

Первый раз дело шло о старике 76 лет (И. З-ов, поступил II/VII 30 г.), который с год страдал запорами и поступил в больницу с неясной картиной кишечного заболевания и только через двое суток при наличии определенных признаков кишечной непроходимости был взят на операционный стол. При операции оказался заворот сигмы на 360° (по ходу часовой стрелки). Кишка была растянута до крайних пределов, но не гангренозна. Введением через задний проход желудочного зонда и вливанием воды опорожнить кишку не удалось, но объем ее уменьшился. Если бы в моей памяти не явился способ Гаген-Торна, то я был бы в весьма затруднительном положении, так как мезосигма была велика. После ушивания ее кишка «села на место». Этот момент операции является весьма страдным, когда видишь, что кишка лежит вполне нормально. Послеоперационный период протекал, если не считать бронхита, благополучно. 3 месяца спустя я видел этого старика. Он чувствовал себя вполне удовлетворительно и ни на что не жаловался, несмотря на крайне неблагоприятную жизненную обстановку (нищий).

Во втором случае 6-ой П. Гр-н поступил 14/XII 30 г., имел заворот сигмы 4 дневной давности. Кишка без явлений нарушения питания была раскручена и мезосигма ушита по Гаген-Торну. Послеоперационное течение без осложнений (в операционной было 8° R. из-за недостатка топлива). На этот раз техническая сторона операции оказалась несколько труднее, так как сосудистая сеть мезосигмы была весьма густа и прошивать ее приходилось с большой осторожностью, чтобы избежать гематомы. Больной выписался на 14-день с явлением небольшого нагноения в нижнем углу разреза.

Побуждение выступить с таким более чем скромным „материалом“ — желание обратить внимание товарищей, работающих в скудной обстановке участковых больниц, на означенный метод операции заворотов сигмы. Кроме того, способ Гаген-Торна открывает новые перспективы в лечении мегалосигмы, обуславливающей хронические запоры.

Из гос. акушерско-гинекологического ин-та НКЗ в Ленинграде.]

Основные моменты внутривенной терапии септических заболеваний.

Проф. А. Бубличенко.

Для внутривенного вливания при лечении септических заболеваний предложено бесчисленное количество препаратов. Есть приверженцы лечения теми или другими препаратами; другие совершенно отрицают их действие. Нельзя сказать, чтобы все предложенные для внутривенного введения препараты оказались бесполезными. У ряда авторов наблюдались случаи несомненно благоприятного действия этих средств, наряду с полной безуспешностью лечения. Для понимания этих противоречий небесполезно разобраться в том, чего мы можем от такого метода лечения ожидать. В нижеследующем речь будет идти только о внутривенных вливаниях. Других методов лечения мы не будем касаться. При внутривенном введении различных препаратов мы должны иметь в виду: 1. непосредственное уничтожение в крови бактерий, 2. видоизменение свойств кровяной ткани, — как жидких составных частей, так и форменных элементов крови, 3. воздействие на ретикуло-эндотелиальную систему (RES), 4. воздействие на клеточные элементы тканей.

При применении той или другой терапии в том числе и внутривенных вливаний необходимо различать, в какую форму выливается септическая инфекция.

Под общими септическими заболеваниями в акушерстве („родильная горячка“ прежних авторов, „сепсис“—теперешний термин) подразумеваются заболевания с генерализацией бактерий по всему организму, далеко за пределами матки. К общим септическим заболеваниям не причисляют тех, при которых инфекция, хотя и распространяется за пределы матки, но остается локализованной (пиосальпинкс, пелвеоперитонит, параметрит—местные септические заболевания). Хотя при общем разлитом перитоните распространение бактерий ограничивается полостью брюшины и только в терминальной стадии наблюдается поступление бактерий в кровь (через грудной проток), тем не менее это заболевание также приходится относить к общим септическим—типа септицемии. Группу общих септических заболеваний составляют главным образом те, которые происходят благодаря распространению бактерий по кровяному руслу. Поэтому не удивительно, что при лечении этих заболеваний сама собою возникла идея воздействовать на септический процесс главным образом путем непосредственного введения лекарственных веществ внутривенно.

Первые наивные попытки лечения в этом направлении были проведены по принципу *therapia sterilisans magna*, в виде внутривенных вливаний сулемы, как сильно бактерицидного средства. Если принять во внимание значительную ядовитость сулемы, не позволяющую вводить ее в большом количестве, и быстрое связывание белками крови, то необходимо признать, что расчет на уничтожение бактерий в крови таким образом не имеет никаких оснований. Ослабляющее действие на организм в результате отравления, возможно, является причиной того, что смертность у леченных таким образом родильниц оказалась выше (по Schmidt-Lechner), чем у нелеченных, и в наших опытах (Шкловский) инфицированные животные погибали быстрее. Несомненные преимущества в смысле бактерицидности имеет недавно предложенное сложное соединение ртути-ртути-ртуть (dibromohymercurifluorescein), содержащий 26% ртути. Бактерицидное действие его обнаруживается в разведении 1:100.000. В белковых средах разведение 1:8000 дефибринированной крови убивает гемолитических стрептококков в 40 мин. Доза по 0,005 на 1 к. веса в 1% растворе, предлагаемая для внутривенного введения, таким образом, оказывается все же недостаточной (разведение 1:170000).

Из группы галоидов применялись для внутривенного введения соединения иода: интроцид (Introcid) по 4—8 куб. сант. пополам с физиологическим раствором поваренной соли; иоднасцин—(Iodnascein) по 30 куб. сант. и септисемин, (Septicemine) по 10 куб. сант. Наш опыт с интроцидом дал отрицательные результаты.

Не получили широкого распространения при лечении септических заболеваний и сложные соединения мышьяка, оказавшиеся столь действительными для умерщвления бледной спирохеты при лечении сифилиса: сальварсан, Neosalvarsan, Sulfarsenol, Aetylarsan.

Большим успехом пользуется и в настоящее время уротропин по 5—10—15 куб. сант. внутривенно. По нашему опыту внутривенное введение уротропина дает настолько прекрасные результаты при лечении пиелита, что может применяться в качестве диагностического средства (ex juvantibus) для распознавания пиелита, который, по нашим наблюде-

ниям, довольно нередко обнаруживается в послеродовом периоде и симулирует септические заболевания.

Благоприятный эффект от лечения хинином, столь распространенного у английских и американских акушеров, возможно обуславливается тем, что роды провоцируют приступы малярии, как это подтверждено многократными наблюдениями у нас в закавказских советских республиках, и температурная кривая в таких случаях очень сходна бывает с кривой при септикопиемии. В ряде случаев таких сходных с септикопиемией приступов малярии у нас лечение хинином давало блестящие результаты.

На более твердую почву стала *therapia sterilisans magna* после того, как были применены для этой цели высокобактерицидные красящие вещества. Из них в наибольшем употреблении—соединение метиленовой синьки с серебром—аргохром (Argochrom), трипфлавин (Tri-pflavin) и его соединение с серебром—аргофлавин (Argoflavin) и в последнее время риваноль (Rivanol)—производное акридиновой группы (Aethoxyaminoacridin), вузин (Vuzin) и ряд других. Эти вещества, действительно, обладают высокобактерицидными свойствами. Так, аргофлавин убивает стафилококков в разведении 1:120000 и задерживает рост в разведении 1:180000. Риванол обладает менее бактерицидными свойствами, но зато не теряет их в белковой среде.

Являются ли безвредными для организма указанные средства и обладают ли они достаточными бактерицидными свойствами в терапевтических дозах, на этот вопрос приходится отвечать утвердительно. Безвредная для больной однократная доза аргофлавина 0,25 разводится в организме на 5 литров крови, следовательно в отношении 1:20.000, т. е. в шесть раз более концентрированном, чем это достаточно для умерщвления стафилококков. Отсюда необходимо сделать вывод, что в поисках новых более бактерицидных средств нет никакой необходимости. Однако многочисленные клинические наблюдения показывают, что во многих случаях никакого лечебного эффекта вовсе не наступает, или только бывает временное (на 1—2 дня) понижение [т-ры и улучшение общего самочувствия. Отсутствие лечебного эффекта может быть объяснено тем, что бактерицидные свойства этих препаратов в кровяном русле быстро падают благодаря не только связыванию белками, но и поглощению ретикуло-эндотелиальным аппаратом, а также благодаря резорбции эритроцитами. По опытам бактериологической лаборатории нашего института, бактерицидные свойства риваноля в кровяной взвеси уменьшаются приблизительно в 100 раз. Наконец, если введенное в кровь бактерицидное средство может убивать бактерий, циркулирующих в крови (при бактериэмии), то в метастатических очагах (при септикопиемии) бактерии достаточно защищены от воздействия введенных внутривенно бактерицидных средств. Следовательно, такое лечение является показанным при острых септицемиях (бактериэмии) и даже профилактически вслед за выскабливанием матки с инфицированным содержимым (остатки плодного яйца, плаценты) или немедленно после оперативного родоразрешения у лихорадящих рожениц. При уже развившейся септикопиемии мы можем рассчитывать на временный эффект благодаря уничтожению свободно циркулирующих в крови бактерий. Действительно, мы наблюдаем иногда двоякий эффект при проведении *therapia sterilisans magna*:

или при бактериэмии т-ра сразу понижается и наступает выздоровление, или т-ра временно понижается, наступает улучшение общего самочувствия, но заболевание через сутки принимает прежнее течение.

Таким образом, как видно из теоретических предпосылок и клинических наблюдений над внутривенным введением бактерицидных средств, сфера применения такого лечения представляется ограниченной и действие имеющихся в нашем распоряжении препаратов ненадежным. Усовершенствование этого метода лечения нам представляется не в подыскании наиболее высокобактерицидных средств, а в применении таких, которые не так быстро фиксировались бы форменными элементами крови и ретикуло-эндотелиальным аппаратом.

Особую группу представляют препараты, предложенные также для внутривенного введения, но не обладающие бактерицидными свойствами или по крайней мере очень слабыми. Давно известным представителем их является коллоидальное серебро—колларгол и электраргол. Бактерицидные свойства колларгола настолько малы, что ими никак нельзя объяснить лечебного действия, которое несомненно наблюдалось у многих авторов, также и у нас. Однопроцентный раствор колларгола едва в состоянии убить стафилококков только через 20—30 мин. Разведение в крови 20—40 и даже 100 куб. сант. 1% раствора настолько велико, что о бактерицидных свойствах его говорить не приходится. Лечебное действие колларгола объяснялось каталитическими свойствами, способностью нейтрализовать токсины, повышать функцию кроветворных органов (раздражение отлагающихся в них частиц серебра), главным образом, лейкоцитоз, или просто сводилось к протеинотерапии (в виду содержащегося белка в растворе коллоидального серебра). Наконец, лечебный эффект колларгола можно объяснить воздействием на ретикуло-эндотелиальную систему, от которого повышается функция ретикулярного эндотелия, усиливается его деятельность, как фильтрующего электроотрицательные коллоиды аппарата, и происходит усиление гуморальных и целлюлярных реакций (Standenath). В результате бактерии быстро адсорбируются и уничтожаются ретикуло-эндотелиальным аппаратом или закупориваются в образующихся тромбах. Этим можно объяснить наблюдающееся иногда быстрое падение т-ры после внутривенного введения коллоидального серебра. Следовательно, это лечение показано при наличии невысоковирulentных бактерий, что подтверждается и опытами на животных (Daels), по миновании острого стадия, когда ретикуло-эндотелиальный аппарат уже несколько оправился от угнетающего и парализующего действия инфекции (2—3-я недели заболевания) и, главным образом, при тромбофлебитических формах септических процессов. Далее, предварительное вливание колларгола может применяться для блокирования ретикуло-эндотелиального аппарата с тем, чтобы при последующем вливании дезинфицирующего средства (риваноля) последнее могло дольше циркулировать в крови и обнаруживать свое дезинфицирующее действие (Шепетинская—Arch. f. Gyn. 1930, Bd. 142, H. 2).

Рациональность вливания других не бактерицидных средств (кристаллоидов или просто дистиллированной воды) может базироваться на воздействии как на ретикуло-эндотелиальную систему, так и на кровяную ткань и может быть объяснено повышением сопротивляемости организма с точки зрения физикохимической теории иммунитета, по которой

под влиянием введенных в организм чуждых ему веществ так видоизменяются свойства соков организма, что сыворотка приобретает способность обнаруживать целый ряд феноменов, которых она раньше вызвать не могла (видоизменение электрических свойств, агглютинация, преципитация и даже бактериолиз).

Ряд веществ—слабый раствор азотнокислого серебра по Юму (Нитте), дистиллированная вода по Илькевичу—при внутривенном введении вызывают распад лейкоцитов с освобождением антител и последующим усиленным лейкоцитозом, если организм еще способен на реакцию. В таких случаях наблюдается озноб, повышение т-ры и изменение лейкоцитарной формулы крови со сдвигом нейтрофильной картины влево.

Ряду веществ, предлагавшихся для внутривенного введения, приписывали особые свойства. Сюда нужно отнести внутривенное вливание 10—20% спирта в физиологическом растворе поваренной соли до 500 к. сант. Здесь помимо обычной реакции со стороны крови, обусловленной введением какой бы то ни было инородной жидкости, спирт вызывает резкое повышение функции сосудистого эндотелия. Как сказывается действие спирта на течении септического процесса, на нервной системе и связанном с введением спирта изменении важнейших жизненных функций при введении в организм больших количеств его, относительно этого нам еще мало известно. Мнения авторов относительно полезности спирта при введении через рот расходятся. В противоположность американским и английским акушерам, немецкие—считают спирт полезным при септических заболеваниях. Опыты на животных подтверждают этот взгляд. Наш небольшой опыт с внутривенным вливанием спирта дал хорошие результаты при затяжных формах септикопиемии и особенно при пиемиях, когда организм уже несколько оправился от угнетающего действия первых ознобов и повышения т-ры. В некоторых случаях приходилось вводить спирт внутривенно по 2—4 раза с промежутками в 2—3 дня. В начале общих септических процессов мы не видели никаких результатов от спирта.

Обеднение организма кальцием при септических заболеваниях само собой наводило на мысль о пополнении его также путем внутривенного введения. Полезный эффект кальция усматривают в том, что он увеличивает свертываемость крови, повышает фагоцитоз, стимулирует сердечную деятельность и вообще, как активный реагент коллоидального равновесия белков, влияет на жизненную функцию клеток. Ввиду этого введение кальция можно считать показанным как при гематогенных формах инфекции (септикопиемия), так и в особенности при лимфогенных формах (перипараметрит, ограниченный и разлитой перитонит). Внутривенное введение хлористого кальция по 10—20 к. сант. 5% раствора или по 100 к. сант. и более 1%-го вызывает обычную на внутривенные вливания реакцию со стороны организма (озноб, повышение т-ры, изменение лейкоцитарной формулы). Нельзя упускать из виду, что внутривенное введение кальция не равнозначно его усвоению и что после внутривенного вливания (также и по нашим опытам на животных) содержание кальция в крови уже через полчаса после введения устанавливается на прежнем уровне. Наш опыт лечения кальцием не дал заметных результатов ни в острых стадиях септических процессов, ни в длительно протекающих.

Попытки воздействовать на состав крови путем введения раствора углекислого натра (*Natrii hydrocarbonici*—8 грам. на 92 к. сант. стерилизованной и остуженной до 20 воды) по 50—70 к. сант. (по Scipia-des'y), виноградного сахара (по Кирштейну), как легко сгорающего углевода, стимулирующего сердечную деятельность, и в особенности 5% пептона по 10 куб. сант., вызывающего коллоидоклазический шок, так же ведут к обычной реакции со стороны организма на внутривенные вливания, как и целый ряд других растворов. В развитии этой реакции, повидимому, и нужно усматривать целительный эффект. В зависимости от того, способен ли дать организм эту реакцию, находится в значительной мере исход заболевания. В большинстве такую реакцию организм способен дать отчасти в зависимости от конституциональных особенностей. Стадия заболевания имеет значение в том отношении, что по миновании острого периода (1—2 недели), когда все жизненные функции организма находятся в резком угнетении (обложенный язык, слабая сердечная деятельность), организм несколько оправляется и становится способным дать эту нужную целительную реакцию. Наличие метастазов и их локализация, само собой разумеется, являются решающим моментом в исходе заболевания при всякой терапии.

Из гинекологич. санатория Липецкого курорта. (Завед. В. И. Здравомыслов, консультант М. А. Колосов).

К вопросу о терапии кольпитов.

В. И. Здравомыслова.

Ассистента акуш.-гинекол. к-ки I Моск. мед. инст.

Нормально влагалищные выделения бывают в количестве 0,5—1 куб. сант., несколько повышаясь перед и после *menses*, а также во время беременности. В тех случаях, когда это количество значительно увеличивается, становится обильным и начинает уже беспокоить женщину, мы говорим о белях.

Бели! Слово знакомое каждой женщине. Бели наиболее частая жалоба гинекологических больных. Это и понятно: во первых потому, что они слишком часто встречаются, а во-вторых потому, что беспокоят б-ных, действуя подавляющим образом на их психику, особенно в тех случаях, когда они обильны и вызывают раздражение наружных половых органов. В таких случаях больные при ходьбе чувствуют каждый свой шаг и постоянно думают о своей болезни. Когда же бели обладают неприятным цветом и запахом, они еще более заставляют страдать б-ных.

Этиология белей разнообразна и в некоторых своих частях до сих пор не вполне ясна. Мы коснемся лишь той части этого страдания, которая вызывается кольпитом, сопровождается загрязнением влагалищной флоры и пониженной кислотностью влагалищных выделений.

Для лечения всех видов кольпитов предложено много средств. Одним из основных являются различные спринцевания. Здесь на первом плане стоит сулема, медный, железный и цинковый купоросы, марганцевокислый кали. Против продолжительного употребления сулемы совершенно справедливо предостерегал проф. Сердюков, указав на воз-