в конце 2-ой недели, уменьшались на 20% к концу 3-ей недели и к концу лечения количество их снова достигало того же уровня, что и в конце первой недели. По Schilling'у⁵⁾ в начале купальной реакции обнаруживается большое количество юных телец и миелоцитов при относительном уменьшении нейтрофильных клеток и эозинофилов. В конце купальной реакции—лимфоцитоз, достигающий наибольших цифр к концу лиманного лечения; в то же время число молодых клеток уменьшается.

По вопросу о влиянии местных грязевых ванн на состав белой крови имеются наблюдения Садикова⁶⁾ и Берлина. Они пришли к аналогичным выводам относительно изменений морфологического состава крови под влиянием одной только местной грязевой процедуры, а именно: начальная нейтропения (I фаза) с лимфоцитозом преимущественно за счет сегментоядерных сменяется II фазой (по Берлину через 4—5 часов после ванны), в которой преобладает нейтрофилез с участием большого количества молодых форм. Кунцевич⁷⁾, изучавший стойкую реакцию крови (у 9 больных) на местные грязевые процедуры у гинекологических больных, нашел в конце грязелечения увеличение числа нейтрофилов и уменьшение количества лимфоцитов и моноцитов.

Изучением белой крови при вагинальном грязелечении занимались Беленькая⁸⁾ и Тыркова⁹⁾. Беленькая, исследуя лейкоцитарную формулу у 9-ти больных, нашла небольшой сдвиг влево. Тыркова, на основании изучения непосредственного влияния вагинальной грязевой процедуры у 25-ти человек, пришла к заключению, что вагинальное грязелечение, по силе своего действия на организм, более подходит к общим грязевым ваннам, чем к местным, применяемым на коже. На-

¹⁾ Шавердова и Ступина. Курортное дело, 1923, № 3—4.

²⁾ Черников. Врачебное дело, 1923, №№ 8—9—10.

³⁾ Брусиловский. Врач. газета, 1926, № 3.

⁴⁾ Виноградов. Врач. газета, № 11—12, 1927.

⁵⁾ Цит. по работе Кузиной. Курорт «Озеро Карачи», Томск, 1926.

⁶⁾ Садиков и Лозинский. Русский врач, 1914, № 51.

⁷⁾ Кунцевич. Медицинский архив, 1925 г., № 1.

⁸⁾ Беленькая. Цит. по работе Тырковой.

⁹⁾ Тыркова. Сборник бальнеол. работ по Сибирским курортам, Томск, 1928

блюдая повышение количества лейкоцитов в 76% всех случаях, она объясняет наличие лимфоцитоза не мышечными движениями, а относит его за счет массирующих свойств грязевой вагинальной ванны на близлежащие лимфатические сосуды, на яичники, а через них на вегетативную нервную систему и кровь.

Полное отсутствие указаний об изменениях белой крови под влиянием курсового вагинального грязелечения побуждает нас привести наши данные в этом направлении на основании 180 наблюдений, которые мы провели у 35 больных. Рассматривая эти данные не трудно заметить, что больные неодинаково реагировали на вагинальное грязевое лечение. По характеру ответной реакции со стороны крови всех обследованных больных можно разбить на 4 группы. Цифровые данные, полученные нами при определении стойкого влияния вагинального грязелечения на кровь, были добыты путем вычисления средних арифметических.

У больных первой группы (8 человек) после 5 процедур и у больных второй группы (8 человек) после 10 процедур картина крови изменялась одинаковым образом, а именно, общее количество лейкоцитов прибывало за счет увеличения нейтрофилов и уменьшения лимфоцитов; SR ускорялась, но изменения эти не выходили из пределов физиологических. К этому времени у больных при объективном исследовании мы обычно находили стенки влагалища и шейки матки рыхлыми, застойно гиперемизированными (до цианоза), отделение цервикального канала расжиженным и обильным; матка и придатки увеличивались, приобретали более мягкую консистенцию, движения их становились ограниченными вследствие болезненности, усиление которой при пальпации мы видели у 9-ти человек из 16. Остальные 7 человек жаловались на ухудшение местных болей даже без исследования, в виду чего этим 7 женщинам пришлось сделать перерыв в лечении на 2—3 дня. При бактериоскопическом исследовании мазков из выделений цервикального канала, взятых у этих больных в те же сроки, было отмечено изменение флоры в сторону ухудшения (количество лейкоцитов в мазках увеличивалось, кокковая флора значительно прибывала, у некоторых больных появлялись стрептококки, которых до лечения обнаружить не удавалось). Гonoкокков увидеть ни разу не удалось. На основании перечисленных данных, мы позволим себе трактовать изменения, наблюдающиеся во время грязелечения со стороны крови, выделений и местного очага, как бальнеологическую реакцию организма на грязелечение. Постепенно, по мере дальнейшего лечения, объективные явления ухудшения (обострения) обычно сглаживались, количество выделений уменьшалось и после 20 вагинальных сеансов мы имели в выделениях у 16 больных этих двух групп уменьшение лейкоцитов и в некоторых случаях уменьшение кокковой флоры, причем из 16 больных у 5 человек III ст. чистоты (до лечения) перешла во II-ю (после лечения) и у 1 больной IV (до лечения) перешла в III ст. (после лечения). В крови же после лечения находили уменьшение количества лейкоцитов в сравнении с количеством их до лечения, причем число лимфоцитов увеличивалось за счет уменьшения нейтрофилов; SR достигала цифр, которые были отмечены до лечения.

У 13 больных третьей группы картина крови без скачков шла постепенно в сторону уменьшения общего количества лейкоцитов, уменьшения палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, зато количество

лимфоцитов у этой группы больных резко увеличивалось к концу лечения. Реакция оседания эритроцитов шла неравномерно, но в общем к концу лечения имелось незначительное ее замедление. В процессе лечения больных этой группы флора не ухудшалась и количество выделений не увеличивалось, как это было у больных двух предыдущих групп. Бактериоскопически мазки этих больных до 15 тампонов изменений не представляли и только после 20 тампонов было заметно незначительное уменьшение лейкоцитов и кокковых форм. После лечения у 3-х больных этой группы IV степень чистоты перешла в I и у 3-х III в II-ю.

IV группа больных, самая незначительная, объединяет 6 человек. Здесь отмечено после лечения увеличение количества лейкоцитов, увеличение нейтрофилов и уменьшение лимфоцитов. SR колебалась в физиологических пределах и к концу лечения скорость оседания эритроцитов равнялась скорости, отмеченной до лечения. Флора выделений у некоторых из этих больных в результате лечения также улучшилась. По клинической картине больные IV группы были застарелые хроники, главным образом с рубцовыми изменениями в околоматочной клетчатке и брюшине. Если к концу лечения у них и отмечалось некоторое разрыхление спаек и тяжей вокруг смещенной матки и увеличенных придатков, то, во всяком случае, эти объективные улучшения были очень незначительны. В курортной обстановке такого рода больные дали более удовлетворительные результаты, так как там вагинальное грязелечение производилось в комбинации с общими грязевыми ваннами и гинекологическим массажем. В амбулаторной обстановке города мы массажа не производили, почему и результаты при этого рода заболеваниях во внекурортной обстановке оказались хуже, чем на курорте.

Субъективное и объективное улучшение у больных первых трех групп наступало независимо от того, была ли бальнеологическая реакция или не было таковой. Умеренная грязелечебная реакция, которая наблюдалась у больных I и II групп, будучи прогностически благоприятным симптомом, не являлась, однако, обязательным условием хорошего терапевтического эффекта, наблюдавшегося нами и без реакции у 13 человек третьей группы. Воспалительные заболевания придатков быстрее улучшались в курортной обстановке при комбинированном грязелечении, чем в условиях города под влиянием одного только вагинального грязелечения. Два случая *sactosalpinx*'а очень быстро подверглись излечению после 3—4 сеансов и исчезли почти бесследно. Воспалительные опухоли придатков заметно уменьшались после 4—5 сеансов курортного лечения, при внекурортном же грязелечении аналогичные изменения наступали только после 10—15 сеансов. Из 5 человек с эрозиями на *portio vaginalis* только у 3-х мы наблюдали при грязелечении постепенное заживление эрозированной поверхности, а у 2-х остальных стойких улучшений не получено.

Что касается влияния нашего лечения на характер *menses*, то 20 из наших 35-ти амбулаторных пациенток жаловались до лечения на сильные боли во время менструаций. В результате примененного грязелечения у 13 из них боли стали приходить совершенно без болей, у 3—боли значительно уменьшились, у 1—за время лечения боли были едва заметны, но после лечения через месяц восстановились с прежней силой; 2 больных из четвертой группы облегчения при месячных болях не получили ни во время, ни после лечения.

Относительно количества кровей мы имели следующие данные: 4 женщины имели до лечения скудные menses по 1—2 дня, после лечения у 3 из них крови стали более обильными—по 3 дня; у 10 больных menses, типа polyhypermenorrhoea (по 8—10 дней обильно), после вагинального грязелечения уменьшились у 6 женщин в среднем на 1—2 дня, остальные 4 пациентки сохранили после лечения тот же тип menses. У наблюдавшихся нами двадцати женщин имелись до лечения menses (по количеству выделяемой крови) нормального типа, причем у 5 из них после вагинального грязелечения промежутки между менструациями увеличились на 4—5 дней, количество же менструальных дней и количество теряемой крови уменьшилось.

Учитывая небольшое количество своих наблюдений, мы позволим все же сделать следующие выводы:

1. Комбинированное лечение гинекологических больных в курортной обстановке дает лучшие результаты, чем изолированное вагинальное грязелечение во внекурортной обстановке.

2. Бальнеологическая реакция организма на вагинальное грязелечение во внекурортной обстановке, выражающаяся в ухудшении степени чистоты секрета цервикального канала, увеличении количества лейкоцитов, ускорении SR и увеличении нейтрофилов за счет лимфоцитов, является благоприятным терапевтическим симптомом, но не обязательным условием для улучшения, наблюдаемого и без такой реакции.

3. По окончании курса вагинального грязелечения показателем стойкого улучшения местного процесса является незначительное уменьшение общего количества лейкоцитов, увеличение лимфоцитов за счет сегментоядерных нейтрофилов, замедление SR и улучшение степени чистоты выделений цервикального канала.

Из Цивильской глазной лечебницы (Зав.—д-р. А. В. Свешников).

К вопросу о классификации трахомы.

Врача Э. Г. Клейн.

Классификации заболеваний органов или системы органов в различных отделах медицины имеют значение не только рабочих схем, но также, представляют собой известный итог теоретической работы медицины в данной области. По мере накопления нового материала эти классификации подвергаются переработке и принимают новый вид. Предлагая в этой небольшой заметке новую классификацию трахомы, я поэтому считаю нужным предварить здесь же, что эта классификация не подводит итогов в деле теоретического изучения трахомы и не основана на этиологических и патолого-анатомических данных. Она исходит из чисто практической необходимости врача, работающего на периферии и проводящего массовые обследования трахомы. Весьма возможно, что клиника