

Клинические наблюдения над действием инъекций скипидара при воспалительных заболеваниях женской половой сферы.

(Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей).

Ассистента Ю. А. Лейбчика.

Целый ряд авторов и исследователей, начиная с 1916 г., применял с успехом т. наз. протеиновую терапию, именно, в виде парентерального введения молока, при различных воспалительных заболеваниях маточных придатков, при маточных кровотечениях и для повышения секреции молока у родильниц. У последних с этой целью проводилась, между прочим, аутолактотерапия, которая дала Löhne, введшему ее, успешные результаты, а Dupan'у, Meyer'у и Kirstein'у—менее благоприятные.

В дальнейшем, кроме молока, в гинекологическую практику входит в употребление казозан, предложенный Linding'ом и испытанный с успехом, в особенности при внутривенном его применении, для лечения послеродовых заболеваний, параметритов и опухолей придатков (Jaschke, Mack и Gieszen). Далее, с целью избегания тяжелых общих явлений, нередко наблюдавшихся после инъекций цельного молока, а также для исключения побочного действия таких его компонентов, каковы, напр., жир и соли,—был введен новый препарат, аолап,—обезжиренное и обессоленное молоко,—нашедший себе довольно широкое распространение. Наконец, с начала 1918 г. в литературе появляются многочисленные сообщения о лечении гинекологических заболеваний внутримышечными инъекциями 20—25% раствора скипидара в масле и его видовозменений, как терпихия, новотерпен и др.

Введение в практику всprыскиваний скипидара принадлежит Klingmüller'у, предложившему их с терапевтической целью при различных воспалительных заболеваниях кожи, нагноениях и особенно трихофитиях; но еще ранее, в 1916 г., скипидар, как

переносчик кислорода, служил Weichardt'у для опытов протеинотерапии, хотя и не удавшихся из-за отсутствия подходящего препарата. Целью всех авторов, применявших инъекции скипидара, было воздействовать на организм не чужеродным белком, вводимым извне, а белком собственным, отщепляющимся и всасывающимся на месте впрыскивания скипидара вследствие повреждения ткани. Однако применение инъекций скипидара в гинекологии и оценка результатов его действия, по имеющимся в литературе данным, представляются довольно разпорочивыми. Так, P. Hinze, наблюдения которого обнимают 105 случаев, в громадном большинстве случаев получал при этом лечении быстрое и почти совершенное рассасывание воспалительных опухолей и экссудатов (надо при этом заметить, что, помимо инъекций, Hinze применял и обычные методы лечения, в особенности при гонорройных заболеваниях). Kleeman, применив с успехом новотерпен в 62 случаях аднексита, наблюдал, кроме того, при этом лечении быстрое исчезновение меворрагий и раздражения брюшины. По Fuchs'у (30 случ.) внутримышечные инъекции скипидара в свежих случаях устраняют боли, быстро останавливают кровотечения и уменьшают в объеме воспалительные опухоли; метод показан также и при гонорройных поражениях придатков и часто может быть проводим амбулаторно. Sonnenfeld в 58 случаях аднекситов гонорройного и негонорройного происхождения получил хороший эффект, причем в 6 случаях лечение производилось впрыскиваниями 25% раствора *ol. therebinthinae*, а в остальных 52 случаях автор лечил терпихином — смесью скипидара с хинином и анестезином в *ol. clivagum*; отрицательные результаты наблюдались им лишь в случаях туберкулезного поражения придатков. Лечение терпихином также с успехом было испытано W. Schwarz'ем в 20 случаях аднексита, периметрита и инфильтратов в заднем Douglas'овом кармане. Благоприятных результатах скипидарных инъекций сообщают также Zorpritz, Gröpper, Baureisen и Hartog, а из русских авторов Бубличенко (25 случ.) и Черепихин (33 случ.). Напротив, Hellendal, Krebs, Kronnenberg, Rankow и Hermstein (в 30 случ. пuerперального сепсиса), применяя скипидар, наблюдали в некоторых случаях, после кажущегося полного излечения, рецидивы, или же не получили никаких результатов, почему и приходят к выводу, что лечение скипидаром не представляет особых преимуществ.

Техника впрыскиваний скипидара у всех перечисленных авторов в общем одинакова: инъекции производятся помощью тонкой, длинной иглы в точке по *lin. axillaris post.*, на 2—3 поп. пальца

ниже *crista ossis ilei*, причем большинство авторов производит впрыскивания внутримышечно или на поверхность надкостницы, некоторые же, как *Hinze*, *Hermstein* и др., — субпериостально. Каждый раз впрыскивается от 0,2 в. с. до 1,5—2,0 в. с. с промежутком в 3—5 дней.

К клиническим наблюдениям над действием инъекций скипидара при гинекологических заболеваниях мы приступили в январе 1922 г. При этом вначале лечению подвергались лишь те случаи, в которых нам, в течение определенного времени, или совершенно не удавалось добиться успеха обычными методами лечения, или же результат лечения был ничтожный. В дальнейшем лечение скипидаром стало предприниматься уже с самого начала.

Всем больным, подлежавшим лечению, вначале предоставлялся полный покой в течение 2—3 дней и более, чтобы до некоторой степени исключить лечебное влияние самого покоя и клинической обстановки, а затем в продолжении всего периода наблюдения никакого местного лечения не применялось, кроме обычных гигиенических мер. Далее, по мере накопления у нас опыта и запаса наблюдений, часть стационарных больных стала переводиться на амбулаторное лечение, а другая проходила таковое исключительно амбулаторно.

Практиковавшееся нами вначале измерение t° через 3 часа оказалось излишним, и у большинства больных, наравне с другими стационарными больными, t° измерялась 2 раза в день. Кроме того у всех стационарных больных, лечившихся инъекциями, и части амбулаторных производилось исследование мочи на присутствие белка перед и после каждой инъекции и по несколько раз в течение промежутка между ними. Под конец нашей работы, с организацией при Отделении собственной лаборатории, мы получили возможность производить также исследования у больных крови.

Все больные исследовались бимануально перед каждой инъекцией и в промежутках между ними. Почти все они прошли под контролем заведующего Отделением проф. А. И. Тимофеева. Для впрыскиваний мною употреблялся подогретый до t° тела 25⁰/₀ раствор *ol. therebinthinae rectif.* в прованском масле, причем сначала в нашем распоряжении был скипидар немецких фабрик, затем небольшое количество французского, а в настоящее время мы пользуемся простым французским скипидаром, любезно очищенным нам в Химико-Биологическом Институте ТНКЗ (проф. Бенниг).

Особенной разницы в действии различных препаратов скипидара нам подметить не удалось, хотя как будто наибольшая болезненность во время впрыскивания и в первые дни после него на

месте укола была при употреблении немецкого препарата. По Кравкову, для опытов и наблюдений следует брать какой-либо один скипидар, так как очищенные скипидары, в зависимости от очистки, представляют смесь различных терпенов формулы $C_{10}H_{16}$ и, смотря по происхождению, несколько отличаются друг от друга по точке кипения, удельному весу и по вращению плоскости поляризации. Однако, мы позволяем себе думать, что меньший % местных реакций, имевший у нас место в дальнейшем, нужно отнести за счет улучшения вашей техники и видоизменения дозировки, о чем речь будет ниже. Инъекции мы производили, применяя общепринятую технику, т. е. избегая по возможности равить надкостницу, так как местная реакция нередко была сильнее в тех случаях, где последняя повреждалась.

Что касается дозировки, то вначале мы брали от 0,2 до 0,3 к. с., в зависимости от сущности и давности процесса и от конституции больной, а затем, при повторных инъекциях, производившихся с промежутками от 3 до 4 дней, увеличивали дозу каждой последующей инъекции обычно на 0,1 к. с., в редких случаях — на 0,2 к. с., а иногда пробовали, но без заметного успеха, применять повторно и одну и ту же дозу. Таким образом мы доходили в некоторых случаях до 0,9—1,0 к. с. pro dosi.

Проведя около 20 случаев лечения скипидаром, мы могли определенно констатировать, что наибольший эффект давали нам первые 2—3 впрыскивания, и именно небольших доз скипидара, а затем процесс улучшения в пораженной области или совершенно приостанавливался, или же протекал очень вяло. Кроме того нам нередко приходилось наблюдать, главным образом после больших доз, начиная от 0,6—0,7 к. с., весьма резкое набухание сократившейся, было, вначале матки и уменьшившихся придатков. — правда, через некоторое время, после покоя или дополнительных инъекций, часто почти совершенно исчезающее. У нас создалось определенное впечатление, что от инъекций скипидара весь организм получает какой то толчок, раздражение, которое в особенности сказывается на клетках больных, в области поражения (т. наз. очаговая реакция), причем самочувствие и общее состояние больных значительно улучшаются. Однако, эта Leistungssteigerung, по выражению Weichardt'a, видимо, идет за счет резервных био и физикохимических сил клеточной субстанции и потому, естественно, должна иметь свой предел.

Наблюдения эти нашли себе подтверждение в экспериментальных работах Казанских авторов — Малкина, Борока и Волтера, работавших с казенном и молоком. Полученные

всеми тремя авторами результаты сходны в том отношении, что согласно всем им малые дозы белка повышают активность ферментативных процессов и вызывают нарастание иммунных тел, большие же дозы протеина действуют угнетающим образом на эти процессы и вообще на весь организм.

Отсюда мы пришли к мысли производить инъекции скипидара в малых дозах, от 0,2 до 0,5 к. с., в числе не более 3—4, с промежутками в 3—4 дня, возобновляя их, в случае надобности, после перерыва в 1—2 недели, во время которого организм больной мог бы прийти в состояние равновесия, из коего он был выведен. Применяя повторные курсы инъекций скипидара, мы уже а priori думали, что опасаться явлений анафилаксии нам нечего, так как при лечении скипидаром всасывается и действует собственный белок, отщепляющийся в тканях, вследствие их повреждения на месте впрыскивания (Klingmüller), т. е., по терминологии E'sch'a, здесь имеет место эндогенная протеинотерапия, в противоположность экзогенной, где вводится чужеродный белок, нередко дающий анафилаксию (v. Jaschke, Linding, Talge, Mack, van Randsborg, Steringer, Oppenheim, проф. Стерипуло, Ашкинази-Сватикова, Бутомо, Сладкова).

И действительно, проведя описанным образом 60 случаев лечения малыми дозами, в том числе в 16 случаях по 2 курса, в 4 случаях—по 3 и, наконец, в 1 сл.—4 курса, мы ни разу не имели не только явлений анафилаксии, но даже какой-либо другой реакции, которая превышала бы, напр., уже имевшуюся, если таковая была при предыдущем курсе. Кроме того, с тех пор, как мы отказались от больших доз, нами ни разу не наблюдались ни сильная местная реакция, ни боли во время самого укола, ни хромота в течение нескольких дней, имевшая место у некоторых больных раньше.

Всего мы применили лечение внутримышечными инъекциями скипидара у 75 больных, из коих 48 лечилось стационарно, 15—сначала стационарно, потом амбулаторно и 12—с самого начала амбулаторно. Из числа этих больных 57 страдали аднекситами, 4—воспалительными опухолями придатков, 9—пери-параметритами и 3—периметритом; затем мы имели 1 случай инфильтрата после правосторонней трубной беременности, леченной консервативно, и 1 случай инфильтрата в культе широкой связки после ампутации придатков с нагноением в клетчатке и под апоневрозом при разрезе Pfannestiel'a.

Приведенные нами 57 случаев аднекситов в свою очередь могут быть подразделены на 4 группы: в одну могут быть отне-

сены 20 случаев аднекситов без экссудата, в другую—12 случаев аднекситов с периаднекситическим экссудатом, в третью—19 случаев аднекситов с кровотечениями, но без экссудата, и в четвертую—6 случаев аднекситов с кровотечениями и экссудатом.

Среди случаев I группы были аднекситы острые, подострые и хронические, адгезивного характера, как односторонние, так и двусторонние, с увеличением яичника до величины большого куриного яйца, причем в 3 случаях аднекситы были гонорройной природы. В конечном итоге полное клиническое выздоровление наступило в 6 сл. этой группы (30%), значительное улучшение—также в 6 (30%), некоторое улучшение—в 4 (20%), временный успех—в 2 (10%), и без результата осталось лечение тоже в 2 сл. (10%). Количество инъекций колебалось здесь от 1 до 10. Лечение осталось незаконченным в 2 случаях. Наилучшие результаты в данной группе давали нам случаи более свежего воспаления.

В II группе мы имели 12 случаев подострых и хронических аднекситов с одно-и односторонними периаднекситическими экссудатами размером от гусинго яйца до величины $1\frac{1}{2}$ —2 кулаков. При лечении заболеваний данной группы мы получили определенно хорошие результаты, причем в некоторых случаях (4) мы видели очень быстрое рассасывание экссудатов и воспалительных опухолей придатков, которые как-бы таяли, так что в конце концов придатки представлялись почти нормальной величины и подвижности. Из этих случаев полное клиническое выздоровление мы наблюдали в 7 случаях (58%), значительное улучшение—в 4 (33%) и некоторое улучшение—в 1 (8%). Не закончено было лечение в 2 случаях данной группы. Больные получили от 1 до 3 курсов, в течение которых общее число инъекций колебалось от 4 до 15.

Особенно хорошие результаты получили мы от лечения инъекциями в III группе, обнимающей 19 случаев хронических и подострых дву-и односторонних аднекситов с кровотечениями. В большинстве случаев больные этого рода поступали на лечение скипидаром лишь после того, как обычная терапия не приносила им пользы. В 6 случаях, напр., больные кровоточили от 3 недель до $1\frac{1}{2}$, 2 и даже 3 месяцев. Из 19 случаев этой группы в 17 (89%) мы получили полное клиническое выздоровление, с быстрой остановкой кровотечений, улучшением общего состояния и внешнего вида больных. Затем в 1 случае получилось значительное улучшение, и лишь в 1 случае *adnexitidis bilateralis chronicae* после 3 инъекций мы не получили остановки кровотечения и вынуждены были прибегнуть к внутриматочным впрыскиваниям по Г р а м м а т и в а т и. Обычно для остановки кровотечения достаточно было

maximum 3-х инъекций (3 случая), но в 10 случаях остановка кровотечения наступила уже после 1-й инъекции (большую частью на 2-ой день после нее) и в 5—после 2-ой. Зависимость эффекта от дозировки представляется в следующем виде: кровотечения остановились после инъекции 0,2 к. с.—в 8 случаях, 0,3—в 5, 0,4—в 3, 0,45—в 1 и 0,25—также в 1.

Хороших результатов мы добились также и в 6 случаях IV группы, где имели место подострые и хронические дву и односторонние аднекситы с кровотечениями и периаднекситическими экссудатами размером от большого куриного яйца до кулака и более. Во всех этих случаях также получилась иногда постепенная, иногда же быстрая остановка кровотечения (maximum после 3 инъекций) с рассасыванием экссудата и уменьшением придатков. Клиническое выздоровление отмечено в 2 случаях этой группы (33⁰/₀), значительное улучшение—в 3 (50⁰/₀) и временный успех—в 1 (16⁰/₀), где больная уехала, не закончив лечения.

Во всех вышеприведенных случаях с кровотечениями, а также и в других, нами могло быть констатировано сильное сокращение матки, что совпадает с подобными же наблюдениями Meyer'a, Б у т о м о и др. Некоторые авторы, допуская возможную роль сокращения матки в остановке кровотечений после инъекций скипидара, большую часть этого эффекта относят, однако, за счет получающегося при парентеральном введении белка повышения свертываемости крови; но в данном отношении необходимо отметить отсутствие указаний со стороны авторов, что в случаях, бывших в их распоряжении, кровотечения возникли именно на почве пониженной свертываемости крови. Другие авторы (E s c h) приписывают протеинам стимулирующее действие на железы внутренней секреции, в частности на яичник; кроме того, указывается на раздражение симпатической нервной системы (Seiffert). Не отрицая роли всех этих факторов, мы позволяем себе думать, что суть кровоостанавливающего действия инъекций скипидара главным образом зависит от лечебного влияния их на воспалительный процесс в яичниках, причем уменьшается раздражение гормонального аппарата яичника, т. е. устраняется дисфункция или гиперфункция последнего. Особенно вероятным является такое объяснение для тех случаев, где кровотечение останавливается постепенно, после нескольких инъекций. Случаи же быстрой остановки кровотечений, повидимому, нужно отнести за счет раздражения симпатической нервной системы; как известно, Adler и Cristofoletti доказали, что повышение тонуса автономной нервной системы вызывает гиперэмию слизистой оболочки матки и маточные кровотечения, раздра-

жение же симпатической нервной системы, наоборот, ведет к стойкой аменоррее.

Из 4 случаев воспалительных опухолей придатков (сактосальпиксов), среди которых в 1 случае был *tumor bilateralis* и в 3—*unilateralis*, в 2 мы получили значительное улучшение, в 1 улучшение и в 1—временный успех. В первых 2 случаях данной группы впрыскивания скипидара были предприняты нами в качестве предварительной меры перед операцией, для которой больные и поступили в Отделение; однако после лечения, в виду значительного улучшения общего состояния больных с урегулированием беспорядочных их ранее болезненных и обильных менструаций, наши пациентки от операции отказались.

Из 8 случаев пери-параметритов в 3 мы получили выздоровление, в 4—значительное улучшение, в 1—временный успех (лечение здесь было прекращено вследствие нарастания в моче Селка—до 60/00 по *Essbach's*), и в 1 случае лечение осталось безрезультатным.

Из 3 случаев периметрита (из них 1 острый и 2 подострых) полный эффект был получен в 1 случае, значительное улучшение—также в 1, и, наконец, в 1 случае, где лечение не было закончено, результатом его было заметное улучшение. В отношении двух последних групп мы должны отметить, что параметритические экссудаты и инфильтраты поддавались лечению и исчезали значительно быстрее, нежели периметритические, что особенно заметно было в случаях смешанных.

Наконец, из последних 2 случаев в одном мы наблюдали полное рассасывание кровоизлияний после леченной консервативно правосторонней трубной беременности, а в другом, где образовался послеоперационный инфильтрат в культе широкой связки, и развилось нагноение в разрезе *Pfannenstieler's* с образованием переднего пельвецеоллюлита, после длительного лечения (2 курса, 11 инъекций) нам все-таки удалось добиться исчезновения инфильтратов, более быстро заживления раны и улучшения состояния придатков.

Суммируя наши наблюдения, мы можем сказать, что полное клиническое выздоровление мы получили в 38 случаях, что составит 52%, значительное улучшение—в 21 (28%), улучшение—в 7 (9%), временный успех—в 5 (7%), и без результата лечение осталось в 4 случаях (5%). Всего нами было произведено 375 инъекций, причем больные проделали 1610 дней лечения,— в среднем 21,4 дня на каждую больную. Наименьшая длительность лечения было 4 дня, наибольшая—81 день.

Общую реакцию мы наблюдали всего 3 раза (4⁰/₀), причем тяжелую—только в одном случае, где она была сочетана с резкой местной реакцией.

Температурная реакция наблюдалась нами 10 раз (13⁰/₀), причем максимум t° был 39,0°, в вышеуказанном тяжелом случае, а в одном t° поднималась каждый раз после ин'екции, падая до пачала следующей. Никакой зависимости между эффектом от ин'екций и температурной реакцией установить нам не удалось.

Местная реакция отмечена нами в 46 случаях (61⁰/₀), причем нерезкую красноту и припухлость мы видели в 3 случаях (4⁰/₀) и в 1 случае—образование небольшого абсцесса в месте укола, (между прочим, в этом последнем случае у нас получился очень хороший лечебный эффект). Резкую местную реакцию в течение 1—2 дней мы наблюдали всего в 6 случаях (8⁰/₀).

Далее, ясно выраженная очаговая реакция имела место у нас лишь в 25 случаях (33⁰/₀), причем важно отметить, что субъективное проявление реакции с объективно констатируемым набуханием болезненного очага большею частью наблюдалось на другой день после ин'екции (отрицательная фаза), в течение же дальнейшего курса лечения резкое набухание стойкого характера, которое удавалось ликвидировать дальнейшими впрыскиваниями, мы встретили 8 раз (10⁰/₀). Обострение процесса в болезненном очаге обычно сказывалось некоторой болезненностью, покалыванием, чувством жара и т. д.; наоборот, в тех случаях, где до ин'екции имелись резкие боли вследствие раздражения брюшины, больные отмечали после ин'екций поразительное уменьшение болезненности с улучшением общего самочувствия. Это улучшение общего самочувствия имело место у 49 наших больных.

Что касается белей, то обычно они уменьшались и по большей части к концу лечения принимали характер слизистых. Лишь в 2 случаях, для купирования усилившихся выделений, нам пришлось прибегнуть к спринцеваниям. Интересно отметить, что в 1 случае гонорройного поражения после 2-ой ин'екции гонококки исчезли из цервикального секрета, и более констатировать их нам не пришлось.

Менструальная функция, в смысле устранения меноррагий, налаживалась у многих больных чрезвычайно хорошо; менструации становились правильными и безболезненными. Одна больная, напр., страдавшая упорными меноррагиями (через 2 недели по 10—14 дней) и получившая у нас до лечения скипидаром 60 ин'екций по Г р а м м а т и в а т и, давших ей лишь временное облегчение, после 7 ин'екций скипидара, за 2 курса, стала носить *menses* по 3—4 дня с промежутками в 4 недели.

Мне не хотелось бы также обойти молчанием интересного факта, что в некоторых случаях без экссудатов матка, казавшаяся ранее фиксированной и не поддававшаяся выправлению, после 2—3 ин'екций становилась подвижной и выправимой. Возможно, что здесь играли роль улучшение воспалительных явлений и общего состояния и связанное с этим уменьшение спазма мускулатуры крестцово-маточных связок. Во всяком случае указанным обстоятельством, мне кажется, можно было бы пользоваться, предпосылая лечению массажем трудных случаев фиксированной ретрофлексии 2—3 ин'екции скипидара.

Белок в моче мы обнаруживали в 9 случаях ($12^0/0$), большую часть в небольшом количестве или в виде скоропреходящих следов; исключение представляла лишь упомянутая выше больная, где лечение было прервано из-за нарастания белка до $6^0/00$ по Essbach'у.

Исследование крови было произведено нами только у 10 больных. У 5 из них были прослежены только изменения в количестве лейкоцитов (в счетной камере Türk'a) под влиянием ин'екций, у других же 5, кроме того, были сделаны наблюдения и над изменением лейкоцитарной формулы (по Schilling'у). Результаты этих немногочисленных наблюдений мало чем отличаются от полученных другими авторами, за исключением разве лишь того, что в 6 случаях мы получили уменьшение количества лейкоцитов уже через 15 минут после впрыскивания. Мы наблюдали также увеличение количества лимфоцитов до $38^0/0$ за счет зрелых нейтрофилов, т. е. сдвиг формулы Arneeth'a влево, и именно в тех случаях, которые клинически протекали весьма благоприятно.

Заканчивая свое сообщение, я укажу, что в настоящее время мы применяем метод лечения малыми дозами с перерывами, в течение которых мы назначаем горячие спринцевания, тампоны, синий свет и другие термо-физические процедуры, избегая их во время периода ин'екций из опасения нарушить или помешать правильному течению т. наз. двухфазной реакции. Мы все таки еще очень мало знаем о сущности действия парэнтерально введенного белка, так как ни одна из предложенных до сих пор теорий в действительности не может сб'яснить всей суммы накопившихся фактов и наблюдений. Наши скромные клинические наблюдения не дают нам, конечно, права высказываться в пользу той или иной теории. Однако, нашему повиманию всего ближе теория, предложенная Seiffert'ом, который думает, что Proteinkörpertherapie есть, собственно говоря, Zellulärtherapie с тройным действием белка на клетки организма: 1) органотропным в широком смысле слова (дей-

коцитоз, выработка антител, раздражение симпатической нервной системы), 2) раздражающим больные клетки и 3) изменяющим коллоидно-химическое состояние их.

В частности, в отношении скипидара мы полагаем, что помимо его действия, как эндогенного протеинового раздражителя, в лечебном его влиянии на болезненный очаг, по всей вероятности, известную роль играют и химико-фармацевтические его свойства.

Сравнивая результаты работ со скипидаром с одной стороны, молоком и другими протеинами—с другой, в которых сообщается о нередко наблюдавшихся тяжелых общих явлениях, с высокой t° , проливными потами и т. д. (Сладкова, Кустов и др.), мы вполне присоединяемся к мнению Sonnenfeld'a, отдающего предпочтение *ol. therebinthini*, как препарату, действующему более нежно и, что очень важно, не требующего перед его применением никакой обработки, какой требует молоко.

Выгодную сторону разбираемой терапии составляет и то, что в подходящих случаях она может широко применяться в амбулаторной практике, в особенности у крестьянок, работниц и служащих женщин, которые, с одной стороны, по условиям жизни и по роду своей деятельности не могут уделять слишком много времени для обычных методов консервативного лечения, а с другой—нуждаются в скорейшем восстановлении своей трудоспособности с наименьшей затратой времени и средств.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Klingmüller. D. med. Woch., 1917, S. 1295.—2) P. Hinz. Zbl. f. Gyn., 1920, № 28.—3) Hellendal. Zbl. f. Gyn., 1920, № 28; 1921, № 52.—4) Sonnenfeld. Berlin. klin. Woch., 1920, № 30; Zentr. f. Gyn., 1921, № 19.—5) W. Schwarz. D. med. Woch., 1921, № 52.—6) A. Fuchs. Zbl. f. Gyn., 1920, №№ 2, 10, 28.—7) Weichardt. Ref. D. med. Woch., 1917, S. 950.—8) Kronenberg. Hermstein. Hartog. Ref. Гин. Акуш., 1922, № 2—3.—9) Цейтлин А. Я. Гин. и Акуш., 1922, № 1.—10) Любарский В. А. Клинич. Медицина, 1921, № 3.—11) Проф. С. И. Златогоров и пр.-доц. А. В. Лавринович. Вакцино- и протеино-терапия. Харьков, 1923. 2 изд.—12) Бубличенко. Медицинский Журн., 1922, № 5.—13) Черепахин Г. К. Гинек. и Акуш., 1922, № 6.—14) Бутомо В. Г. Ibidem.—15) Кустов А. Н. Ibidem.—16) Сладкова А. И. Медич. Журн., 1922, № 8—9.—17) Esch. Zbl. f. Gyn., 1920, № 31; реф. Медич. Журн., 1920, т. I, № 1.—18) Малкин З. И. Каз. Мед. Журн., 1922, № 1.—19) Волътер Б. А. Медич. Журн., 1922, № 8—9.—20) Борок М. Р. Каз. Мед. Журн., 1923, № 2.—21) Проф. Стернополов С. С. Медич. Газета, 1922, №№ 2—3.—22) Ашкинази-Сватилова. Арх. Клин. и Эксп. Мед., 1922, № 1.