

холи направлялась к средостению. Наложена клемм на ножку опухоли. В момент рассечения ножки внезапное исчезновение пульса. Вскоре пульс появился. Несмотря на принятые меры, больная от шока не оправилась и через три часа скончалась. Опухоль представляла собой тератому громадных размеров, содержала волосы, зубы, кость, занимала весь нижний отдел плевральной полости, оттеснив сморщенное легкое кверху.

Во всех остальных 8 случаях мы имеем хорошие непосредственные и отдаленные результаты (в некоторых случаях больше 2-х лет). Больные в полной мере сохранили свою трудоспособность.

Несмотря на всю тяжесть, торакопластика является для больного благодетельной операцией. Мы охотно откажемся от этой травматической операции, если нам предложат более простой и совершенный способ, но пока мы его не имеем, мы вынуждены прибегать к торакопластике. Профилактика незаживающих свищей плевральной полости заключается отчасти в рациональном лечении острых эмпиэм.

Вопрос о лечении эмпиэм плевральной полости не может считаться еще окончательно разрешенным. Дальнейшая разработка существующих методов лечения должна пойти, на наш изгяд, по пути искусственного повышения пластических свойств плевральных листков и создания условий для полного и равномерного запустения полости. Закрытый метод лечения, активная аспирация легкого являются большими достижениями на этом пути. Но неизбежны случаи, когда легкое не в состоянии полностью расправиться. Рождается вопрос, как предупредить образование свища, сохранив больному его ребра. В поисках ответа мысль невольно обращается в сторону биологических методов повышения пластических свойств плевральных листков. Разработка таких методов для хирургии плевры и легких является пока-что музыкой будущего.

Из акушерско-гинекологической клиники Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (в Казани). (Заведующий—профессор И. Ф. Козлов).

Некоторые наблюдения над применением электрооно-терапии при гинекологических заболеваниях.

Прикомандированного врача Л. Г. Соболева.

Неуклонное развитие электротерапии за последние годы, основанное на ряде экспериментальных исследований и благоприятных клинических наблюдений, проведенных на большом материале, выдвигают электротерапию на видное место среди консервативных методов лечения гинекологических заболеваний. В частности ионотерапия, как один из методов электротерапии, постепенно завоевывает себе в этом отношении видное место.

Возможность введения в организм при помощи гальванического тока медикаментов была известна еще с 1833 года, когда,—впервые Palaprat, Bruns, Munch, а затем Gärtner, Lauret и Wagner—применили этот метод. С 1890 года метод этот постепенно получает теоретическое обоснование благодаря экспериментальным работам Edison'a, Шацкого, Aubert'a, Bergonié, а позднее St. Leduc и его учеников. С 1907 года у нас этот метод разрабатывается акаде-

миком Лазаревым, Груздевым, Александровым и Соловьевым. Последние работы Laquerier, Lehman'a, Bourgignon'a, Delherm'a, Щербака, а в гинекологической специальности—Журавлева, Дембской, Бродерзона и Георгиевской выделяют электротерапию, как самостоятельный метод лечения при функциональных и органических заболеваниях.

В нашей клинике этот метод применяется около 2 лет.

С гальваническим током, получаемым с умформера через распределительный столик, сконструированный местным монтером, мы вводим ионы иода и кальция. Преимущественно мы пользовались влагалищным методом, применяя вначале в качестве активного электрода угольную оливу, обмотанную марлей, смоченной 1% раствора KJ или CaCl_2 . Снаружи в качестве электрода обычно мы накладывали станиоловую пластинку, размерами 12×16 см., с марлевой подкладкой, смоченной теплой водой. Сравнительно частые ожоги слизистого влагалища, очевидно, все же в результате быстрого высыхания влагалищного электрода, несмотря на силу тока в 30—40 М. А., заставили нас перейти к применению более удобного для данной цели электрода, предложенного Межебовским из клиники проф. Малиновского. В этом электроде,—полой цилиндрической трубке с углем,—контактом с тканями служит раствор KJ, заполняющий все пространство трубки. Удобство этого электрода заключается также в том, что его можно кипятить, он дает экономию в марле и отнимает значительно меньше времени при его употреблении. Применяя его полгода, мы не видели ни одного ожога.

Лечение ионтофорезом нами проводилось иногда в одновременной комбинации с теплом (Solux, диатермия, грязь). Некоторые авторы (Хохловкина, Георгиевская) высказываются против одновременного применения тепла, т. к., по их мнению, активная гиперемия, вызываемая прогреванием, создает условия для усиленной циркуляции крови и лимфы, что способствует ускоренному выведению иод-ионов из организма. Хохловкина и Ялин рекомендуют одновременную комбинацию иодистого ионтофореза с токами высокого напряжения или ультрафиолетовыми лучами, что, по их мнению, способствует фиксации иод-ионов в тканях организма. Наичаще нами применялось комбинированное лечение с диатермией или грязелечением, при чередовании сеансов их через день. Ионотерапию мы назначали, в среднем, от 15 до 25—30 сеансов, через день или ежедневно, продолжительностью от 10 до 30 минут, силой тока от 20 до 45—50 М. А. У всех больных, как правило, перед назначением лечения проверялась реакция оседания и t^0 . Мы считали возможным назначать на ионтофорез больных, у которых скорость оседания была не менее одного часа. В продолжение курса лечения реакция проверялась повторно.

Наши больные относятся к категории хроников, страдающих по несколько лет воспалительными заболеваниями органов малого таза. Из рассматриваемого материала в 70 случаях мы имели: односторонних поражений придатков 32, двухсторонних—38 случ., причем в 20 из них имелись еще *residua periparametridis*, давшие в 16 случаях неправильное положение матки. Распределение нашего материала по этиологии следующее: после аборт и выкидышей—17 случаев, родов—21, постгонорейных—18; в остальных 14 случаях установить этиологический момент заболеваний не удалось. Преобладающий возраст наших больных от 25 до 35 лет. Менструальная функция: *hypermenorrhoea*—в 29 сл., *oligomenorrhoea*—в 4 сл., *dysmenorrhoea* отмечалась у 28 больных. Почти все наши больные жаловались на постоянные поясничные и па-

ховые боли. Результаты лечения наших случаев были таковы (см. таблицу).

Диагноз заболевания	Общее колич. больных	Клинич. выздор.- лений	Улучше- ний	Без ре- зультата	Ухудше- ний
Хроническое воспаление при- датков и матки	70	8	40	20	2

К категории клинических выздоровлений мы относили случаи с полным исчезновением субъективных жалоб больных и уменьшением придатков до нормы. Со стороны *menses* мы в этих случаях констатировали приближение их к нормальному циклу. К категории улучшений нами причислены те случаи, где выявилось некоторое уменьшение придатков и отсутствие или значительное уменьшение субъективных жалоб. Для примера приведем 2 случая проведенного лечения:

1) Больная З., 28 лет, поступила на лечение с жалобами на боли внизу живота, пахах и бели. *Menses* с 14 лет, по 6—7 дней, обильны, с болями перед менструацией. Считает себя больной 2 года. С начала заболевания *menses* стали еще обильнее, болезненны, путаются. Замужем 6 лет, имела 2 беременности, окончившиеся срочными родами. Объективный диагноз: *adnexitis sin. et residua periparagmetritidis sin.* После 10-го сеанса больная отмечает отсутствие болей и общее улучшение самочувствия. Объективно придатки значительно меньше, подвижны. После 16 сеансов лечение было прекращено при полном отсутствии жалоб со стороны больной. Объективно: матка в *anteflexio-versio*, слева придатки не определяются. *Menses* в пределах нормы.

2) Б-ная И., 29 лет, поступила на лечение с жалобами на боли в пояснице и в правом паху. *Menses* с 14 лет, через 4 недели по 3—5 дней. Замужем 7 лет; имела 3 беременности, окончившиеся выкидышами, первые 2—самопроизвольными, последняя—искусственным. Считает себя больной после последнего аборта. Исследование дало: *tumor salpingoovar. dext.* После 25-ти сеансов отмечает значительное улучшение. Объективно—придатки справа едва прощупываются, подвижны, неболезненны. После 28-го сеанса была констатирована беременность. Жалоб на боли нет. Лечение прекращено.

Как видно из приведенной выше таблицы, случаев, окончившихся выздоровлением, мы имели 8, улучшений—40, без изменений—20 и ухудшений—2 случая. Наши результаты значительно отличаются от данных некоторых авторов, например Георгиевской, где % выздоровлений и улучшений в общем составляет 90—95; случаев безрезультатного лечения у нас 20 из 70, тогда как у Георгиевской % безрезультатного лечения отмечается всего от 4 до 8,5%.

Таким образом, мы имеем значительное расхождение в результатах лечения, что отчасти мы склонны объяснить наличием в наших случаях довольно большого количества старых, запущенных процессов (54 случая), с другой стороны,—чрезвычайной осторожностью в смысле оценки результатов лечения.

Оба случая наших ухудшений относятся к больным, страдающим субкомпенсированной стадией легочного туберкулеза. Этим больным лечение было прекращено из-за общего ухудшения состояния здоровья. Во всех остальных случаях мы не имели ни одного резкого обострения. Из субъективных жалоб со стороны больных, как исключение, иногда отмечались общая слабость и головокружения.

Наши наблюдения, проведенные сравнительно на небольшом количестве случаев, мы находим возможным опубликовать только в целях накопления литературного материала, могущего впоследствии послужить для целей систематизации и дальнейшей разработки коллективного опыта применения ионтофореза в гинекологии. При этом на основании их мы в отношении ионтофореза в гинекологии полагаем себя в праве высказать следующее:

1) Ионтофорез в гинекологии, несомненно, заслуживает внимания, как самостоятельный метод лечения.

2) Наилучшие результаты получаются при комбинированном лечении ионтофорезом с грязями или диатермией (через день).

3) Влагалищный метод лечения дает лучшие результаты, в особенности при локализации процесса в заднем дугласе.

4) В случаях хронических воспалений придатков с явлениями гипофункции яичников водистый ионтофорез противопоказан.

5) Ионтофорез безусловно противопоказан в случаях острых заболеваний воспалительного характера. Реакция оседания не должна быть меньше часа.

6) Простота аппаратуры и методов лечения и современное состояние электрофикации села дают возможность продвигать этот способ лечения в укрупненные сельские больницы.

В заключение я привожу свою признательность завед. клиникой профессору И. Ф. Козлову, взявшему на себя труд проверить эту работу, а также завед. каб. физич. методов лечения—ассистенту клиники д-ру Н. А. Подзорову, давшему мне возможность провести эту работу.

Литература: 1) Бродерзон и Шлитгаф-Лебедев. Врач. газ., 1926 г., № 1. — 2) Бродерзон. Ионтофорез. 1927 г. — 3) Георгиевская. Изв. Сеченовского инст-та, т. II. — 4) Журавлев. Электроионотерапия. Москва, 1926 г. — 5) Корнеев. Жур. Акуш. и Гинеко., 1929 г., № 3. — 6) Kowarschik. Электротерапия, 1927 г. — 7) Laquerière и Delherm. Ионотерапия. Киев, 1927 г. — 8) Проф. Шербак. Врачебн. Дело, 1925: № 24—26. — 9) Прокин. Курортн. Дело, 1924, № 7. — 10) Хохловкина и Ялин. Извест. Сеченовского ин-та, т. I.

Из кафедры рентгенологии Госуд. института для усовершенствования врачей им. Ленина (завед. доц. Р. Я. Гасуль) и из поликлиники Заречья Татаркомздрава.

Значение метросальпингографии в гинекологии¹⁾.

Ассистента Дм. Гольдштейна и д-ра С. В. Лейбова.

(С 16 рентгенограммами²⁾).

I.

В диагностике гинекологических заболеваний с успехом пользуются давными анамнеза, физического исследования и гистологической картины. Однако, для облегчения и уточнения диагностики заболеваний жен-

¹⁾ Демонстрировано и доложено 16/VI-30 г. в Казанском о-ве рентгенологов и радиологов.

²⁾ Из-за технических условий не все рентгенограммы, которые упоминаются в тексте, могли быть помещены.