

Эти цифры много ниже содержания иода в щитовидной железе, где последний может находиться в количестве 300—400 γ (в среднем) на 1 гр. свежей железы.

Конечно, имеющихся исследований (1—Neu и 2—мой) еще недостаточно, чтобы сделать окончательные выводы, однако, я считаю себя вправе на их основании сделать предположение, что едва ли ткань щитовидной железы в струмозной опухоли—истинная, со всеми присущими ей признаками функционирования, несмотря на сходную морфологическую картину. На эту мысль наводит и факт малого содержания иода и факт превалирования его в частях опухоли, морфологически *несходных* с тканью *gl. thyreoideae*. Но эти же моменты указывают, что опухоли могут играть в генезе иода ту же роль, что и яичники. И не прав ли E. Bauer, правда по высказанным им другим соображениям, называя свою опухоль не струмой, а псевдомуцинозной кистой?

Позволю себе кратко резюмировать вышесказанное: 1) применение чувствительной методики по обнаружению иода Th. v. Fellenberg'a позволяет оперировать с малым количеством вещества, 2) исследованные яичниковые опухоли по богатству содержания иода приблизительно одинаковы с таковыми яичников, но много ниже содержания иода в щитовидной железе, и, наконец, 3) исследование различных частей опухоли, морфологически не одинаковых, показало неодинаковое содержание в них иода.

О подходе к лечению гортанного туберкулеза.

Д-р И. М. Гершкович (Ялта).

В настоящее время считается общепризнанным единство всех тбк поражений организма, причем местные проявления являются следствием общего туберкулезного заболевания. Из всех тбк поражений организма наиболее тесная связь существует между гортанным и легочным заболеванием. Эта связь настолько в настоящее время считается твердо установленной, что целый ряд авторов (Блох, Виншток и др.) доказывают, что определенные формы тбк гортани возникают только при определенных формах тбк легких и что ларингоскопическая картина является зеркальным отображением легочного процесса. Для точного представления о легочно-гортанном тбк (Л-Г) и для назначения радикального лечения необходимо из всего лабиринта разнообразия Л-Г тбк выбрать такие условные формы его, которые включали бы в себя качественную и генетическую характеристику процесса с оценкой иммуно-биологической сопротивляемости организма. На основании большого опыта, горловое отделение Ялтинского тубинститута (ныне Климатологического ин-та) считает необходимым различать следующие две ярко очерченные по своему клиническому проявлению группы: первая группа—гематогенно-диссеминированного Г-Л тбк и вторая—третично-хронически протекающего Л-Г тбк, с сопровождающим его контактным спутогенным гортанным процессом (до 80% бациллярных больных). Вторая группа, помимо консервативного лечения легочного тбк, в немалом %, особенно в ранних и односторонних слу-

чаях, становится достоянием целого ряда хирургических вмешательств (френикоэкзерез, пнеймоторакс, plombировка, торакопластика). Все эти моменты, улучшающие общее состояние, улучшают и местные осложнения (гортань). На долю спуточного возникновения тбк гортани, по разным авторам, имеется различный % заболеваний от 70 до 90%. (Томсон, Блох и др.). Гематогенно-диссеминированный Л-Г тбк встречается от 10 до 20% (Сафранек), по материалам нашего отделения их количество доходит до 40% (Биншток).

В клиническом синдроме миллиарного гематогенно-диссеминированного Л-Г тбк мы различаем (Биншток) следующие формы: 1) острые, 2) подострые, 3) длительные, хронические, этапно-развивающиеся с более или менее бурными экзакербациями, 4) стационарные, 5) абортивно-латентные. Клинически эти формы подтверждаются, одновременно с легочным поражением, локализацией процесса в гортани, в почках, в плевре, в брюшине и отсутствием, в большинстве случаев, в начале заболевания ВК в мокроте. В легких—отсутствие или чрезвычайная скудность клинических данных. В этих случаях заболевание гортани квалифицируется как первичное заболевание и только хороший рентгено снимок открывает характерную рентгенологическую картину для гематогенно-диссеминированного Л Г тбк—симметричное в виде песчинок поражение легочных полей. В гортани преимущественно поражаются места, имеющие хорошую кровеносную сеть, т. е. ложные связки, надгортанник, черпал. хрящи. Чаще всего заболевание в гортани проявляется в виде ограниченных опухолей, причем в большинстве случаев они располагаются также симметрично, как и в легких. Вторая группа, так называемая третичная фтиза, также имеет свои подразделения, которые в основном сводятся к следующему: 1) далеко зашедшие, декомпенсированные, необратимые процессы, 2) хронические этапно-развивающиеся и 3) стационарно затихающие процессы. В гортани характерных изменений нет, могут быть самые разнообразные проявления в различных фазах развития (инфильтрат, язва и т. д.). Чаще всего процесс начинается с голосового кольца, с дальнейшим переходом, по контакту, на соседние части слизистой гортани. Наслоение гематогенной диссеминации при третичной фтизе не дает ничего характерного, но ухудшает прогноз как легочного, так и гортанного процесса. Естественно, что только одной качественной диагностикой Л-Г тбк мы не можем обойтись при решении вопроса о выборе метода лечения гортани. Необходимо дать оценку био-патологии всего процесса в организме, с учетом сопротивляемости организма, т. е. индивидуализации каждого случая в отдельности. Как правило, местное лечение тбк фокуса в гортани начинается тогда, когда применены, при наличии показаний, колапсотерапия или хирургическое лечение основного, т. е. легочного процесса. При противопоказанности легких к хирургическому лечению или при стационарности гортанных изменений после активной легочной терапии наступает момент для местного активного лечения гортани (консервативное лечение можно применять всегда). При разборе указанных двух форм Л-Г тбк—острые и подострые формы гематогенно-диссеминированного тбк и декомпенсированные процессы третичной фтизы являются выражением полного срыва иммунитета. Местное и общее лечение здесь является бесполезным. Эти формы являются противопоказанными и для санаторно-курортного лечения. Наиболее показанными для лечения считаются хронические этапно-развивающиеся формы легочно-гортанного тбк.

Особенно они показаны для климатического лечения, когда организм нуждается в щажении; при наступлении стабилизации процесса возможен переход к обще-раздражающему лечению и к местному лечению гортани. Для уточнения показаний применения активного лечения гортани нас интересуют те же данные анализов, которые имеют значение при решении вопроса об активной легочной терапии. Под активным лечением гортани мы понимаем в первую очередь гальвано-каустику (Г-К). Вопросы Г-К гортани изучены полностью, вплоть до различных технических тонкостей применения ее (см. работы Блоха, Кувичинского, Гершковича, Бинштока, Гондельмана, Бонгарда, Мерьемсона и т. д.). Нас наиболее интересует влияние Г-К на весь организм. Естественным следствием такого изучения являются следующие практические вопросы: 1) при каком иммуно-биологическом статусе возможна Г-К? 2) сроки между сеансами Г-К, 3) что является критерием для решения целесообразности назначения активного лечения в данный момент (особенно повторной Г-К). Эти данные мы находим в работах Гершковича, Бинштока, Бонгарда. Изучая изменения красной и белой крови, авторы приходят к такому заключению, что на Г-К нельзя смотреть как на исключительно местное прижигание патологического фокуса. Г-К вносит в организм большую пертурбацию, которая, в первую очередь, может выразиться общей реакцией организма (повышение температуры, разбитость и т. д.) с последующим обострением легочного тбк. Г-К вызывает явления, свойственные туберкулинизации организма. Поэтому действие Г-К тождественно с ауто-туберкулинизацией организма, но с неподдающемуся контролю и учету количества введенного в организм туберкулина. Ярче всего действие Г-К учитывается состоянием белой крови. РОЭ и красная кровь не дают указаний на действие Г-К, они констатируют лишь отягчение тбк организма добавочным фокусом и имеют общее прогностическое значение. Особенно вырастает значение серийных гемограмм в периоде прогрессирования тубпроцесса, без явных признаков клинической активности. Оценка белой крови помогает точно определить эффективность любого метода лечения выраженного Л-Г тбк. В результате усиления интенсивности специфического воспаления очага поражения и интоксикации всего организма под влиянием Г-К падает % лимфоцитов, повышается число нейтрофилов, особенно молодых палочкоядерных форм. Такое состояние заставляет нас воздержаться от повторной Г-К впредь до возвращения их к исходному уровню, а если таковое не наступает или продолжает прогрессировать, следует вовсе отказаться от эндо-ларингеальных вмешательств. Обычно, наиболее положительные результаты лечения идут параллельно с улучшением качественного состава крови. Из других данных, указывающих на влияние Г-К, следует указать на появление белка и положительной урочромогенной реакции в моче. Все это действует аналогично не специфической протеинотерапии. Эти изменения не стойки и не имеют определенной закономерности в появлении после вмешательства в любом органе тбк больного. Техника Г-К в настоящее время всем известна. Необходимо отметить, по данным большого материала, что гораздо выгоднее делать более энергичное вмешательство, т. е. прижигать глубже—белым огнем, стремясь в один сеанс прижечь максимальную часть пораженного участка. От такого метода в первую очередь уменьшается местная реакция, столь нежелательная в процессе лечения гортани. Правда, большая местная

реакция, при отсутствии общей, не всегда является неблагоприятным признаком в смысле результатов лечения, но все же усиление реактивного воспаления может способствовать переходу процесса из т. наз. внутреннего в наружный, что в прогностическом отношении не безразлично. Мы всегда стремимся удержать процесс во внутреннем, так называемом головном кольце, при переходе же на наружное кольцо появляется дисфагия и распространение процесса по лимфатическим путям идет вверх и вниз, что означает переход процесса в необратимую фазу. Кюретаж меньше отражается на общем состоянии, но все вышеозначенное в равной степени относится и к нему. Консервативное лечение с одной стороны стремится внести легкое местное раздражение (вливание, смазывание, ингаляции и т. д.) и щажение гортани вплоть до полного покоя, т. е. соблюдения абсолютного молчания. В последнее время в литературе начал пересматриваться вопрос о целесообразности лечения тбк гортани молчанием (Зимин, Распопов). Мы склонны думать, что в этот вопрос необходимо внести ясность и не назначать огульно всем тбк больным молчание, учитывая психику больного, не могущего отказаться от разговора, как способ общения с окружающими. По поводу прений по докладу д-ра Распопова, Московское о-во ларингологов вынесло следующую справедливую резолюцию: 1) Абсолютное молчание следует рекомендовать при тбк внутренних отделов гортани, в особенности при остром характере течения его. 2) В тех случаях тбк гортани, где проведение абсолютного молчания вызывает вредные для общего состояния больного угнетения психики, можно допускать тихий, крайне ограниченный разговор. 3) При выборе между шепотной речью и тихой разговорной, следует отдать предпочтение последней, как менее раздражающей гортань. Преимущество радикального лечения тбк гортани в тех случаях, где имеется абсолютные показания, можно доказать на сравнительном материале с консервативным лечением и на сравнении течения легочного и гортанного тбк при том и другом способе лечения. Цифры эти указывают, что, помимо параллелизма гортанного и легочного тбк, при обоих способах лечения—активное лечение гортани вызывает лучшие результаты, гораздо скорее во времени и сопровождается более стойкими изменениями в гортани, в сравнении с легочным процессом. Гортань, в смысле результатов лечения, как бы „забегает“ вперед легких, т. е. в тех случаях, где мы имеем легочный статус без перемен, в гортани следует отметить улучшение; в тех же случаях, где в легких улучшение, в гортани чаще наступает значительное улучшение и реже излечение; наконец, в тех случаях, где в легких, в результате лечения, наступает клиническое улучшение, в гортани наступает резкое клиническое улучшение (на границе излечения) и полное клиническое излечение. Все это в большей мере наступает при активной гортанной терапии. Таким образом, выгодность активного лечения гортани очевидна и эффект местного лечения гортани при параллельном улучшении в легких всегда благоприятен.

Из других методов лечения наиболее дорогим и, к сожалению, малоизученным является климатическое курортное лечение. Вопросы эффективности, показания и противопоказания для лечения Л-Г тбк явились темой особых докладов на Всероссийском совещании по климатотерапии тбк (Ялта) и настоящее сообщение является частью наших прений по этим докладом. Эти вопросы найдут освещение в прессе. Нам хотелось бы здесь отметить один очень важный вопрос климатолечения—это вопрос

о сроках пребывания и лечения больных в так называемую „рассрочку“, т. е. дробление сроков лечения по несколько месяцев в различные сезоны года. Для этого мы разобрали материал Военного санатория РККА с резким клиническим улучшением и излечением, в зависимости от количества раз, проведенных в санатории, сроков лечения и групп больных. Оказалось, что в громадном большинстве излечение наступает во время первого пребывания на курорте, при повторном пребывании больные подвергаются исключительно наблюдению и консервативному лечению. Следовательно, излечение они получают во время первого пребывания в большинстве случаев тогда, когда срок их пребывания в среднем равнялся 6—7 месяцам непрерывного пребывания на курорте. Излеченных в группе больных, которые прибывали в течение нескольких сезонов, мы не отмечаем, а самые лучшие результаты лечения в „рассрочку“ оставались в фазе резкого клинического улучшения или просто улучшения.

Выводы:

1) Для назначения рационального лечения тбк гортани необходимо учитывать качественную диагностику легочного и гортанного тбк и их генетическую связь и общую сопротивляемость организма.

2) Навлучшим показателем эффективности лечения и указателем сроков между отдельными вмешательствами являются серийные гемограммы.

3) Активное лечение гортани в случаях строго-показанных дает наилучший эффект.

4) Сроки курортного лечения Г-Л тбк больных должны быть максимальными и непрерывными.

Наблюдения над бескровным лечением передних стафилом глаза по Kouanagi.

В. Д. Мицкевич (Н.-Сибирск) и Л. Д. Мицкевич (Каргат, Зап. Сибкрай)

Передние стафиломы глазного яблока, представляя собой заключительный аккорд тяжелых поражений роговицы и прилежащих к ней частей склеры, встречаются в повседневной практике врача-офтальмолога довольно часто. Не останавливаясь на перечислении и разборе многочисленных способов хирургического лечения стафилом глаза, мы должны все же отметить, что все они, несмотря на серьезность и сложность вмешательства, не дают практически удовлетворительных результатов. Громадный рубец на месте бывшей роговицы сморщившегося глаза с отдельными темными точками после дополнительно произведенной татуировки— вот обычные результаты наших „удачных“ оперативных вмешательств, заставляющие многих из нас чаще предлагать больным энуклеацию, экзентерацию с последующим ношением протеза, что может быть не всегда желательно в условиях тяжелой физической работы. К тому же все эти вмешательства в детском возрасте требуют наркоза.

В связи с этим, очень заманчивым показался нам метод бескровного лечения передних стафилом глаза, предложенный японским окулистом