VI С'ед хирургов, Кирсина
Кер-Энкр. атт. у вбе

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Издание Совета научных медицинских обществ Татарской АССР

Орган Казанского медицинского института и Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель (ответ. редактор) проф. **М. И. Мастбаум**, зам. редактора проф. **П. В. Маленков**, зам. редактора д-р **К. С. Казаков**. Члены коллегии: проф. **А. Ф. Агафонов**, проф. **М. И. Аксянцев**, проф. **С. М. Алексеев**, Наркомздрав АТССР **И. И. Беганский**, проф. **З. Н. Блюмштейн**, проф. **Л. М. Брсуде**, проф. **И. П. Васильев**, проф. **А. В. Вишневский**, **К. В. Волков**, проф. **Р. Я. Гасуль**, проф. **Н. К. Горяев**, проф. **В. С. Груздев**, доц. **С. Б. Еналеев**, проф. **И. Ф. Козлов**, **С. М. Курбангалеев**, проф. **Р. И. Лепская**, проф. **Е. М. Лепский**, проф. **З. И. Малкин**, проф. **А. Н. Миславский**, проф. **Ф. Г. Мухамедьяров**, проф. **Г. М. Новиков**, проф. **И. Н. Олесов**, доц. **А. Я. Плещицер**, проф. **И. И. Русецкий**, проф. **Н. В. Соколов**, проф. **А. Г. Терегулов**, проф. **В. К. Трутнев**, проф. **М. О. Фридланд**, проф. **С. М. Шварц**, проф. **Т. Д. Эпштейн**. Отв. секретарь д-р **Г. Г. Кондратьев**.

1936 г.

(Год издания XXXII)

№ 11

НОЯБРЬ

ПОСВЯЩАЕТСЯ
профессору
Михаилу Осиповичу
ФРИДЛАНДУ
по поводу 25-летия научно-педагогической и врачебно-общественной деятельности

КАЗАНЬ

СОДЕРЖАНИЕ.

Стр.

Выше революционную бдительность I

Л. И. Шулутко (Казань). Проф. М. О. **Фридланд** 1285

Клиническая и теоретическая медицина.

Л. И. Шулутко (Казань). О шеечных переломах бедра 1288

В. М. Тихонов (Казань). О симптоме Александрова. 1297

Ф. Я. Благовидов (Казань). К вопросу о лечении привычных вывихов плеча. 1304

Т. И. Глинер (Москва). Кровоснабжение менисков коленного сустава и механизм их разрыва 1306

М. Д. Михельман (Москва). 125 подвертельных остеотомий бедра 1310

Е. А. Липкина (Москва). К оперативному лечению паралитической пяточной стопы 1316

Проф. **М. И. Куслик** (Ленинград). Фасциофилодез тазобедренного сустава при параличе отводящих мышц 1323

Г. П. Воскресенский (Саратов). К вопросу о профилактике и ранней диагностике костно-суставного туберкулеза. 1327

А. И. Петченко (Воронеж). Аутогемотерапия в шейку матки при женской гонорее 1335

Л. С. Сидорова (Казань). Один из безопасных способов отделения последа. 1339

Проф. **С. Я. Голосовкер** и **Н. В. Харченко** (Свердловск). Заражение сифилисом при переливаниях крови 1342

И. П. Бобков (Алма-Ата). О некоторых условиях алкогольного сна 1345

Проф. **Л. И. Бубличенко** (Ленинград). К физиологическому действию углекислоты на животный организм в связи с лечением нарзанными ваннами 1352

Из практики.

Л. И. Канторович (Минск). К казуистике сакральных тератом. 1357

П. О. Баженов (Ливны). Гигантский камень мочевого пузыря 1359

П. П. Митрофанов (Сарапул). Отдаленные результаты после обширной резекции тонкого кишечника 1360

Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Е. Н. Короваев (Казань). Роль вегетативно-эндокринного аппарата в физиологии и патологии детского возраста. 1363

А. Г. Гильман (Ливадия). VI съезд хирургов Украины 1371

Библиография и рецензии. Jagic и Feaum. Therapie der Herzkrankheiten, 1935, Verlag V. Urban и Schwarzenberg. Berl. и Wilupoф. *А. Хивкин.* 1385

Рефераты: а) инфекционные болезни, эпидемиология и иммунитет; б) педиатрия; в) невропатология; г) хирургия; д) урология; е) акушерство и гинекология; ж) ото-рино-ларингология 1385

Заседания медицинских обществ.

Хирургическое общество АТССР 1395

Хроника 1397

Л. И. Еляшевич. *Ратнер.* 1398

Проф. Г. И. Мещерский. Проф. *Олесов* 1399

Письмо в редакцию. 1400

ВЫШЕ РЕВОЛЮЦИОННУЮ БДИТЕЛЬНОСТЬ!

Преступная банда троцкистов-зиновьевцев, прямых агентов фашизма, прямых агентов буржуазии, по прямым заданиям Гестапо проводившая диверсионную работу в нашей стране, предательски убившая пламенного трибуна революции, незабвенного Сергея Мироновича Кирова, готовившая покушение на вождей нашей любимой партии, на великого Сталина,—приговором Верховного суда уничтожена. Великим негодованием, всенародным возмущением ответила вся страна и мы, медицинские работники, работники науки, вместе с рабочими, колхозниками и всей трудовой интеллигенцией на предательство террористов из лагеря фашизма.

Эти враги советского народа и всего международного пролетариата в течение многих лет вели борьбу против индустриализации нашей страны, против коллективизации, против генеральной линии нашей партии, против развития науки и техники нашей страны, против благополучия трудящихся, против вдохновителя и организатора великих побед товарища Сталина. Подлые двурушники и диверсанты делали жалкие попытки быть организующим центром всех остатков контрреволюционных элементов внутри страны и, больше того, они нашли общий язык с немецкими фашистами—организаторами новой кровавой бойни, империалистической войны.

Путем убийств, поджогов, диверсионных актов, эта кучка преступников пыталась подорвать мощь нашего Советского государства—оплот культуры, науки и техники, передовой индустрии и социалистического земледелия, надежды и чаяния всего международного пролетариата, всего человечества.

Подводя итоги первой пятилетки, товарищ Сталин сказал: „Надо иметь в виду, что рост мощи Советского государства будет усиливать сопротивление последних остатков умирающих классов. Именно потому, что они умирают и доживают последние дни, они будут переходить от одних форм наскоков к другим, более резким формам наскоков, апеллируя к отсталым слоям населения и мобилизуя их против советской власти. Нет такой пакости и клеветы, которую бы эти бывшие люди не возвели на советскую власть и вокруг которых не попытались бы мобилизовать отсталые элементы. На этой почве могут ожить и зашевелиться разбитые группы старых контрреволюционных партий эсеров, меньшевиков, буржуазных националистов центра и окраин, могут ожить и зашевелиться осколки контрреволюционных оппозиционных элементов из троцкистов и правых уклонистов".

Мы видим, как оправдались эти гениальные слова товарища Сталина. Процесс троцкистов-диверсантов в Кузбассе еще раз показал всей стране, что нет такого чудовищного преступления, на которое не были бы способны эти, потерявшие человеческий облик, выродки.

Взрывы в шахтах, отравление рабочих стахановцев, покушение на вождей партии—вся эта цепь жутких преступлений была выявлена на процессе. Старый вредитель инженер Пешехонов, троцкист Носков и германский агент фашист Штиклинг объединились в одну бандитскую шайку, пытавшуюся дезорганизовать наше народное хозяйство, подорвать нашу военную мощь. Директивы предателей Троцкого—Пятакова—разрушать предприятия по угледобыче, по металлу, по химии, это чудовищное поручение скреплено печатью Гестапо. Но нет таких сил, которые могли бы затормозить победоносное шествие социализма. Банда убийц, предателей уничтожена.

Призыв тов. Сталина о революционной бдительности должен быть обязательным паролем для всякого партийного и непартийного большевика и преданных делу социализма всех честных людей нашего великого Советского Союза.

На основе исключительного роста жизненного уровня широких трудящихся масс мы имеем небывалый подъем дела здравоохранения в нашей стране. Техническое оснащение научных и лечебных учреждений, укрепление дела медицинского образования, как высшего, так и среднего, улучшение материального положения медицинских и научных работников создали невиданные условия для широкой творческой работы, для охраны здоровья творцов и строителей социализма. Только при условии нашей дисциплинированности, исключительного внимания к точному выполнению поставленных перед нами задач, широкого развития самокритики, постоянной работы над поднятием своей квалификации и изучения великого учения Маркса, Энгельса, Ленина и Сталина и постоянной бдительности мы сумеем уничтожить в корне все происки классового врага.

Ни на минуту не забывая о бдительности, мы, врачи, научные и медицинские работники, будем вести и развивать дело здравоохранения трудящихся. Медицинские работники охраняют здоровье творцов и строителей новой жизни, эту почетную работу мы должны вести на высоком уровне великих задач Сталинской эпохи—эпохи построения бесклассового общества.

Профессор
Михаил Осипович
ФРИДЛАНД

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 11 НОЯБРЬ 1936

Год издания XXXII

Профессор М. О. Фридланд.

В текущем году исполняется 25-летие научно-педагогической и врачебно-общественной деятельности профессора Михаила Осиповича Фридланда.

М. О. Фридланд, по окончании в 1911 г. Казанского университета, был оставлен ординатором хирургической клиники (проф. Н. А. Геркен), где проработал до 1914 года. В 1912 г. совершил заграничную поездку для усовершенствования в клиниках корифеев ортопедии Адольфа Лоренца и проф. Иоахимсталя в Берлине. По возвращении из-за заграницы М. О. приступил в физиологической лаборатории проф. Д. В. Полумордвинова к выполнению диссертационной работы на тему: „О так называемом отрицательном давлении в грудной полости и пневмотораксе". В 1915 г. появляются в печати две первые его научные работы: „Обстоятельное описание редкого (7-го в литературе) случая дермоида лобной кости" и предварительное сообщение будущего диссертационного труда: „Возможна ли жизнь при двустороннем пневмотораксе".

С 1914 по 1917 г. работал хирургом в различных военно-лечебных учреждениях. С 1918 по 1923 г. М. О.—в рядах Красной армии. Осенью 1919 г. принимал участие в боях против Деникина в качестве помглавврача перев. отряда Азинской дивизии.

Одновременно с военной службой М. О. энергично работал в Каз. губ. отделе соц. обеспечения. Он открыл хирург.-ортопедический лазарет, оборудовал протезную мастерскую, впоследствии объединившиеся в Ортопедический институт. М. О. принимал активное участие в организации Казанского клинического института (1920), в состав которого Ортопедический институт влился в качестве ортопедической клиники.

В 1921 г. М. О. Фридланд защитил в публичном заседании медфака Казанского университета докторскую диссертацию „Патология пневмоторакса, в связи с вопросом о межплевральном давлении". В результате очень кропотливых и тщательнейших исследований установил совершенно новые факты принципиальной возможности жизни при открытом двустороннем пневмотораксе. Эти факты имели огромное практическое значение, так как позволили клиницистам применить с лечебной целью двусторонний искусственный пневмоторакс у двусторонне пораженных легочно-туберкулезных больных и не бояться, при указанных автором условиях, дву-

стороннего пневмоторакса при операциях по поводу двусторонней эмпиемы. Диссертационная работа проф. М. О. Фридланда может быть по праву причислена к классическим трудам.

В 1923 г. медфаком Казанского университета М. О. избран приват-доцентом и читает студентам курс ортопедии. В том же году, с января по октябрь, руководит, помимо ортопедической клиники, также хирургической клиникой Клинического института.

В декабре 1923 г. по всесоюзному конкурсу избран профессором Гос. ин-та усовершенствования врачей им В. И. Ленина в Казани по кафедре ортопедии, в этом звании утвержден Наркомздравом РСФСР в марте 1924 года. В указанном звании профессора и должности директора кафедры ортопедии (а с 1932 г.—и травматологии) Казанского ГИДУВ состоит до настоящего времени.

В 1928 г. совершает вторую заграничную поездку в Берлин в клиники Бира, Базальского, Гохта, Зауербруха и Лейпциг — в клиники Пайра и Шеде.

С сентября 1933 года М. О. руководит вновь организованной кафедрой ортопедии и травматологии Казанского мединститута.

В январе 1935 г. ортопедическая клиника ГИДУВ постановлением Совнаркома АТССР реорганизована в Татарский ин-т ортопедии и травматологии, во главе которого остается проф. М. О. Фридланд. В том же году М. О. принимает на себя руководство сектором науки ГИДУВ.

М О имеет свыше 60 научных работ, опубликованных в отечественной и иностранной (немецкой, французской и скандинавской) прессе, посвященных различным вопросам хирургии, ортопедии, травматологии и костному туберкулезу. Среди указанных работ значительное количество монографий и учебных руководств, из которых „Общая и частная ортопедия“ приняты во всех советских мединститутах и ГИДУВ в качестве основного руководства по данной дисциплине.

Весьма солидным исследованием является экспериментальная работа о влиянии лучистой энергии на рост туберкулезной палочки. В этой работе автор зарекомендовал себя исключительно глубоким, разносторонне образованным ученым. Автор на основании своих экспериментальных исследований приходит к выводу, что большой бактерицидной силой обладает не только правая часть солнечного спектра (ультрафиолетовые лучи), но и его центр, именно зеленые лучи, а также дает ряд других важных указаний. Выводы этой работы открывают возможность практического использования отдельных видов лучистой энергии при лечении хирургического туберкулеза.

Особую ценность представляет группа работ, в которых М. О. предлагает новую методику исследования ортопедических больных, а также целый ряд оригинальных операций.

Кроме того учениками проф. Фридланда, под его непосредственным руководством, выполнено около 100 научных работ, в том числе ряд диссертационных (Герасимова, Киптенко, Шулутко, Завьялова, Тихонов). Наиболее активно разрабатываются проф. Фридландом и его школой методы диагностики и техники

хирургического лечения ортопедических деформаций; предложен ряд оригинальных способов исследования и оперативных методов: подометрия, новые виды артродеза суставов и остеосинтеза позвоночника, радикальный метод оперативного устранения застарелых вывихов коленной чашки, лечение костно-суставного туберкулеза цианистым золотом, перемускулярная алкоголизация при спастических параличах, изобретены и усовершенствованы некоторые ортопедические приборы и пр.

М. О. Фридланд является не только широко известным ученым и блестящим хирургом, но и очень популярным, среди врачей нашего Союза, преподавателем. Свою преподавательскую деятельность М. О. начал в 1923 году, сначала приват-доцентом, а затем и профессором Казанского мед. ин-та и ГИДУВ. За 13 лет работы в качестве профессора он пропустил через свою клинику около 2000 врачей, получая, неизменно, благодарности за блестящее преподавание.

Почетное место в curiculum vitae юбиляра занимает и общественная работа. Он последовательно занимает различные выборные должности: председатель врачебной секции, ответственный секретарь оргбюро I Поволжского съезда врачей, председатель Научно-технического совета ВСФК ЦИК АТССР, председатель правления Дома ученых, член оргбюро I и II украинских съездов ортопедов и травматологов, член редколлегии „Казанского медицинского журнала", журнала „Ортопедия и травматология", председатель секции здравоохранения Варнитсо и т. д.

Таков путь крупного советского ученого и врача, основателя казанской школы ортопедов, проф. М. О. Фридланда.

Мы уверены, что М. О. Фридланд, будучи еще в полном расцвете творческих сил, при наличии глубоких знаний и большой эрудиции будет на протяжении многих последующих лет также талантливо, как и до сих пор, разрешать новые проблемы ортопедии и травматологии на пользу трудящихся нашей великой социалистической родины.

Л. И. Шулутко.

Редакция приветствует проф. М. О. Фридланда, члена редколлегии Казанского медицинского журнала, с 25-летием его научной, врачебной и общественной деятельности.

Из клиники ортопедии и травматологии Казанского госуд. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (директор проф. М. О. Фридланд).

О шеечных переломах бедра.

Прив.-доц. **Л. И. Шулутко.**

Среди огромной литературы о переломах костей особенного внимания заслуживают переломы верхнего суставного конца бедра, так как здесь более, чем в других отделах скелета, мы встречаем еще трудности, касающиеся лечения. „Невеселые взоры,— говорит проф. Г. И. Турнер,— „встречают и ныне человека, доставленного в хирургическое отделение с переломом шейки бедра“.

Переломы бедра по материалам нашей клиники встречаются в 12,3%, по Гурлту—в 12%, по Тихову и Брунсу—в 6% всех переломов. Что касается верхнего конца бедра, то переломы этого отдела, в зависимости от возраста, занимают больший или меньший процент. Он минимален у детей, примерно около 10%, в то время как в пожилом возрасте переломы верхнего суставного конца бедра встречаются в 50% случаев всех переломов бедра.

Наличие столь значительного процента переломов верхнего конца бедра у стариков объясняется изношенностью костной ткани, утончением и исчезанием костных балок, чем подрывается прочность природной архитектуры шейки бедра.

Некоторые авторы частоту этих переломов в пожилом возрасте объясняют изменяющимся состоянием угла между шейкой и диафизом, происходящим от повседневной динамической нагрузки на кость с пониженной устойчивостью.

По материалу, зарегистрированному стационаром нашей клиники, за последние 10 лет прошло 44 случая переломов верхнего конца бедра. По возрасту они распределяются следующим образом: от 10 до 20 лет—5 случаев, 30—40 л.—2, 40—50 л.—6, 50 л. и выше—31 случай.

Среди них, в отличие от данных других авторов, преобладают мужчины—28 случаев, женщин—16 случаев.

Все отмеченные выше изменения в структуре кости пожилого человека, как я указал, вызывают переломы шейки от сравнительно небольших травм, поэтому механизм их является, большей частью, очень простым. Так, в нашем материале мы имеем перелом от ушиба при посадке в трамвай, при падениях в бане, с сеновала, падении на улице, с табуретки и прочие. В одном случае отец-крестьянин, желая исправить у своей

17-летней дочери двустороннюю контрактуру, явившуюся в результате инфекционного коксита, произвел эту „операцию“ на правой ноге удачно, а слева получил перелом шейки бедра. Другой случай является интересным вследствие того, что перелом произошел (у девочки 15 лет) на почве острого метафизита. Этиология его осталась невыясненной, несмотря на произведенное бактериологические исследование.

Что касается локализации переломов верхнего конца бедра, то по этому поводу имеется несколько классификаций. Старые авторы различали внутрисуставные и внесуставные переломы. Эта классификация не может быть целиком принята вследствие ее схематичности; к тому же суставная капсула имеет неодинаковое прикрепление по передней и задней поверхности шейки бедра, что при известной локализации перелома затрудняет его отнесение к той или иной категории. Большего внимания поэтому заслуживает классификация Кохера, который делит их на: 1) Fracturae colli subcapitalis, 2) Fracturae colli intertrochantericae, 3) Fracturae colli pertrochantericae, 4) комбинированные.

Г. И. Гурнер значительно упрощает классификацию переломов шейки бедра, рассматривая их в зависимости от целости или разрыва суставной капсулы. Первая форма по Кохеру—субкапитальная, по наблюдениям Лаврова, сопровождается отрывом клина от шейки. Эта форма причисляется Турнером к внутрисуставному перелому Второй вид—когда линия излома проходит через особенно рыхлый участок (треугольник Варда). Этот вид перелома причисляется Турнером к внекапсулярным, хотя и здесь в некоторых случаях не может быть исключено участие сустава. Другие виды, по Турнеру, рассматриваются как переходные между двумя вышеуказанными; при них вовлечение сустава в перелом может иметь место в той или иной степени.

Первая форма по Кохеру, описанная впервые Биркетом в 1869 году, представляет сравнительно редкие находки. Волкович указывает, что Христофер до 1926 года во всей литературе нашел лишь 14 случаев этих переломов, к чему присоединил один свой собственный случай. В нашем материале мы, на основании анализа рентгенограмм, наблюдали эту форму в 7 случаях.

Редкость данной локализации объясняется особенностями архитектурного строения кости верхнего конца бедра. Эта стуктура у лиц среднего возраста отвечает весьма высоким статикодинамическим требованиям.

При анализе архитектуры кости определяется переплетение перекладин, идущих от верхней трети головки к внутренней стороне шейки, с целым рядом других параллельных перекладин, идущих через шейку от основания большого вертела. Обе вышеуказанные системы пересекаются третьей системой перекладин, которые направляются от коркового вещества дуги Адамса к большому вертелу. Такое переплетение костных балок и обеспечивает верхнему суставному концу бедра ту крепость, которая в состоянии противодействовать весьма солидным механическим нагрузкам. Впрочем, исследованиями Вольфа обнаружено, что в данной прочной структуре имеются относительно слабые участки: один—в области нижней трети головки и прилегающего участка шейки, другой—в верхней части шейки у границы эпифиза с метафизом. Так что, если переломы шейки бедра встречаются в среднем возрасте, то именно в области указанных слабых участков. В пожилом же возрасте переломы, вследствие общей

изношенности кости, возможны и в других местах шейки и головки бедра. Что касается детского возраста, то на основании исследований Лаврова, местом перелома шейки наичаще является juxta-epiphys'арная линия, причем, как я уже отмечал, головка отделяется вместе с клином нижней части шейки, соответственно участку, свободному от переплетения укрепляющих кость перекладин.

Для разрешения вопроса о лечении шеечных переломов нам прежде всего необходимо выяснить характер перелома и отношение отломков к суставной сумке. В значительной степени от этих моментов зависит также и результат лечения.

При переломах шейки мы наблюдаем вклиненные переломы и переломы с разошедшимися отломками. Как тот, так и другой вид имеют свою клиническую картину и требуют соответствующих методов лечения.

Вклиненные переломы обеспечивают большую или меньшую степень фиксации сцеплением своих линий перелома и напряжением мышц.

Такие формы перелома встречаются нередко. Чаклин из 39 всех случаев перелома верхнего суставного конца бедра имел вклиненные в 25 случаях, т. е. в 64%, Котон—в 90% своих случаев, в нашем материале—в 18 случаях из 44, т. е. в 45,4%. При этих формах перелома мы наблюдаем отведение конечности с наиболее частой ротацией ее кнаружи, небольшое укорочение, возможность производить небольшие движения в тазобедренном суставе, полное отсутствие крепитации. Больной не представляется тяжелым, иногда может ходить, осторожно ступая на ногу.

Иначе выглядят невколоченные переломы, здесь отломки также фиксируются сокращенными мышцами, но в положении смещения. Мы констатируем его по укорочению конечности, с видимым смещением вверх trochanter'a; Розер-Нелатоновская линия нарушена; бедро более резко ротировано кнаружи; движения конечности невозможны, больной совершенно не в состоянии подняться после перелома; производит впечатление очень тяжелого больного; имеется крепитация; паховая впадина сглажена. При длительно несрастающихся, этого типа, переломах положительный симптом Тренделенбурга.

При лечении вколоченных переломов нам часто бывает достаточно наложить гипсовую повязку для более верной фиксации внедрившихся друг в друга отломков, чтобы в сравнительно короткое время получить консолидацию.

Такой исход можно наблюдать в тех случаях, где не было нарушения целости суставной сумки и не было большого нарушения в кровеснабжении. Большинство авторов не считает нужным заниматься исправлением недостаточно правильного положения внедрившихся отломков, дабы не вызвать дополнительных травм, главным образом за счет сумки. Белер же считает необходимым, прежде чем фиксировать этот вид переломов, исправлять положение, если имеется coxa vara, смещение оси бедра или ротация кнаружи.

При втором виде—невколоченных переломах, которых в нашем материале было 26 случаев, задача лечения очень затруднена, особенно в связи с частым разрывом сумки, что вызывает нарушение питания отломков и ведет к несращению их. Это делает понятным, почему вопрос о кровообращении верхнего суставного конца бедра занимает серьезное внимание исследователей до последнего времени.

Прежде всего важен вопрос о состоянии питания головки бедра за счет сосудов, проходящих по круглой связке. По этому поводу имеется много работ с самыми различными выводами.

Барнар (1901 г.) говорит, что артерия, проходящая по круглой связке, не входит в головку. Гиртл, наблюдая по тончайшей наливке сосуды круглой связки, отмечает, что эти сосуды не проникают в головку, а, изгибаясь в связке, переходят в вены. Поэтому Гиртл держится того мнения, что сосуды, идущие через круглую связку не снабжают головку кровью. Другого мнения держится Бобров,—он считает, что ветка art. obturatoriae, проникающая через круглую связку в головку бедра, поддерживает ее питание. Поле также утверждает, что одна из веток art. circumfl. femor. med., следуя по круглой связке, вступает в головку бедра. Сеппи полагает, что ветка art. circumfl. femor., med, идущая через круглую связку к головке, анастомозирует с поднадкостничными ветвями, а круглая связка служит надежным, плотным футляром для сосудов и нервов, идущих в головку бедра. Наконец, мнение Лексера сводится к тому, что через круглую связку в эпифиз проникают лишь мелкие сосуды.

Такое разноречие во мнениях побудило Саввина (1902 г.) провести ряд кропотливых анатомических исследований (на 20 детских и 20 взрослых трупах) с целью разрешить эти противоречия и дать окончательное суждение о кровеснабжении верхнего суставного конца бедра. Пользуясь так же, как и Гиртл, наливкой сосудов, он выяснил, что в снабжении кровью сустава участвуют art. circumflexa femor. med. et later., art. obturatoria и art. glutaeae, причем, art. circumflexa femor. med. и art. obturator. имеют преимущественное отношение к шейке, головке и суставной полости. Соединившись между собою, ветки этих сосудов делятся на постоянную артерию суставной впадины и непостоянную круглой связки. Эта последняя очень изменчива в своей величине; изредка ее найти бывает трудно, но часто она крупной величины.

Саввин указывает, что на детских трупах артерия входила в головку бедра через круглую связку в 9 из 20 случаев, а у взрослых из того же количества лишь в 4 случаях. Таким образом выводы Саввина частично сходятся с мнением авторов, утверждающих о проникновении питающих головку сосудов через круглую связку, с другой стороны—совпадают с данными Гиртл о том, что эти сосуды заканчиваются в круглой связке, не вступая в головку для ее питания. Данные более современных авторов сводятся к тому, что при основном кровеснабжении шейки бедра от art. circumflexa femoris med., добавочное питание для головки идет через круглую связку, но с такой оговоркой, что роль последнего кровеснабжающего пути с возрастом уменьшается (Турнер, Ланг).

Однако это мнение вызывает возражение со стороны Шморль.

Важным моментом в добавочном кровеснабжении шейки бедра являются складки синовиальной оболочки, которые были отмечены Генле под именем retinaculae и Саввиным под названием plicae trochantero-capitale и в дальнейшем подробно изучались Лавровым и Нелидовым.

Саввин (1902 г.), заслуженно приписывающий себе приоритет в находке этих складок, определял постоянно наличие двух складок. Одна идет от малого вертела кпереди, кверху до самой головки, неся постоянно артерии,

всегда вступающие в головку. Другая, менее постоянная и слабее выраженная, также несущая сосуды, идет по задней поверхности.

Нелидов подтверждает наличие этих двух складок, но считает их равноценными.

Таким образом кровеснабжение верхнего суставного конца бедра приобретает большую ясность. Основным источником являются ветви art. circumflexa femoris mediae и в меньшей степени ветви art. obturatoriae.

Art. circumflexa femor. med. (по Нелидову), идя между m. psoas и m. pectineus, дает ветви, прободающие капсулу сустава у места ее прикрепления на задней и медиальной поверхности бедра и другую группу— по передней верхней поверхности у trochanter majoris, которые также прободают капсулу и питают костное вещество шейки, а некоторые ветви идут даже в костное ядро головки. Наиболее крупные ветви, прободая капсулу у ее прикрепления, вступают в указанные выше складки синовиальной оболочки и идут до самой головки бедра.

Уяснив кровеснабжение интересующего нас отдела бедра, мы можем ближе подойти к выяснению причины большого количества несращений отломков и образования ложных суставов с деформативными изменениями самой головки. Все эти моменты оказывают решающее влияние на выбор и результаты лечения переломов верхнего суставного конца бедра, т. е. той задачи, которая до настоящего времени является одной из наиболее трудных в травматологии.

Наибольшим оптимистом здесь является Бёлер, который утверждает, что при переломе шейки бедра, как и при всяком другом переломе, можно всегда получить костное сращение, если точно выполнить основные правила лечения переломов. Нам, как и большинству других авторов, кажется, что это не всегда так. Если мы имеем перелом с небольшим смещением, где при наличии расхождения отломков, сохранился либо небольшой мостик надкостницы, или складки синовиальной оболочки, несущие сосуды, то в этих случаях мы, действительно, можем ожидать консолидации отломков и благополучный исход. Однако, если расхождение отломков значительное, суставная сумка разорвана, пути кровеснабжения от art. circumflexa femor. med. нарушены, рассчитывать на питание центрального отломка за счет мелких сосудов, идущих в круглой связке, да и часто, как нам известно, не проникающих в головку бедра, трудно. Ясно, что здесь искусство правильного установления отломков само по себе далеко не всегда способно обеспечить костную консолидацию. В таких случаях срастание может оказаться рубцовым и сопровождаться деформативными изменениями головки, как следствие тяжелого нарушения кровеснабжения. Кому из ортопедов не приходилось наблюдать именно такого происхождения coxa-vara!

Волкович даже считает правилом несрастание внутрисуставных переломов. Шморль (1924 г.) доказал, что при несрастании шеечных переломов наблюдается более или менее распространенный некроз головки в связи с нарушением ее питания, что является частью причиной, частью следствием перелома. Последнее постольку, поскольку движения отломков и трение их друг о друга обусловливают стирание кости, часто вплоть до полного исчезновения шейки бедра.

Другой важной причиной несрастания, как указал Турнер, является ущемление между отломками капсулы.

Каценштейн утверждает, что несращение переломов происходит вследствие соприкосновения периоста с костным мозгом. Для проверки своего предположения он поставил 3 вида опытов, в которых в различных комбинациях он осуществлял соприкосновение периоста с костным мозгом. Во всех случаях, как правило, получался псевдоартроз. Гистологическое исследование дало при этом наличие фиброзной и хрящевой ткани. Ито и Азагар (по Волковичу) в 1905 г. экспериментально—на 5 собаках—из 5 внутрисуставных переломов лишь в одном получил сращение. Эти данные подтверждают нашу точку зрения в отношении возможности получения несращения отломков даже при правильной технике лечения.

В вопросе лечения разбираемых переломов существует много точек зрения. Тильман, в своем старом учебнике, рекомендует при невколоченных переломах, вслед за репонированием отломков, накладывать вытягивающую липкопластырную повязку с грузом до 10 *кг*. Волкович считает, что при небольшом повороте ноги кнаружи и незначительном укорочении должно быть общим правилом не применять никаких насилий для исправления этих деформаций. Он, отрицая хорошие результаты от гипсовых повязок, считает необходимым отдавать предпочтение лечению в приборе или аппарате для того, чтобы больной имел возможность пораньше быть на ногах и таким образом предупредить заболевания пневмонией у пожилых больных. Однако гипсовая повязка не только не исключает, а наоборот облегчает возможность амбулаторного проведения лечения.

Уитман еще в 1909 году предложил после вправления отломков фиксировать их в большой гипсовой повязке (полукорсет с гильзой на всю ногу) в положении отведения и небольшой ротации кнутри, рассчитывая таким методом рано поднять больного на ноги. Бёлер горячо рекомендует эту повязку и применяет ее очень широко через одну—две недели после перелома, избегая лишь большой ротации кнутри. Целый ряд других авторов—Турнер, Лофберг, Линдгрен, Чаклин—также высказывается за метод Уитмана. Большими симпатиями пользуется этот метод и в нашей клинике.

Наряду с описанными бескровными методами лечения переломов шейки бедра, мы имеем несколько предложений, зовущих нас к более активным мероприятиям. Кохер еще в 1896 году предложил удалять отломанную головку и внедрять периферическую часть бедра в вертлужную впадину, рассчитывая на анкилоз в отведенном положении ноги.

Лексер несколько видоизменил данный метод, имея в виду получить после операции подвижность в тазобедренном суставе. Краузе считает показанной такую операцию как в молодом, так и в пожилом возрасте, допуская ее в первые недели после перелома.

Другим оперативным методом является операция Смит-Петерсен-Ольби—скрепление отломков вбиванием костного гвоздя через большой вертел в шейку в головку бедра. Ольби высказывается против применения для скрепления отломков металлических гвоздей. Он указывает, что среди своего материала наблюдал случаи несрастания и даже расхождения отломков, соединенных металлическим винтом, и в этих случаях при повторных операциях, для заполнения расширенного отверстия, полученного от рарефикации кости вокруг винта, ему приходилось брать большой трансплантат из tibia. В 90% случаев, где применялся костный

гвоздь, Ольби получил превосходные или хорошие результаты. При этом функция оказывалась хорошей уже через 6 месяцев.

Бодзан недавно (1934 г.) предложил, с целью усиления питания головки бедра при внутрисуставных переломах и при болезни Legg-Calvé-Perthes'a, делать толстой дрилью несколько продольных туннелей по длиннику шейки бедра вплоть до верхнего эпифиза. Сами мы опыта в этом направлении пока еще не имеем.

Возвращаясь к материалу, прошедшему через нашу клинику, мы видим, что вытяжение применялось в 5 случаях, гипсование—в 22 случаях, скрепление костным гвоздем по Ольби—в 12 случаях (проф. М. О. Фридланд) и резекция головки по типу артропластики (проф. М. О. Фридланд)—в 5 случаях.

В одном из случаев, где было применено вытяжение, у больного развилась гипостатическая пневмония со смертельным исходом. В другом случае, где также было применено вытяжение, больная через 3 суток была переведена в другое лечучреждение. Наконец, в третьем случае имела место комбинация перелома шейки бедра с открытым переломом голени, причем больной проводил лечение в гипсовой повязке.

Время пребывания в клинике 34 больных, получивших в качестве лечебного метода гипсовую повязку или костный гвоздь, исчисляется в 586 койко-дней. 4 следующих случая в смысле пребывания в клинике я рассматриваю изолированно. В первом случае б-ой пробыл 63 дня, лечился вытяжением; во втором—50 дней, б-ой также лечился вытяжением; в третьем—7 месяцев, б-ой перенес операцию—резекцию головки (артропластика), с нагноением; в четвертом случае—смертельный исход.

Общее количество дней, проведенных в клинике всеми 40 больными, исключая 4 умерших, равняется 942, что составляет на каждого больного в среднем около 23,5 дня.

Больные, у которых применялось вбивание костного гвоздя, находились в клинике минимально 10 дней, максимально 24 дня, лишь двое б-ных находились 40 и 45 дней по независящим от клиники обстоятельствам. Больные, у которых применялся гипс, находились в клинике 9—20 дней, а в двух случаях—30 дней. Из больных, перенесших резекцию головки бедра,—один пробыл 16 дней, другой—35 дней, третий—38 дней и четвертый—40 дней.

Из этого анализа сроков пребывания больных в клинике мы видим, что менее всего задерживались больные, коим накладывался гипс, затем идут больные, подвергшиеся операции Ольби, и далее больные с резекцией головки бедра. Наиболее длительное пребывание пало на двух больных, коим пременялось вытяжение.

Методика наших лечебных мероприятий была такова:

I. Вытяжение применялось в положении максимального отведения ноги, при легкой внутренней ротации бедра, с грузом в 6 *кг*. При этом в одном случае мы, как упомянуто выше, имели осложнение гипостатической пневмонией, в другом случае—желтухой.

II. Наложение гипсовой повязки применялось во всех случаях по Уитману, причем больным в ближайшие же дни после наложения повязки разрешалось подниматься на ноги.

III. Операция по Ольби проводилась различно. В первые годы ее применения клиника пользовалась аутотрансплантатом из tibia (2 сл.), а в последние годы—исключительно из бульонной кости (10 сл.). В одних случаях (2) применялась спинномозговая анестезия, а в большинстве—местная.

Непосредственно после перелома эта операция произведена лишь в 3 случаях; через срок до года—в 6 сл., свыше года—в 1 сл., через 2 года—в 2 сл.

Во всех случаях, кроме трех, операция производилась по поводу несрастания отломков.

IV. Резекция головки во всех 5 случаях была произведена через разрез Лангенбека. Удалялась головка бедра, периферический его конец округлялся, покрывался лоскутом жира и вставлялся в acetabulum. Повязка мягкая. Через 2 суток присоединялось продольное вытяжение в отведенном положении ноги грузом от 2 до 3 *кг*. В последние 2 года непосредственно после операции накладывалась гипсовая повязка на 10—12 дней, после снятия которой начинали механотерапию.

В одном случае, как выше было указано, наступило нагноение, в остальных (4 сл.)—первичное заживление; через 7—12 дней в последних 4 случаях—пассивные движения. При выписке в одном случае сгибание до 140°, разгибание полное, итого объем активных движений 40°; в другом—сгибание до 110°, разгибание полное, итого объем активных движений 70°, отведение небольшое.

В отношении ближайших результатов мы могли отметить, что больные которым производились вытяжения, перенесли в клинике осложнения и принуждены были выписаться в гипсовых повязках.

Больные второй группы, коим были наложены повязки Уитмана, ушли на костылях, за исключением 2 больных, которые, несмотря на предложение ходить, опасаясь болевых ощущений, от этого отказались.

Больные третьей группы, перенесшие операцию по Ольби, после снятия швов, поднимались на ноги—в гипсе по Уитману на 10—12-ый день после операции.

Из четвертой группы после резекции головки все оперированные б ные стали ходить через один-полтора месяца; один из этих больных, вследствие осложнения, встал значительно позже.

В отношении отдаленных результатов нам удалось просмотреть несколько больных: после гипсовой повязки по Уитману одну больную через 2 с лишним года, другую—через полтора года, третьего больного—через 6 лет и четвертого—через 5 месяцев, причем у всех этих больных гипс был снят через 2—3 месяца.

Двое больных ходят без костылей и палочек, движения свободны, нагрузка безболезненная, небольшое прихрамывание; один больной хорошо пользуется ногой, работает по специальности (печник), ходит без костылей и палочки; один ходит еще на костылях, болезненности нет, хорошая флексия, ограниченная ротация. На ногу наступает.

После операции по Ольби у 2 б-х через 6 м-цев на рентгенограмме: правильное стояние отломков, линия излома едва определяется, от trochanter major к головке идет тень от костного гвоздя, вокруг которого имеются склеротические разрастания.

Клинически: движения в тазобедренном суставе удовлетворительные, ротация несколько ограничена, на ногу наступает, болей нет, слегка прихрамывает.

Больной, подвергшийся резекции головки бедра, несмотря на нагноение, через 5 лет имел движения в суставе: сгибание в пределах 15°, отведение 25°, небольшую ротацию. Один больной после удаления головки, был нами просмотрен через более, чем годичный срок после операции. Дома ходит без палочки, на улице—с палочкой. Совершал прогулки в 10 километров довольно свободно. Сгибание бедра до 60°, отведение 20° (исл. бол. № 482).

Изложенное позволяет нам сделать следующее заключение:

I. Современные литературные данные, основанные на экспериментальных и клинических наблюдениях, говорят о стойком нарушении питания, наступающем при переломах шейки бедра в проксимальном отломке, что ставит под сомнение возможность костного срастания отломков в большинстве случаев этих переломов.

II. Опыт нашей клиники, касающийся лечения переломов шейки бедра, показывает, что:

1) наиболее длительным является метод лечения переломов шейки бедра постоянным вытяжением;

2) значительно уменьшает пребывание больного в клинике наложение повязки по Уитману или же операция скрепления костным гвоздем по Ольби с такой же повязкой после операции;

3) повязка по Уитману и операция по Ольби являются лучшими методами лечения у пожилых больных, благодаря возможности при них раннего вставания, что исключает опасность застойных осложнений в легких;

4) операция по Ольби показана не только в свежих, но и в старых случаях, где срастание не наступило, так как основное достоинство операции не столько в первичной механической фиксации, сколько во вторичной костно-пластической реакции;

5) гетерогенная (бульонная кость) практически вполне заменяет аутотрансплантат;

6) в случаях упорного несрастания перелома следует шире применять резекцию головки с оформлением дистального конца бедра, репонируя его в acetabulum и проводя последующее лечение по общему правилу для артропластик (механотерапия и пр.).

Литература. 1. Александров Л. П., Журнал современной хирургии, т. IV, вып. 19, 1929.—2. Вегнер К. Ф., Переломы и их лечение, Госиздат, 1926.—3. Волкович Н. М., Повреждения костей и суставов, Киев, 1928.—4. Гориневская В., Переломы, Б. М. Э., т. 24.—5. Демидов А. Я., Ортопедия и травматология, № 4, 1928.—6. Краузе Н. И., Вестник хирургии, т. XVIII, 1929.—7. Лысенков Н. К., Топографическая анатомия.—8. Нелидов В. Н., Вестник хирургии, т. VII, кн. 20, 1926.—9. Саввин В. Н., Хирургия, т. XI.—10. Ситенко М. И., Ортопедия и травматология, кн. 4, 1927.—11. Турнер Г. И., Новый хирургический архив, № 83.—12. Тихов П. И., Частная хирургия, Из-во „Практическая медицина". 1916.—13. Фридланд М. О., Частная ортопедия, Татгосиздат, 1936.—14. Фолькман Ф. В. и Цанов А. И., Труды 4-го Всеукраинского съезда хирургов.—15. Чаклин В. Д., Врачебное дело, № 7—8, 1922.—16. Чаклин В. Д., Журнал современной хирургии, т. IV, в. 4—5, 1929.—17. Albée, Journal of bone and joint surgery, № 1, 1928.—18. Böhler, Техника лечения переломов, Перевод под редакцией прив.-доц. Приорова, Госмедиздат, 1932.—19. Bozsan, Journal of bone and joint surgery, № 1, 1934.—20. Freund Ernst. Archiv f. orthopädische und Unfall Chirurgie, B. 28, H 2, 1930.—21. Schanz A., Практическая ортопедия, Перевод под ред проф. Шенка, Госмедиздат, 1933.—22. Schwahn. Archiv f. orthopädische und Unfall Chirurgie, B. 28, H 2, 1930.—23. Tillmans, Руководство к частной хирургии, Изд. журнала „Практическая медицина", 1891.

Из клиники ортопедии и травматологии Государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в г. Казани (директор проф. М. О. Фридланд).

О симптоме Александрова.

В. М. Тихонов.

46 лет тому назад Александров впервые обнаружил новый симптом при туберкулезе суставов. Симптом этот состоит в том, что подкожножировой слой оказывается более утолщенным на больной конечности. Это утолщение распространено диффузно по всей пораженной конечности, независимо от того, в каком суставе имеется туберкулез. Толщина подкожножирового слоя определяется пальпаторно путем захватывания его с кожей между указательным и большим пальцами. Сравнение толщины складки должно производиться на строго симметричных местах конечностей. По мнению Краснобаева, который впервые описал симптом Александрова, этот симптом имеет то значение, что он обнаруживается „даже в самом начальном стадии развития туберкулеза". По наблюдению того же автора симптом Александрова встречается также при детском параличе, после ношения гипсовой и всякой другой повязки, длительно находящейся на конечности. При воспалительном процессе, а также при саркоме, по мнению Краснобаева, симптом Александрова не имеет значения, т. к. в этих случаях его происхождение связано с отеком кожи и подкожной клетчатки.

Мы также заинтересовались сипмтомом Александрова и проверили его на текущем материале клиники ортопедии и травматологии. Всего нами обследовано 157 больных. Из них: стационарных – 117 случаев (74,5%), амбулаторных —40 случаев (25,5%).

В таблице (стр. 1298) приводим обнаруженные нами данные в отношении частоты и характера с. Александрова при различных заболеваниях верхних и нижних конечностей.

В таблице нашли отражения и те случаи, у которых с. Александрова был „извращен", т. е. вместо утолщения складки имело место уменьшение толщины подкожножирового слоя на больной конечности по сравнению со здоровой. Мы назвали это явление „извращением" симптома Александрова.

В первую группу приведенной таблицы нами включены только активные формы туберкулеза суставов, составляющих 26 случаев, среди них 14 человек (53,8%) мужского и 12 человек (46,2%) женского пола. Заболевание туберкулезом в данной группе больных началось в большинстве случаев в детском и юношеском возрасте, а именно: заболело в возрасте до 5 лет—7 человек, от 6 до 10 лет—7, от 11 до 15 лет—5, от 15 до 20 лет—2, от 20 до 25 лет—3 и выше 25 лет—2 чел. Таким образом в возрасте до 20 лет заболел 21 человек, или 80% к данной группе. Давность заболевания у больных различная: больны в течение 1 месяца—1 человек, 2 месяцев—4 чел., 3 месяцев—3 чел., 9 месяцев—1 чел., 1 года—2 чел., 2 лет—4 чел., 3 лет—7 чел., 4 лет - 3 чел. и 5 лет—1 человек. Наибольший интерес представляет группа больных, имеющих раннюю стадию болезни в пределах 3 месяцев, состоящая из 8 человек, в которой с. Александрова имеет наибольшую диагностическую ценность. Оказывается среди этих 8 случаев в 2 случаях с. Александрова был выражен слабо, в 4 случаях—ясно, а в 2 случаях даже резко. Но ни в одном из этих 8 случаев раннего заболевания туберкулезом не было отрицательного результата в поисках с. Александрова. Следовательно с. Алек-

№№ групп	Наименование заболеваний	Всего случаев	Не обнаружен симптом		Обнаружен симптом					Извращен. симптом	
			Количество	%	Слабо	Ясно	Резко	Всего	%	Количество	%
1	Активный туберкулез суставов	26	1	3,7	5	14	4	23	88,4	2	7,7
2	Анкилоз суставов после туберкулеза	14	1	7,2	2	11	—	13	92,8	—	—
3	Активный туберкулез костей	8	1	12,5	5	2	—	7	8 ,5	—	—
4	Сифилис суставов	11	3	27,3	1	7	—	8	72,8	—	—
5	Инфекционные артриты	3	1	33,3	1	1	—	2	66,6	—	—
6	Инфекц. анкилозы суставов	14	2	14,3	1	11	—	12	85,	—	—
7	Остеомиелиты костей конечностей	6	1	16,7	4	1	—	5	83,3	—	—
8	Болезнь Perthes'a	2	1	50,0	—	1	—	1	50,0	—	—
9	Периартриты	2	1	50,0	—	—	—	—	—	1	50,0
10	Травматич. вывихи	7	2	28,6	—	3	—	3	42,8	2	28,6
11	„ анкилозы	2	—	—	1	1	—	2	100,0	—	—
12	Несрастающиеся переломы шейки бедра	4	1	25,0	—	3	—	3	75,0	—	—
13	Переломы костей конечностей	20	2	10,0	7	11	—	18	90,0	—	—
14	Повреждение менисков	5	1	20,0	1	2	1	4	80,0	—	—
15	Паралитические деформации стопы	17	—	—	3	13	1	17	100,0	—	—
16	Болтающиеся суставы	7	—	—	—	7	—	7	100 0	—	—
17	Врожденные деформации	6	4	66,6	1	1	—	2	33,3	—	—
18	Саркома конечностей	2	1	50,0	1	—	—	1	50,3	—	—
19	Табетическая артропатия	1	—	—	—	1	—	1	50,0	—	—
	Итого	157	23	—	33	90	6	129	—	5	—

сандрова при активных формах туберкулеза возникает очень рано и имеет чаще всего ясно выраженную форму.

Отметим локализацию туберкулеза у больных первой группы. Чаще всего поражается коленный сустав—в 18 случаях из 26-ти (правый 3 раза, а левый 15 раз), далее локтевой сустав—3 раза (2 раза правый и 1 раз левый), плечевой сустав—2 раза (только правый) и по 1 разу: лучезапястный, тазобедренный, голеностопный. Бросается в глаза влияние локализации туберкулеза на с. Александрова. На верхних конечностях из 6 случаев в 2-х (при поражении локтевых суставов) с. Александрова был „извращенный", в 1 случае—слабо выражен, в 2 случаях—ясно выражен и в 1 случае резко выражен. Тогда как на нижних конечностях извращение симптома Александрова не имело места ни разу, в одном случае он не был обнаружен, в 4 случаях—слабо выражен, в 12 случаях—ясно и в 3 случаях резко выражен. Следовательно с. Александрова был более стоек на нижних конечностях, чем на верхних.

Контрактура нами отмечена в 11 случаях (42,3% к данной группе). Соответственно нарушалась и функциональная длина конечности. Мышечная атрофия дифузного характера на больной конечности имелась во всех случаях без исключения в размере от 1 до 3, 4 и даже 5 *см*. При атрофии мышц в пределах 1—2 *см* чаще встречается слабо выраженный с. Александрова, чем при атрофии, превышающей 2 *см*, при которых он выступает более явственно. При контрактурах также замечена более ослабленная выраженность с. Александрова. Отметим еще, что у детей до 10-летнего возраста в равных количествах отмечается слабый, ясный и резкий с. Александрова, тогда как у детей более старшего возраста, а также у взрослых, слабый с. Александрова встретился только один раз.

В общем, с. Александрова у б ых с активным туберкулезом суставов возникает рано и чаще всего в ясно выраженной форме; на нижних конечностях он более стоек, чем на верхних; он также стоек у больных детей старшего возраста и у взрослых; и, наконец, чем активнее туберкулезный процесс и чем более значительны нарушения функции конечности и атрофия, тем яснее и резче выявляется с. Александрова. Он обнаружен в 88,4% всех случаев данной группы. Отметим еще характерную особенность с. Александрова при активном туберкулезе: складка кожи с подкожножировым слоем легко берется (захватывается) пальцами рук при проверке ее толщины.

Во вторую группу нами включены 14 случаев с анкилозом суставов туберкулезного характера. Все эти больные поступили в клинику для оперативного лечения по поводу патологических состояний конечностей с функциональным укорочением их не менее, чем на 5 *см*, иногда же доходящим до 15—18 *см*, и сопутствующей атрофией мышц от 3 до 11 *см* на бедре и от $1^1/_2$ до 6 *см* на голени. Отмечается также большая давность от начала заболевания у больных этой группы: так, заболело 6—10 лет тому назад 7 человек, 11—12 лет назад—6 человек и большее 21 года—один человек. Поражение нижних конечностей имело место в 13 случаях, а верхних конечностей—только в одном случае. Симптом Александрова отсутствовал в одном случае, а именно у больной 19 лет с туберкулезом тазобедренного сустава 13-летней давности, хотя имела место и атрофия с функциональным укорочением конечности (больная все же могла ходить без костылей).

В двух случаях с. Александрова был выражен слабо. Дело касалось одного больного с 19-летней давностью страдания и другого с 23-летней давностью с нерезким нарушением функции. В остальных 11 случаях с. Александрова был выявлен ясно. Но ни в одном случае данной группы ни разу не был констатирован резко выраженный или извращенный с. Александрова.

Таким образом в этой группе с. Александрова имеется налицо в 92,8% случаев и чаще всего в ясно выраженной форме. Наличие симптома здесь объясняется не только бывшим влиянием болезненного процесса, но и наличием последствий туберкулеза сустава в виде нарушения функций конечностей в течение длительного времени. Подкожножировой слой в этой группе также легко захватывается пальцами рук при проверке толщины его.

В третью группу мы включили 8 случаев туберкулеза костей (не суставов) в активной форме. Из них туберкулез большого вертела был в 4 случаях, туберкулез пяточный кости—в 3 случаях и в одном случае туберкулез пястной кости. В 2 случаях с. Александрова был выражен ясно: в одном случае при поражении б. вертела 4-месячной давности, а во втором случае при заболевании пяточной кости 12-летней давности. В пяти других случаях с. Александрова был слабо выражен: в трех случаях при поражении б. вертела многолетней давности и в 2 случаях при поражении пяточной кости давностью нескольких месяцев. И, наконец, в одном случае с. Александрова совсем не был обнаружен; это касается случая, где поражена была пястная кость с 5-месячной давностью процесса. Атрофия мышц была во всех случаях не более 1—2 *см*, функция пораженных конечностей нарушалась мало. Это, вероятно, и является причиной того, что с. Александрова здесь выражен менее явственно, чем в предыдущих двух группах. Однако частота наличия с. Александрова остается большой и равна 87,5%. В этой группе подкожножировой слой берется труднее пальцами рук при определении толщины его.

Подводя итоги проявлению с. Александрова в первых трех группах с туберкулезными поражениями органов движений, можно сказать, что он более выражен у больных с заглохшим туберкулезом суставов при наличии у них биомеханических расстройств; несколько менее выражен при активном туберкулезе суставов и еще меньше (как в количественном, так и в качественном отношении)—при активном туберкулезе костей.

В четвертой группе мы приводим 11 случаев сифилиса суставов. Из них в 9 случаях локализация была на нижней конечности (8 раз в коленном суставе и 1 раз в голеностопном суставе), а в 2 случаях—на верхних конечностях (оба раза в локтевых суставах). Давность заболевания—1—2—3 года. Контрактура суставов отмечена в 4 случаях. Атрофия мускулатуры не превышает 1—2 *см*, функция суставов нарушена мало. Больные обычно свободно ходят, не пользуясь даже палкой. Симптом Александрова выражен слабо только в одном случае при поражении локтевого сустава. В трех случаях с. Александрова совсем не обнаружен: в одном случае заболевание протекало с анатомическим удлинением пораженной конечности, а в двух случаях заболевание было лишь в начальной стадии и атрофия была выражена в пределах 1—$1^1/_2$ *см*. В остальных 7 случаях с. Александрова был выражен ясно. Резко выраженного симптома и его извращения не наблюдалось. В данной группе с. Александрова констатирован в 72,8% случаев. Следовательно, с. Александрова в группе сифилитических заболеваний менее выражен, чем в группе туберкулезных артритов. Это вероятно объясняется тем, что при сифилитическом поражении суставов функция одноименной конечности нарушается слабо и атрофия мышц выражена мало. Подкожножировой слой захватывается пальцами рук почти так же, как и на здоровой конечности.

В шестой группе представлено 14 случаев с анкилозом суставов после различного рода инфекций (кроме туберкулезной и сифилитической). Причиной анкилоза чаще всего была вульгарная гнойная микрофлора (5 раз), далее одинаково часто—ревматическая и гоноройная инфекция (по 3 раза), послеродовая инфекция (2 раза) и скарлатинозная (1 раз). Давность анкилоза была от нескольких месяцев до нескольких лет. Как показывает таблица, в 2 случаях с. Александрова не было; это касается больных с ревматическим анкилозом. Слабо выраженный симптом был у больного с гоноройным анкилозом. Поражения на верхние конечности приходятся 3 раза. Из них в одном случае с. Александрова отсутствовал, а в другом был слабо выражен, степень атрофии чаще превышала 3 *см*. Одновременно у большинства больных (в 11 случаях) отмечается патологическое состояние конечности с соответствующим функциональным укорочением. С. Александрова в этой группе констатирован в 85,7% случаев и большей частью в ясно выраженной форме. Проявление с. Александрова в этой группе, хотя и несколько реже, чем в группе с анкилозами суставов после туберкулеза, но степень выраженности почти та же самая.

В седьмой группе приведены 6 случаев с вульгарным, гнойным остеомиелитом длинных трубчатых костей. Чаще поражены нижние конечности (4 сл.). В пяти случаях отмечена различная степень атрофии (от 1 до 3 *см*), но не столь резко выраженная, как в других группах. Функциональное укорочение конечности имело место в 3 случаях. Один случай, где с. Александрова не был обнаружен, относится к больному, у которого были поражены бедро и голень в течение 15 лет, без наличия функционального расстройства и без атрофии мышц. В остальных случаях с. Александрова был обнаружен в слабой форме, кроме одного, где он выражен в ясной форме. Резко выраженного с. Александрова и его „извращения" не было. В итоге с. Александрова обнаружен в 83,4% случаев, т. е. несколько реже, чем во всех выше разобранных группах, в большинстве случаев в слабо выраженной форме. При этом утолщение подкожножирового слоя происходит и за счет отечности его. Подкожножировая складка с трудом берется пальцами рук (для определения толщины ее), на местах поражения в особенности.

В 10-ю группу собраны 7 случаев травматического вывиха костей. Из них детей—4. Давность заболевания—от 1 месяца до 15 лет. Вывихи в локтевом и тазобедренном суставах были по 3 раза. Атрофия мышц и функциональное укорочение было во всех случаях, кроме одного. Последний случай касается больной с привычным вывихом в плечевом суставе, у которой с. Александрова отсутствовал. У одного больного ребенка с вывихом в локтевом суставе 6-месячной давности с. Александрова отсутствовал. Наличие „извращенного" с. Александрова было констатировано у больного с вывихом в локтевом суставе 7-недельной давности и у больного с вывихом в тазобедренном суставе 3-месячной давности, с атрофией в пределах 1—2 *см*.

Итак, в этой группе с. Александрова менее стоек, чем во всех предыдущих группах, и составляет лишь 42,8% случаев.

В группе с несрастающимися переломами шейки бедра (4 случая) в одном случае не обнаружен с. Александрова. Это касается больной с переломами шейки бедра 3-недельной давности, без атрофии мышц.

В остальных случаях перелом шейки с давностью от 2 до 19 месяцев сопровождался дифузной атрофией мышц, функциональным укорочением конечностей при наличии ясно выраженного с. Александрова. Частота с. Александрова в этой группе равна 75%.

В группе 13-й сведены 20 случаев переломов костей с различной локализацией: лучевой кости в дистальном метафизе 6 раз, перелом костей голени 3 случая, изолированные переломы костей голени 4 раза (2 раза малоберцовая кость и 2—б. берцовая кость) и по 1 разу плечо, обе кости предплечья, локтевая кость, тазовые кости, шейка бедра, диафиз бедра и плюсневые кости. Давность заболевания—от 13 дней до нескольких месяцев. В большинстве случаев отмечена дифузная атрофия мышц. Функциональное укорочение имело место только в половине случаев. Из 20 случаев только в 2 случаях симптом Александрова отсутствовал, а именно у одного больного с изолированным переломом локтевой кости 5-месячной давности, при отсутствии атрофии, а также у больного с переломом лучевой кости $1^1/_2$ месячной давности.

Слабый с. Александрова отмечается чаще всего у больных при наличии перелома в пределах месячного срока длительности: при переломах лучевой кости 2 раза, шейки бедра, костей таза, б. берцовой и м. берцовой кости, в лодыжках и плюсневой кости по 1 разу.

Складывается впечатление, что чем серьезнее нарушение функции и чем длительнее последнее при переломе костей, тем значительнее выражен с. Александрова. Его частота в этой группе равна 90% и уступает немногим группе больных с анкилозом суставов после туберкулеза.

Наличие с. Александрова в этой группе объясняется не только отечностью вследствие нарушения лимфо- и кровообращения, но и дисфункцией конечностей и атрофией мышц. Подкожножировой слой берется в складку пальцами рук чаще всего с трудом.

В 14-й группе обработано 5 случаев с повреждением менисков. У четверых больных давность заболевания была больше 2 месяцев, с явлением дифузной атрофии мышц в пределах 1—2 *см*. Во всех этих случаях было налицо то или иное проявление с. Александрова. В пятом случае у больного с 2-недельной давностью заболевания не было атрофии, не было также и с. Александрова. Значит, и в этой группе констатируется зависимость наличия с. Александрова от функционального расстройства конечности и сопутствующей ему атрофии мышц.

В 15 и 16-й группах нами собраны 24 случая паралитических деформаций и поражений конечностей на почве перенесенного в детстве воспаления передних рогов спинного мозга. Возраст больных от 3 до 16 лет—16 чел., а от 17 до 28 лет—8 чел. Давность заболевания от 1 года до 5 лет—9 чел., выше 6 лет—15 чел. Верхние конечности поражены 2 раза; в остальных случаях локализация поражения была на нижних конечностях, чаще всего в виде той или иной косолапости. Во всех случаях имело место анатомическое и функциональное укорочение конечности. Анатомическое укорочение в пределах 3 *см* отмечено в 10 случаях, больше 3 *см*—в 12 случаях. В 2 случаях анатомического укорочения не было. Соответственно с выраженностью паралича и функционального укорочения пораженной конечности отмечалась та или иная степень атрофии. Атрофия до 3 *см* отмечена в 14 случаях, а в остальных 10 случаях атрофия превышала 3 *см*. В двух данных группах с. Алексан-

дрова был налицо во всех абсолютно случаях и в подавляющем большинстве ясно выраженным. Только в 3 случаях он был выявлен слабо; это касается больных, имевших давность болезни 1—2 года, с нерезко выраженной атрофией и функциональным укорочением. Правда, с. Александрова в этих двух группах имеет особенности: подкожножировая складка в большинстве случаев берется пальцами рук с трудом и она более утолщена на уровне непосредственного поражения мышц. Кожа обычно бледно-синюшного цвета, с блестящей, как бы полированной, поверхностью. И в этих 2 группах замечается параллелизм между степенью атрофии и выраженностью с. Александрова.

В отношении частоты проявления с. Александрова врожденные деформации дают положительный симптом только в 33,3% случаев. В этой группе все больные относятся к детскому возрасту—от 7 месяцев до 14 лет. Трое из них имеют врожденный вывих бедра, а трое—типичную косолапость.

Функциональное укорочение и нерезко выраженная атрофия были у 3 больных. Наличие с. Александрова было отмечено у двух больных с врожденным вывихом бедра.

Что касается 5-й группы с инфекционными артритами (3 случая), 8-й группы с б. Пертеса (2 случая), 9-й группы с периартритами (2 случая), 11-й группы с травматическими анкилозами (2 случая), 18-й группы с саркомой конечностей (2 случая) и 19-й группы с табетической артропатией, то и здесь нет исключения для проявления с. Александрова в положительной форме. Он находится в той же зависимости, как и в предыдущих группах.

Выводы: 1. Симптом Александрова находится в зависимости от: а) характера патологического процесса, б) интенсивности патологического процесса, в) степени нарушения функции конечности, г) размера атрофии, д) локализации (верхние или нижние конечности, суставы или кости), е) возраста и трудовой деятельности, ж) состояния крово- и лимфообращения.

Чем активнее процесс, тем сильнее нарушается функция, больше и скорее развивается атрофия мышц и выраженнее становится с. Александрова. На нижних конечностях с. Александрова возникает скорее и в более ясной форме.

Нарушения крово- и лимфообращения при остеомиелитах, паралитических деформациях и при переломах сопровождаются отечностью подкожножирового слоя, что, повидимому, и усиливает в той или иной степени положительный с. Александрова. Подкожножировой слой в таких случаях трудней берется в складку пальцами рук по сравнению со здоровой конечностью.

2. Симптом Александрова обнаруживается в разной степени и частоте при многих заболеваниях органов движений, сопровождающихся нарушением их функций и атрофией мышц.

3. „Извращенный“ с. Александрова встречается в случаях, где имеется высокая степень атрофии, распространяющейся не только на мышцы, но и на кость и подкожножировой слой.

4. Наибольшую диагностическую ценность представляет с. Александрова для туберкулеза суставов и именно в начальных стадиях, когда указанный симптом обнаруживается во всех без исключения случаях, чего не бывает при других заболеваниях органов движений, с которыми приходится диференцировать туберкулез суставов.

Из рабочей поликлиники гор. Ульяновска.

К вопросу о лечении привычных вывихов плеча.

Ф. Я. Благовидов.

Глубокоуважаемому Михаилу Осиповичу Фридланду посвящаю скромную работу в честь 25 лет научно-педагогической деятельности.

Вопрос о лечении привычного вывиха плеча не получил еще должного разрешения. То большое внимание, которое уделяется лечению привычного вывиха на страницах хирургической прессы, объясняется тем, что ни один из оперативных способов не гарантирует от возвратов. Все эти способы направлены к одной цели—созданию тормоза, препятствующего выскальзыванию головки из суставной впадины: 1) ушивание связок, суставной капсулы, фасции. 2) создание костной перегородки у края суставной впадины; 3) удлинение клювовидного отростка за счет костных пересадок; 4) создание мышечного тормоза; 5) подвешивание плеча на фасции и т. д. Но общий недостаток их—чрезвычайно длительное послеоперационное лечение и весьма сомнительный в смысле излечения исход. Естественно поэтому, что с оперативными методами вполне заслуженно конкурирует консервативный способ лечения в виде фарадизации с дополнением массажа.

С 1928 г., на основании работ проф. Коротнева, обычная фарадизация стала постепенно вытесняться ритмической фарадизацией, которая, являясь совершенно безболезненной процедурой, вызывает хорошее отжатие венозной крови, свободный доступ артериальной крови, улучшая этим питание и способствуя регенерации ткани. Сокращая мышцы помимо воли, фарадизация не утомляет их, вследствие чередования периода сокращений с периодом покоя. Поэтому имеется возможность делать сеансы длительностью по 40—60 мин. с числом сокращений до 120 в минуту.

Ритмическая фарадизация позволяет получать сокращения каждого мускула в отдельности, тогда как обычная фарадизация утомляет мышцы и иногда вместо гипертрофии дает атрофию. Это очень демонстративно показано на опытах Дебеда, который применял обычную фарадизацию над лапкой одной конечности, ритмическую фарадизацию над лапкой другой и установил атрофию в первом случае и гипертрофию во втором случае.

Сущность ритмической фарадизации заключается в ведении в цепь электрода метронома, который автоматически через равные промежутки времени прерывает ток. Проф. Коротневым сконструирован особый аппарат, дающий возможность, благодаря введению отдельных реостатов, производить одновременно ритмическую фарадизацию по точкам целого ряда мышц с различной электровозбудимостью. Методика ритмической фарадизации по Коротневу следующая: действующий электрод размером 1—2—3 *см* ставится в точках сокращения мышц. По отношению к плечу это будут электроды на четвертом ребре посреди ключичной линии. Второй электрод—на область лопатки. Оба электрода соединяются отрица

тельным полюсом, а третий электрод в 7,5 *см* ставится под ладонь. Таким образом удается сокращать mm. pectoralis major, minor, rhomboideus, teres major и minor, latiss. dorsi, supra- et infraspinata, deltoideus, biceps, triceps. Одним словом двигается все плечо.

Мысль использовать ритмическую фарадизацию для лечения привычного вывиха плеча была проведена в жизнь Зацепиным и Брунштейном, которые опубликовали два случая с хорошим результатом. Шафрай приводит 5 случаев привычного вывиха плеча с хорошим результатом лечения. Наш материал охватывает 6 случаев Из них позволю себе привести наиболее характерные 3 случая.

1. Б-ой И., артист балета, в течение последних 5 лет страдает привычным вывихом левого плечевого сустава. Впервые повреждение получил при падении с высоты. Во время работы чуть ли не ежедневно получал вывих, который больной сам легко вправлял. Лечился несколько лет массажем и обычной фарадизацией и отмечал лишь ухудшение. Больной крепкого телосложения и питания. Хорошо развита мускулатура на обеих верхних конечностях. По динамометру мышечная сила ослаблена на левой руке по сравнению с правой. Назначен на ритмическую фарадизацию ежедневно по 20 мин. Через 4 недели лечения больному не удается произвести вывиха самому, как это он делал раньше. Сила мышечная по динамометру одинакова с правой рукой. Б-ной выписался через $1^1/_2$ месяца в хорошем состоянии. Наблюдали в течение 1 года. Больной, несмотря на прежнюю интенсивность труда, ни разу не получал вывиха.

2. Б-ная машинистка Аф-ая. Страдает привычным вывихом правого плеча, который наступает, обычно, после припадка эпилепсии. Объективно: больная крепкого телосложения и питания. Область правого плечевого свода и мышц правого плеча слегка атрофированы. Ослабление мышечной силы по динамометру. Назначена ритмическая фарадизация ежедневно по 20 мин. После 20 сеансов отмечается нарастание мышечной силы. Мышцы плечевого пояса, в частности дельтовидная мышца, стали более упругими. После 30 сеансов больная выписалась в удовлетворительном состоянии. В течение 2-х лет не было ни одного вывиха, хотя больная неоднократно имела эпилептические припадки.

3. Б-ной К. Диагноз—привычный вывих левого плеча. Болен 2 года. Получил повреждение во время работы. Лежал в больнице с обширным кровоизлиянием в области левого плеча в течение одного месяца. Спустя два месяца после выписки из больницы при подъеме тяжести—вторично произошел вывих левого плеча; за два года было около 15 вывихов. Больной крепкого телосложения и питания. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Состояние мышц хорошее. Мышечная сила не утеряна. Назначена ритмическая фарадизация в течение 1-го месяца по 20 мин. ежедневно. Больного наблюдали в течение 3-х лет. Вывиха больше не было.

На нашем небольшом материале мы берем смелость дать следующие выводы:

1. Ритмическая фарадизация является могучим средством, укрепляющим мышечную ткань, дающим большую экономию в лечении больных, укорачивающим срок выздоровления по сравнению с оперативными методами.

2. Ритмиче кая фарадизация, производимая ежедневно и длительно, не травмирует ткани и не утомляет их.

3. Она может быть применима в послеоперационном периоде.

Из Моск. обл. ин-та травматологии, ортопедии и протезирования. (директор Н. Н. Приоров).

Кровоснабжение менисков коленного сустава и механизм их разрыва.

Т. И. Глинер.

В обычных руководствах по анатомии отсутствует описание кровоснабжения менисков. В клинических кругах имеет место мнение, что мениски лишены сосудов, на том основании, что собственные хрящи сустава также не имеют сосудов. Сторонниками такого мнения являются Муше и Таверные, которые на XXXIV конгрессе французских хирургов заявили, что мениски не могут служить почвой для воспаления и не могут срастаться, так как они не содержат кровеносных сосудов. Габай также считает, что только утолщенная, прилегающая к суставной сумке часть мениска васкуляризируется из сосудов сумки, центральная же часть мениска лишена сосудов.

Для выяснения этого вопроса проф. Геншен исследовал кровоснабжение менисков путем рентгенографии сустава и менисков (отдельно) после инъекции в сосуды контрастной массы и нашел, что вокруг капсульного края мениска проходит параменискальная артериальная сеть, от которой отходят радиально веточки в среднюю часть мениска. Таким образом половина окружности мениска сосудами обеспечена. Передний рог мениска содержит артериальную сетку, входящую в мениск радиально от сосудов капсулы и крестообразных связок. Эта сетка занимает почти всю ширину мениска. Артериальная сетка задней части мениска содержит значительно меньшее количество сосудов. Если разрезать мениск на тонкие вертикальные пластинки, то можно увидеть, что в передних и задних частях его сосуды проходят глубоко, почти до серединного края, в то время как в средней части мениска сосуды проникали на небольшом расстоянии от края. На микроскопических срезах в этих местах инъекционная масса также не проникает.

Такое противоречие в мнениях о кровоснабжении менисков побудило нас проверить собственными опытами эти факты. С этой целью нами производилась наливка сосудов нижних конечностей на трупах с последующей рентгенографией сустава и менисков отдельно. В качестве контрастного вещества мы брали сурик со скипидаром и вазелиновым маслом, которые смешивались до консистенции жидкой сметаны. В нижнюю треть бедра, в бедреную артерию вводилась эта масса до момента, когда введение ее встречало определенное препятствие. Затем бедренная артерия перевязывалась и производились рентгеновские снимки вначале всего коленного сустава, а затем мениски удалялись и отдельно подвергались рентгенографии. Наши опыты на 10 суставах дали нам возможность выявить следующую картину кровоснабжения менисков: у самого края мениска на границе с капсулой имеется довольно развитая параменискальная сеть, дающая отдельные, весьма незначительные артериальные веточки в самую толщу мениска. Оба рога мениска снабжены сосудами очень скудно. При гистологическом исследовании обнаружено следующее: у края прикрепления мениска к капсуле обнаружены сосуды, проника-

ющие в одну пятую часть окружности мениска. В глубину мениска сосуды проникают очень незначительно.

Таким образом можно считать, что кровоснабжение менисков очень скудно.

Механизм повреждения менисков. Первый, кто на основании экспериментов и клинических данных старался научно осветить этот вопрос, был Брунс. Он признавал существование двух суставов: мениско-феморального и мениско-тибиального. В первом суставе происходит сгибание и разгибание коленного сустава, во втором—ротация голени кнаружи и внутрь; когда сгибается колено, то точка соприкосновения бедра с голенью отодвигается кзади и приближается к задней дуге менисков. Если теперь произвести ротацию голени кнаружи, то наружная половина суставной поверхности большеберцовой кости отодвигается кзади, а соответствующий мыщелок бедра кпереди. В это время внутренняя половина б.-берцовой кости отодвигается, наоборот, кпереди, а внутренний мыщелок бедра кзади, причем б. берцовая кость одновременно оттесняет и заднюю часть внутреннего мениска в том направлении. При оттеснении внутреннего мениска кзади произойдет выпрямление его и напряжение капсулы, связанной с ним. Последствием этого будет разрыв капсулы, а мениск, натянутый за пределы своей эластичности, может разорваться в том или другом месте; чаще всего он рвется у места соединения его с капсулой. То же самое должно произойти при ротации голени внутрь, с той лишь разницей, что пострадавшим мениском явится наружный. К такому объяснению механизма повреждения менисков присоединились многие авторы: Фольбрехт, Царадницкий, Шлятер, и оно было господствующим, пока не появилась работа Цуппингера о коленном суставе, отрицающая деление сустава, признаваемое Брунсом. Цуппингер считает, что как ротационные, так и сгибательные и разгибательные движения в коленном суставе происходят только между бедром и б. берцовой костью, а за менисками он признает только значение буферов. Взгляд этот разделяет и Бергман.

К механизму повреждения менисков, указанному Брунсом, Костенко добавляет, что в некоторых случаях присоединяется еще отклонение голени кнутри или кнаружи; при этом, говорит он, происходит „сильное напряжение капсулы и менисков, чем усиливается возможность повреждения их“.

Из других механизмов, ведущих к повреждению менисков, нужно указать на падение на выпрямленные ноги, в результате чего происходит раздробление менисков суставными концами бедра и голени. Шульце объясняет этот механизм повреждения двояко: 1) он считает такое повреждение возможным благодаря напряжению мускулатуры и крепкому прижатию друг к другу мыщелков бедра и голени, как это наблюдается при судорожном сжатии колена; вследствие большого напряжения всего коленного аппарата уклонение менисков в сторону невозможно, а поэтому и происходит их раздробление; 2) такое раздробление возможно из-за резкого перехода из состояния сгибания в сильнейшее выпрямление; это переразгибание может произойти при наступании конечностью с высоты, причем в момент наступания нога не находит себе точки опоры. Кроме этих видов непрямой травмы, ведущих в разрыву менисков, нужно упомянуть о быстром повороте туловища при фиксированной стопе, прыжки и прочие некоординированные движения.

Прямая травма, ведущая к нарушению целости менисков, многими авторами отрицается. К ним относятся Лепехин, Лукьянов и др. Шульце в своей экспериментальной работе признает прямую травму.

Кочев, наблюдавший прямую травму у физкультурников, главным образом у футболистов, отмечает, что в 30% случаев повреждение менисков зависело от прямой травмы: при падении на колени, на лед, при ударе по суставу каким-нибудь спортивным снарядом и т. д. Фридланд также признает прямую травму при разрывах менисков: при ушибе колена об острый край ступеньки, при ударе копытом лошади и т. п. инсультах. Андреезен также упоминает о 8 случаях (из 23-х), появившихся в результате прямой травмы. Мнение это мы подтверждаем и нашими наблюдениями. В 6 случаях из 16 у наших больных разрыв мениска явился результатом прямой травмы, а именно: в 5 случаях—падение на колено и в 1 случае осью телеги ударило больную по внутренней поверхности коленного сустава.

Существование различных мнений говорит о том, что точный и окончательный механизм повреждения менисков еще не выявлен. Две возможности существуют для выяснения этого: 1) тщательно собранный анамнез у больных и 2) экспериментальные исследования на трупах. Анамнез не всегда может служить точным критерием. В статистике Штапфа указано на 12 механизмов, способствующих разрыву менисков, которые можно было вывести на основании анамнеза. Что касается экспериментов на трупах, то получить у них разрыв менисков очень трудно, т. к. отсутствует напряжение мышц и связок и их совместное комбинированное действие. Нехватает той огромной силы, которая происходит при внезапном напряжении мышц, как, например, при угрожающем падении. Безуспешны были попытки многих авторов получить разрыв менисков у трупов (Мандль, Бирхер и др.). Вону и Ора получили надрыв медиального мениска только при одном механизме травмы (из 6 механизмов), а именно—при максимальном сгибании в коленном суставе, ротации кнаружи и внезапном разгибании.

Костенко получил разрывы менисков экспериментально на трупах, причем при травме 56 коленных суставов он получил повреждение менисков 14 раз при непрямой травме, 9 раз—отрыв капсулы от мениска, 3 раза отрыв переднего рога мениска и 2 раза отрыв заднего рога. Разрывы менисков получены им на трупах в возрасте от 40 до 50 лет, у трупов молодого возраста разрыва мениска он не получил. Прямая травма также результатов не дала.

Наши экспериментальные исследования на трупах дали несколько иные результаты. Эксперименты произведены на 50 коленных суставах. Возраст трупов колебался от 6 мес. до 65 лет. По полу: 36 мужчин и 14 женщин. Причина смерти была разнообразна: септический эндокардит, эклямпсия, кровоизлияние в мозг, диспептическая интоксикация и др. Трупы с явными заболеваниями суставов не брались для эксперимента.

Прямая травма была применена 18 раз; она сводилась к нанесению удара тупым орудием по наружной или внутренней поверхности суставной щели коленного сустава при различных углах сгибания коленного сустава.

Первая серия—10 случаев.

Удар приходился по внутренней поверхности суставной щели; угол сгибания—140°.

В результате получено:

1) В одном случае разрыв переднего рога медиального мениска на 3 лопасти. Мужчина 31 г.

2) В одном случае надрыв медиального мениска у внутреннего края. Женщина 24 лет.

3) В двух случаях расслоение мениска по толщине. Мужчины 17 и 19 лет.

4) В одном случае разволокнение мениска. Мужч. 61 г.

5) В одном из этих случаев разрыв мениска комбинировался с трещиной eminentia intercondyl.

Вторая серия—6 случаев.

Удар наносился по наружному краю суставной щели, при согнутом под углом в 140° коленном суставе.

В результате получено:

1) В одном случае надрыв латерального мениска в области переднего рога с одновременной трещиной наружного мыщелка бедра. Женщина 43 лет.

Третья серия—2 случая.

Удар наносился по верхнему краю надколенника, при согнутом под углом 90° в коленном суставе и фиксированной стопе.

Нарушения целости мениска не наступило. Мужчина 27 л., женщ. 15 л.

Непрямая травма применена в 32 случаях.

Первая серия—7 случаев.

Трупы мужские. Возраст: до 10 л.—2, от 30 до 40—1, свыше 40—4.

Механизм травмы:

Колено согнуто под углом 130°, бедро в нижней трети фиксировано к неподвижной стойке. Быстрое сгибание голени и одновременная ротация кнаружи.

Во всех случаях мениски остались целыми.

Вторая серия—5 случаев.

4 мужчин и 1 женщина. Возраст: от 20 до 30 л.—1; от 40 до 50 л.—4

Механизм травмы:

Колено согнуто под углом 140°; бедро фиксировано в нижней трети к неподвижной стойке; быстрое сгибание голени, ротация кнаружи и одновременное разгибание.

В результате в одном случае получился отрыв медиального мениска у заднего рога и расслоение этого мениска по толщине. Мужчина 43 л.

Вторая серия—11 случаев.

10 мужчин и 1 женщина. Возраст: 20—30 л.—4; 30—40 л.—2; 40—50 л.—5.

Механизм травмы:

Колено разогнуто, бедро фиксировано в нижней трети, резкое отведение голени.

В результате:

1) 4 случая отрыва медиального мениска от капсулы на всем протяжении. Все мужчины: 1—23 г., 1—34 г., 2—43 г.

2) Один случай неполного отрыва медиального мениска от капсулы. Мужчина 46 лет.

3) 1 сл. разволокнения медиального мениска у заднего рога. Женщина 46 лет.

В этой серии в 2-х случаях мы получили надрыв передней крестообразной связки и в одном случае—разрыв внутренней боковой связки.

Четвертая серия—9 случаев.

3 мужчин, 6 женщин. Возраст: 20—30 л.—4; 30—40 л.—2; 40—50 л.—3.

Механизм травмы:

Колено разогнуто, бедро фиксировано в нижней трети, резкое приведение голени. Мениски остались целыми во всех случаях.

На основании вышеизложенного можно притти к следующим выводам:

1) Кровоснабжение мениска ограничивается параменискальным краем и вглубь мениска не проникает.

2) Прямая травма коленного сустава часто ведет к нарушению целости ткани мениска.

3) Непрямая травма коленного сустава в большинстве случаев ведет к отрыву мениска от капсулы и редко ведет к нарушению целости ткани мениска.

Из ортопед. травматологического отделения Моинтоп'а (завед. отд. и директор института доц. Н. Н. Приоров).

125 подвертельных остеотомий бедра.

М. Д. Михельман.

Представляемый материал однороден по своему этиологическому фактору и касается анкилозов тазобедренного сустава после туберкулезного коксита, подвергшихся консервативным методам лечения или не леченных вовсе. Несомненный интерес представляло бы сопоставление количества имеющихся у нас анкилозированных в функционально порочном положении конечностей к числу тех туб. кокситов, исходом которых было клиническое выздоровление при частичных или полностью сохранившихся движениях. Но мы лишены этой возможности, так как больные поступали из различных областей, и мы не располагаем сведениями о численности подобных больных в этих районах. Если же обратиться к литературным данным, выявляющим процент исхода туберкулезного поражения тазобедренного сустава в анкилоз, то наталкиваешься на разноречивые указания ряда авторов, что следует, повидимому, объяснить, в одной части, сомнительной достоверностью установленного диагноза, в другой—неоднородностью клинических форм и различными методами лечения. Так, по Брунс-Вагнеру анкилоз после туб. коксита наблюдался им в 64%; Кек приводит цифру 74,7%, М. Ланге—50%, Краснобаев—28% и клиника Корнева 70—75%. Тщательно собранный анамнез среди наших больных выявляет чрезвычайно пеструю картину течения процесса и примененных лечебных мероприятий. В 12,8% (16) больные пользовались санаторной помощью, в 16% (20) не было проведено систематического лечения и наблюдения, гипсовые повязки накладывались на короткие сроки, больные бесконтрольно отягощали пораженный сустав и в 71,2% (89) не было проведено никакого лечения. Невольно напрашивается вывод, что оставшиеся после затихания заболевания стойкие деформации обусловлены либо предоставлением больного самому себе, либо недостаточным или неправильным лечением. Своевременно принятыми профилактическими мероприятиями, направлением больного для диспансерного наблюдения и лечения, внедрением специальных знаний среди широкой массы врачей мы можем при туберкулезе тазобедренного сустава привести конечность в положение, наилучшее для будущей ее функции, и избавить больного от необходимости перенести корригирующую операцию.

С какого же типа невыгодными для больного положениями нижней конечности мы встретились?

Положение, приобретаемое н. конечностью при туберкулезном коксите, феномен сложный, зависящий от целого ряда факторов; характер деформации при фиброзном или костном анкилозе находится прежде всего в связи с предшествовавшими им соответствующими контрактурами, в объяснении которых нет еще единства. По мнению Мартина и Коллино абдукция наступает в результате первичного поражения синовиальной оболочки, а аддукция—при распространении процесса на кость. Сторонники механической теории видят в эксудате основу для появления контрактуры. Колячек, исходя из аккомодационной теории, объясняет абдукцию как положение наиболее выгодное и приспособленное для ходьбы, а аддукция служит для уравновешивания здоровой стороны. По Фридлендеру главнейшими факторами в образовании контрактуры являются атрофия мышц, их функциональная недостаточность и поражение того или иного отдела суставной капсулы. Т. П. Краснобаев придерживается объяснения контрактуры в начальном периоде как защитно-рефлекторного тонуса мышц в ответ на боли; в дальнейшем вступает в свою роль нагрузка и неравномерная недостаточность мышечных групп, с возможными в них процессами сморщивания и перерождения. По Пайеру вследствие поражения капсулы наступает рефлекторный гипертонус близлежащих мышц, содействующих искривлению конечности, а Чмарке доказал экспериментально, что впрыскиванием раздражающих веществ в коленный сустав вызывается резкое повышение тонуса четырехглавой мышцы бедра, исчезающее после новокаиновой анестезии сустава

Каждый случай анкилоза имеет в своем течении индивидуальные особенности, поэтому бывает временами чрезвычайно трудно обосновать данный вид деформации только одной из приведенных теорий. Среди наших больных мы встретились с анкилозом тазобедренного сустава в положении приведения в 95,9% и только в 4,1% в отведении, и такая преобладающая частота аддукционного положения совпадает с данными других статистик.

Старое положение, что лучшим исходом туберкулезного коксита является неподвижность его, наиболее гарантирующая больного от возможных вспышек в будущем и болевых ощущений, не потеряло до сих пор своего значения. Тем не менее больные с неподвижностью в тазоб. суставе, обращающиеся за оперативной помощью, нередко жалуются на боли при ходьбе. Причины этих болей могут быть заложены в самом суставе, или их надо искать в нарушениях всей кинетической цепи, которая претерпевает значительные изменения. Это прежде всего относится к пояснично-крестцовой и вышележащим частям позвоночника. Кифоз, заменяющий физиологический лордоз при положении полного разгибания анкилозированного сустава, лордоз при положении сгибания под углом и сколиоз при некомпенсированном укорочении конечности предъявляют повышенные динамические требования к мышцам спины, межпозвоночным дискам и в первую очередь люмбо-сакральному сочленению. Отсюда недостаточность, быстрая утомляемость, иногда сопровождающиеся корешковыми болями. Чрезмерная нагрузка здоровой ноги может вызвать ряд объективных жалоб со стороны последней и болезненность в коленном суставе на больной стороне вследствие genu valgum, отмеченного нами в 10% случаев.

Эти болевые симптомы должны быть с достаточной отчетливостью выявлены и строго диференцированы с болями, возникшими за счет изменений в тканях самого сустава.

В последнем случае боли могут привести нас к распознаванию как бы замаскированного, благодаря гипертонусу мышц, анкилоза, т. е. к выявлению тугоподвижности сустава. У больного, подвергнутого исследованию под общим наркозом, удается при расслабленной мускулатуре определить объем сохранившихся в суставе движений, диагносцировать наличие фиброзных тяжей между суставными поверхностями, не полностью спаянных между собой. Практическое значение такой находки огромно. Произведенная в подобном случае остеотомия и сопутствующие ей траекториальные изменения настолько отягощают проксимальный отломок, что может наступить надрыв или разрыв фиброзных спаек с последующим подвывихом дистального фрагмента по отношению к участку первоначальной фиксации, а это угрожает вспышке процесса.

Поэтому необходимо в подобных случаях более строго ставить показания к остеотомии, предпочитая предварительный внесуставной артродез и последующее подвертельное рассечение кости для устранения деформации конечности.

Вторая жалоба, проходящая красной нитью почти во всех историях болезни, это—на хромоту, в основе которой лежит укорочение конечности, редко—удлинение. При анкилозе в разогнутом положении укорочение может быть едва заметным, и оно нарастает по мере увеличения угла сгибания и степени расстройств роста кости, которые должны быть тесно увязаны как с непосредственным воздействием процесса на ростковую зону, так и относительной бездеятельностью конечности с нарушением мышечного и костного кровообращения. Чем ближе к детству относится начало туберкулезного заболевания, тем резче может быть выражено укорочение, достигающее во взрослом состоянии 2—5 *см* и более. Если к этой величине прибавить функциональное укорочение, вызванное контрактурой, то степень его при ходьбе достигает 10—15 *см* и в одном нашем случае 32 *см*. При этом обращает на себя внимание следующий парадоксальный факт: иногда одинаковая форма анкилоза под одним и тем же углом и приблизительно равноценные изменения в длине со стороны костей конечности не дают в итоге одинакового статического укорочения. Так, например, у б-ой Забоевой, 24 л., с анкилозом лев. тазоб. суст. под угом 90° и приведенной конечностью укорочение отмечено 4 *см*, у б-ой Ивановой, 22 л., при анкилозе лев. таз. суст. под углом 90° и резким приведением укорочение достигало 12 *см*. Эта разница не может найти себе объяснение только в пат.-анатомических факторах, причины находятся в индивидуальных способностях б-го к приспособлению, в неодинаковой подвижности позвоночника, берущего на себя функцию выпавшего тазобедренного сустава, в различной величине физиологического лордоза. Отсюда очевидны и пределы нашей эфективности после остеотомии, о чем речь еще будет ниже.

В цепи компенсаторных вторичных деформаций скелета при анкилозе тазоб. сустава принимает участие и таз. Наклоняясь вперед и в сторону и претерпевая значительные форматиные изменения, он вызывает наряду с косметическими дефектами нарушения некоторых физиологических функций у б-х обоего пола, особенно у женщин.

Отметив только важнейшие уклонения от нормальной статики и динамики скелета, сопутствующие анкилозу таз. сустава, мы опускаем другие функциональные нарушения, которые могут быть распознаны путем подробного изучения раздетого донага б-го во время ходьбы и покоя, при раздевании, одевании, сидении, поднятии на лестницу и т. д. Точно выяснив таким образом картину всех патологических проявлений, мы приступаем к возможному оперативному их устранению. Перед операцией необходимо более или менее точно объяснить больному пределы возможной коррекции, исходя не только из субъективных жалоб и объективных изменений, но приняв во внимание также его профессию. У части опрошенных нами больных мы получили следующие замечания: „я ожидала от операции больше", в то время как оценка с точки зрения отдаленного результата после операции на наш взгляд хорошая.

Из 120 наших больных, 105 занимались учебой, тяжелой физической работой, умственным трудом, и поэтому мы в ряде случаев отказывали больным в операции, опасаясь понижения их трудоспособности. Приведу пример:

Б-ой Михайлов, 27 л., скрипач, поступил 11/XI 33 г. с жалобой на хромоту и быструю утомляемость при ходьбе. Болен с 8 лет, когда впервые появились ноющие боли в прав. тазоб. суставе, постепенно усиливающиеся; через 1 год появились 2 свища на передней и наружной поверхностях бедра, закрывшиеся спустя $^1/_2$ года. Б-ой лечился перевязками, ходил на костылях, конечность к 10 годам была согнута в тазобедр. суставе. При осмотре: прав. нижняя конечность согнута под углом 100°, приведена; лордоз поясничной части позвоночника; активные и пассивные движения в тазобедр. суставе отсутствуют; укорочение 8 *см.* На рентгенограмме: анкилоз тазоб. сост. вследствие бывшего туберкулезного коксита. Учтя возможность возникновения затруднений, могущих появиться после операции при сидении на разогнутой конечности, мы отклонили операцию.

Всего остеотомий нами произведено 125 на 120 б-ных. Анестезия, как правило, проводилась спинномозговая (84), общий наркоз (41) был дан преимущественно детям или взрослым при наличии особых показаний. Воспалительные осложнения со стороны раны наблюдались 2 раза (1,6%), в одном случае (0,8%) смерть наступила при явлениях септического остеомиелита, у остальных больных послеоперационный период протекал гладко, при среднем количестве 40—50 койко-дней. Вне зависимости от примененного способа, остеотомии производились при бережном отслаивании надкостничного футляра и провизорном лигировании краев его, что давало возможность при зашивании раны скорее и плотнее привести в соприкосновение надкостницу с отломками.

В стремлении устранить сгибательную контрактуру мы избегали положения полного разгибания в тазобедренном суставе и оставляли конечность под углом сгибания 15—20° во фронтальной плоскости; там же, где выпрямление конечности, несмотря на предпринятые предосторожности, все же сопровождалось угрозой соскальзывания отломков, мы этапными гипсовыми повязками, через 14—18 дней, после операции начинали добиваться наиболее выгодного положения. Вопрос размера угла отведения дистального отломка не всегда прост; в большинстве, отводя конечность на-глаз на 40—45°, мы убеждались, что в ряде случаев оно оказывается чрезмерным, и поэтому во избежание связанных с большой абдукцией функциональных расстройств необходимо прибегать для точного вычисления угла отведения к способу Момзена или Хлюм-

ского. Накладывая после подвертельной остеотомии гипсовую повязку на всю конечность с тазовым поясом, мы на 6-ой неделе срезаем повязку выше коленного сустава и лишь через полгода освобождаем больного от глухой повязки, считая, что более короткие сроки и ранняя нагрузка могут повести к рецидиву (табл. 1).

Таблица 1.

Остеотомии:

Межвертельная	2	Косая с вклинением	11
По Репке	7	Клиновидная	24
Поперечная	53	Шарнирная	2
Косая	25	По Байеру—Лоренцу	1

Как видно из приводимой таблицы 1, наиболее частым способом подвертельной остеотомии (53 сл.) была поперечная по Ганту на уровне тотчас под малым вертелом с предварительной миотомией аддукторов. Устранив контрактуру приводящих мышц, легче избежать соскальзывания отломков по длине; смещение же дистального отломка в сторону при условии сохранения частичного соприкосновения не влияет ни на течение, ни на результат операции. В тех же случаях, где наступила полная дислокация нижнего фрагмента ad latus, благодаря высокому уровню остеотомии, сращенные отломки занимали положение, близкое по форме к остеотомии по способу Лоренца, с хорошими отдаленными результатами. Показанием к поперечной остеотомии служили анкилозы тазобедр. сустава под углом 120—130° при наличии приведения в пределах 25—35°. По мере увеличения угла сгибания до прямого или острого угла мы предпочтительнее прибегали к косой остеотомии во фронтальной или горизонтальной плоскостях (28 случ.), причем 4 раза было применено скелетное вытяжение с целью добиться удлинения конечности. Попутно укажу, что даже большие грузы—до 16 *кг* не давали заметного эфекта в смещении периферического отломка в дистальном направлении. В 15 случ. косой остеотомии прочное соприкосновение отломков было достигнуто вклинением заостренного периферического отломка в костномозговую полость центрального. Сочетание сгибательной контрактуры с резким приведением бедра поддавалось устранению клиновидной остеотомией с основанием клина, обращенным кнаружи (24 сл.). Большой простор для коррекции деформации дает остеотомия по Репке, в чем мы убедились, произведя ее 7 раз.

Давая оценку тому или другому виду остеотомии, первоначальная техника которой, несмотря на свою значительную давность со времени Бартона до сих пор еще подвергается ряду модификаций, можно притти к выводу, что, повидимому, нет полной удовлетворенности у оперирующего, главным образом, потому, что не всегда исключена возможность дислокации переломанной кости тягой мышц или смещением отломка при наложении гипсовой повязки, подъеме б-го на тазодержатель или при неправильном удерживании конечности при фиксации гипсом. И поэтому в тех случаях, где эта наклонность к соскальзыванию имеет место, несмотря на ряд принятых профилактических в вышеуказанном смысле мер, желательно избегнуть его, прибегая к методу вклинения заострен-

ного дистального конца в костномозговую полость центрального, как наиболее простому. К более сложным способам (Винцента, Момзена, Козловского) нам не приходилось прибегать, но считаем, что в соответствующих случаях, при правильно поставленных показаниях, они могут быть использованы.

В настоящее время мы пользуемся столом Никифоровой, представляющим значительные удобства при накладывании повязки после остеотомии.

Перехожу к отдаленным результатам со сроком наблюдения 1—4 года. Осмотру подверглись 38 больных, и ответы на посланные анкеты получены от 13 б-ных. Для суждения о степени улучшения после операции мы полученные результаты подвели под оценку „хорошо", „удовлетворительно" или „плохо", разумея под первой—хороший анатомический и функциональный исход, под второй—недостаточное устранение деформации или не удовлетворяющую полностью больного возможность пользоваться конечностью, и под третьей—наличие исходного до операции положения или ухудшения.

В 41 (80,4%) случае с оценкой „хорошо" у больных были устранены бывшие до операции укорочения на 50—75%, боли исчезли, значительно уменьшен лордоз, походка резко улучшилась, и в удовлетворяющей б-ных мере ликвидированы косметические дефекты. На рентгенограммах у этих больных восстановление костной архитектуры настолько совершенно, что с трудом удается распознать место бывшего распила, а где отломки оставались смещенными, рисунок кости на месте консолидации представлял собою сложный переплет костных балок в соответствии с направлением силы нагрузки конечности. Но и среди этой группы повторно обследованных, несмотря на отличные субъективные оценки, приходилось отмечать иногда некоторые затруднения при самообслуживании, особенно при одевании чулок и обуви. Привожу пример:

Б-ая Трофимова, по профессии колхозница до операции, а теперь учащаяся на счетоводных курсах, на вопрос довольна ли она операцией ответила: „очень, на меня больше не показывают пальцем"; между тем выпрямленная конечность заставляет больную пользоваться только обувью без шнуровки и застежек, так как она с трудом может достать рукой передний отдел стопы. К условиям прежней профессии больная склонна была бы после операции считать себя малопригодной, но возможность перемены професии благодаря учебе, делает больную полезным членом общества и вполне довольной операцией.

В отношении сроков восстановления трудоспособности приходится отметить некоторую пестроту: учащиеся приступали к занятиям через 2—4 м-ца, рабочие и служащие—через 2—12 м-цев, причем 2-х б-х, несмотря на возможность начать работу, администрация не допускала в виду ношения гипсовых повязок.

6 раз (11,7%) мы могли дать оценку только „удовлетворительно", вследствие двух основных недостатков: 1) незначительно сохраненный угол сгибания в тазобедренном суставе и отсутствие достаточной способности больного к новым статическим условиям крайне затрудняли сидение. 2) genu valgum—нерезко выраженное и безболезненное до операции вальгированное колено иногда становится более заметным и болезненным после вмешательства. В 2 наших сучаях, где эти симптомы становились очень тягостными, больным было произведена клиновидная надмыщелковая остеотомия.

В графу „плохо“ вошли 4 больных (7,9%). Первая, Ерошина, осталась крайне недовольной операцией в виду того, что в области операционного рубца открылся свищ, при постепенном укорочении конечности. Ряд нареканий получен от больной Вайнберг, у которой после остеотомии наступило кажущееся удлинение конечности вследствие чрезмерного отведения, что в значительной мере ухудшало походку больной и, наконец, у б. Гельверовой и б. Глушковой положение конечности после операции приближалось к исходному.

Выводы: 1. Эфективность подвертельной остеотомии при анкилозе тазобедр. сустава туберкулезной этиологии делает ее операцией выбора.

2. Выбор метода и показания к остеотомии должны быть индивидуализированы.

3. Соскальзывание отломков после остеотомии, часто ухудшающее результат операции, должно быть предотвращено.

4. При тугоподвижности тазобедр. сустава после туб. коксита остеотомия без внесуставного артродеза может вызвать вспышку процесса.

5. В целях предупреждения рецидивов фиксацию тазобедр. сустава после остеотомии следует проводить в срок до $^1/_2$ года.

Из Московского областного института травматологии, ортопедии и протезирования (директор института и зав. ортопедо-травматологическим отделением доц. Н. Н. Приоров).

К оперативному лечению паралитической пяточной стопы.

Е. А. Липкина.

За последние годы вопросу этиологии, патологической анатомии и оперативного лечения р. с. р. (pes calcaneo-paralyticus) стали уделять внимание в русской и иностранной литературе.

Предложено было не мало операций, часто нерациональных и калечащих. Некоторые ортопеды продолжают применять почти всеми оставленные, не дающие никакого функционального результата операции. Мы поставили себе задачу систематизировать и оценить все предложенное до сих пор при лечении р. с. р. и уточнить показания к тому или иному оперативному методу, основываясь на прошедшем через МОИНТОП материале.

По старинной классификации Николадони встречаются:

1) Pes calcaneus sursum flexus, когда стопа находится в резкой дорзальной флексии, с пальцами, обращенными кверху. Это чаще врожденная или приобретенная в результате травмы деформация, а также и паралитическая стопа в первые месяцы после заболевания.

2) Pes calcaneus sensu strictiori (р. с. в строгом смысле)—когда деформация является следствием детского паралича, пятка отвисает, подошвенная флексия отсутствует.

Деформация эта встречается нечасто. По Гоффа она составляет 0,62% всех деформаций стопы, по Ланге—4,1%.

Все наши случаи—26 чел. (за 5 лет) являются чистой паралитической пяточной стопой (р. с. р. sensu strictiori).

Несколько слов о патогенезе и патологической анатомии р. с. р. Она является одной из наиболее тяжелых деформаций стопы. Основная причина ее возникновения—парез или паралич икроножной мышцы, обусловленный избирательным поражением клеток передних рогов спинного мозга при болезни Гейне-Медине. Функциональное выпадение икроножной мышцы влечет за собой первичные элементы р. с.—отвисание пятки и отсутствие подошвенного сгибания. Подобная стопа еще нерезко деформирована, скелет ее пока не изменен, внешняя форма близка к нормальной. Ахиллово сухожилие не обрисовывается в виде мощного тяжа, с углублениями по бокам—почему контуры голени в ее нижней трети сзади представляются как бы сглаженными. Со временем (через 2—3 месяца) присоединяется целый ряд вторичных изменений. Ахиллово сухожилие сильно растягивается, пятка резко отвисает. При ходьбе пальцы почти не касаются пола, б-ной опирается только на пятку. Чтобы создать хоть какую-либо опору для переднего отдела стопы в момент ее „отслаивания" от почвы, б-ной стремится опустить пальцы к почве и достигает это сокращением коротких подошвенных сгибателей стопы. Постоянное натяжение ведет к гипертрофии этой группы мышц, что обусловливает опускание переднего отдела стопы: она как бы перегнута пополам—в средней своей части свод ее резко увеличен. Наступающее со временем укорочение подошвенного апоневроза еще больше способствует закреплению большого свода. Пяточная кость поворачивается вокруг своей фронтальной оси таким образом, что бугор ее опускается книзу, а в тяжелых случаях—почти перпендикулярно к плоскости опоры.

С внешней стороны стопа укорачивается, пятка расплющивается, покрывается плотной омозолелой кожей. Такую стопу можно сравнить со „стопой китаянки". Если к выпадению икроножной мышцы присоединяется выпадение и перонеальной группы мышц—получится р. с. varus; наоборот, при выпадении передней большеберцовой м. и разгибателя 1-го пальца—р.с. valgus. Здесь мы уже имеем поворот пяточной кости и вокруг саггитальной оси, причем р.с. valgus встречается чаще.

В случае функционального выпадения всех мышечных групп голени—к описанным деформациям присоединяется еще и резкая разболтанность в голеностопном суставе, отпадание стопы.

Перечисленных элементов деформации достаточно, чтобы представить себе, какие глубокие нарушения статики и функции стопы имеют место при р. с. р. Походка делается неровной, спотыкающейся, больной не „отслаивает" и не „перекатывает" стопу, как в норме, а пользуется ею как пассивным рычагом. Обычно такие больные сильно стучат пятками, ходят хотя и быстро, но плохо, с большим трудом преодолевают возвышенности и лестницы и быстро устают.

Большое значение имеет профилактика пяточной стопы. Рекомендуется сразу же после заболевания полиомиелитом с поражением икроножной мышцы начать физиотерапию и гимнастику стопы; часть уцелевших волокон икроножной мышцы можно вернуть таким образом к жизни. Одновременно с этим лечением необходимо применение специальной шинки, предохраняющей стопу от развития деформации. Мы рекомендуем заднюю гипсовую шинку при легкой подошвенной флексии стопы. Уже этой простой мерой можно предохранить Ахиллово сухожилие от перерастяжения. Для ходьбы мы применяем в случае необходимости шинно-гильзовый ап-

парат до колена, с шарниром в голеностопном суставе и задней резиновой тянкой. Упомяну еще об аппарате Юдсона, представляющем собой кожаную заднюю шинку с шарнирами в голеностопном суставе с ограничением тыльного сгибания стопы. В более легких случаях применим ортопедический ботинок с боковыми шинками, супинатором и задней эластической тягой. Применяя все эти аппараты, мы до некоторой степени предупреждаем развитие уродующих стопу деформаций и пользуемся этим как консервативным методом лечения. К сожалению, на практике профилактические мероприятия по поводу р. с. р. проводятся далеко нечасто, и поступающие в ин-т больные имеют обычно уже резко выраженную деформацию.

Методы лечения р. с. р. можно разбить на две основные группы— *1) консервативные и 2) оперативные.*

К 1-й группе относятся физиотерапия и гимнастика стопы, протезирование шинно-гильзовым аппаратом и редрессация стопы—как более активный метод. Редрессация сводится к исправлению деформации, главным образом увеличенного свода стопы, вручную. Конечно, полностью устранить деформацию скелета при р. с. р. бескровным путем очень трудно, поэтому, как основной метод, редрессация—неприменима, но в некоторых случаях показана, как предварительная операция перед другими операциями на скелете стопы.

Операции второй группы в свою очередь делятся на: 1) операции на мышцах и 2) операции на скелете стопы.

Исходя из того обстоятельства, что основной причиной р. с. р. является функциональное выпадение икроножной мышцы, операции первой группы сводятся к пересадке сухожилий здоровых мышц голени в помощь или для замены парализованной. Остановимся на наиболее принятых методах мышечной пластики.

Нильсон пересаживает сухожилие длинной малоберцовой мышцы к Ахиллову сухожилию с латеральной стороны и сухожилие сгибателя 1-го пальца с медиальной стороны. Бартос рекомендует присоединить к этому перерезку короткого сгибателя пальцев и подошвенного апоневроза стопы. Кроме повышения функции Ахиллова сухожилия он стремится этим достигнуть уплощения свода стопы.

Вульпиус пересаживает к Ахиллову сухожилию, как и Нильсон, длинную малоберцовую мышцу и сгибатель 1-го пальца и, кроме того, укорачивает Ахиллово сухожилие при легкой подошвенной флексии стопы.

Кодивилля отделяет сухожилие передней большеберцовой мышцы и разгибателя 1-го пальца у места прикрепления, проводит их межкостно на заднюю поверхность голени и подшивает к Ахиллову сухожилию вместе с сухожилием длинной малоберцовой мышцы.

Ланге считает особенно желательным использовать для пластики сухожилие длинной малоберцовой мышцы, которое, по его мнению, в значительной степени способствует экскавации свода стопы, и после операции—выключается. В случае выпадения всех мышц голени Ланге фиксирует пяточную кость шелковой ниткой к б. берцовой кости, чем устраняет поворот пяточной кости книзу и кпереди.

Нейштадт в своей обширной работе 1929 г., рассматривая различные методы пересадки мышц и оценивая свои результаты, рекомендует при р. с. р., кроме пересадки длинной малоберцовой мышцы и разгибателя

1-го пальца к Ахиллову сухожилию, иногда пересаживать разгибатель 1-го пальца под головку 1-й плюсневой кости с целью уплощения свода стопы. Как и другие авторы, Нейштадт накладывает гипсовую повязку после операции на 3-4 недели и ставит обязательным условием в послеоперационном периоде применение электризации, массажа, гимнастики, с последующим снабжением шинно-гильзовым аппаратом или ортопедической обувью. В 45% автор получил хорошие результаты. Через 6 лет он отмечает в некоторых случаях хорошую функцию пересаженной мышцы и усиление подошвенной флексии стопы. Несмотря на все эти положительные данные, автор все же говорит, что известная степень деформации при р. с. р. сохраняется и после пересадки; результаты несравненно лучше, если предварительно произвести остеотомию пяточной кости.

Куслик в 1931 году предложил фиксировать сухожилие пересаживаемой длинной малоберцовой мышцы в костном канале, который предварительно просверливается на уровне пяточного бугра, в косом направлении (сверху вниз, снаружи внутрь). Таким образом, пяточная кость как бы подвешивается на сухожилии. При р. с. varus направление канала обратное.

Простое укорочение Ахиллова сухожилия, или резекция участка его с последующим сшиванием при подошвенной флексии стопы, изолированно не применяется, а лишь в комбинации с пересадкой мышц.

Оценивая операции на сухожилиях, можем сказать, что хотя все они и направлены к одной цели—заменить или укрепить икроножную мышцу—они все же при р. с. р. sensu strictiori полностью себя не оправдывают. Две—три пересаженные мышцы не могут целиком взять на себя функцию мощной икроножной мышцы. Кроме того, при одновременном выпадении других мышц голени мы часто не имеем ценного материала для пересадки.

Вообще известно, что без предварительного исправления скелета стопы одна мышечная пластика не устранит деформации, особенно при р. с. р., где как раз налицо резкие анатомические изменения. Согласно литературным данным большинство ортопедов за последние годы применяет мышечную пластику в комбинации с операциями на костях стопы.

В качестве костно-пластического метода ряд ортопедов—Гоффа, Вульпиус, Кодивилля—применяет *косую остеотомию* пяточной кости по Гоффа на уровне бугра, со сдвигом последнего кзади и кверху и фиксацией его гвоздем. Одновременно укорачивается Ахиллово сухожилие. Этим путем корригируется продольная ось пяточной кости.

В свою очередь Ланге, наблюдавший случаи остеомиелита с длительно незаживающими свищами, предостерегает от увлечения этой остеотомией, считая гвоздь далеко не безразличным фактором.

Далее, предложена *клиновидная остеотомия*, на уровне таранно-ладьевидного сочленения, или в области пяточной кости (Нейштадт, Джонс): иссекается клин, обращенный основанием к тылу, также для восстановления статики стопы.

Операция Яроса на костях голени при р. с. р. не получила распространения. Она состоит в клиновидной юкстаэпифизарной остеотомии б. берцовой кости, с основанием клина кзади и одновременно — надмыщелковой остеотомии м. берцовой кости. Цель операции—устранить опущение пятки и восстановить правильную продольную ось пяточной кости.

В случаях выпадения всех мышечных групп голени, при резком отпадании стопы и разболтанности голеностопного сустава — применяется *артродез* его и, в менее тяжелых случаях, — *артрориз* — с целью выключения или лишь ограничения движений стопы (Уолшам, Ситенко).

Совершенно особую группу составляют костные операции, направленные к удлинению заднего плеча двуплечего рычага, каковым является стопа. К более длинному рычагу, для выполнения одной и той же работы, требуется приложение меньшей силы. Удлинение заднего плеча достигается переносом вилки голеностопного сустава кпереди и сдвигом стопы кзади. Это дает возможность функционировать растянутому парализованному Ахиллову сухожилию, в котором всегда сохраняется некоторое количество неповрежденных волокон.

Для этой группы, правда, не совсем типична операция, которую предложил Шанц—так называемый „люксационный артродез". Она производится следующим образом: через латеральный и медиальный дугообразные разрезы вскрывается голеностопный сустав, удаляется его хрящевой покров, на шейке надпяточной и ладьевидной костей приготовляется ложе для б. берцовой кости. Вилка голеностопного сустава переносится кпереди, плотно осаживается на костях предплюсны и фиксируется 2-мя гвоздями (косо) через б. берцовую кость при легкой подошвенной флексии стопы.

Операция Дэна состоит из клиновидной остеотомии на уровне костей предплюсны (сочленения надпяточной и ладьевидной костей), ладьевидная кость удаляется, перерезаются связки между надпяточной и пяточной костью, стопа смещается кзади так, что головка надпяточной кости прилегает непосредственно к клиновидным костям.

Сущность операции Дэвиса—в том, что после остеотомии на уровне сочленения надпяточной и пяточной костей, доходящей до клиновидных костей, стопа сдвигается кзади.

Уитман предложил при р. с. р. экстирпировать надпяточную кость. Его операция получила название—„астрагалектомия". Техника ее следующая: латеральным кожным разрезом, огибающим наружную лодыжку, обнажается надпяточная кость, отделяется от б. берцовой и пяточной костей и удаляется. Удаляется хрящевой покров с суставной поверхности б. берцовой кости, отделяются мягкие ткани в области пяточной, ладьевидной и кубовидной костей. Стопа сдвигается кзади, а вилка голеностопного сустава — кпереди и по возможности плотно осаживается на приготовленное место, таким образом, что б. берцовая кость своим передним краем касается ладьевидной; наружная лодыжка латеральной поверхности кубовидной и, отчасти, пяточной костей, внутренняя лодыжка находится над передним отростком пяточной кости, между ладьевидной костью и sustentaculum tali. Если вилка голени недостаточно широка и плохо осаживается, то долотом обтачивают слегка обе лодыжки с внутренней поверхности. Сухожилия перонеальных мышц, для облегчения доступа к надпяточной кости, перерезаются в начале операции, а затем укорачиваются и сшиваются. Если они хорошо функционируют, их можно подшить к Ахиллову сухожилию. Швы на мягкие ткани и на кожу наглухо. Гипсовая повязка при положении стопы в легкой подошвенной флексии.

Описанные операции несравненно эфективнее операций 1-й группы, т. к. все они направлены к исправлению скелета стопы.

Косая остеотомия пяточной кости широко применяется при р. с. р. в Германии, судя по литературе, с хорошими результатами. По поводу иссечения дорзального клина из костей предплюсны раздаются голоса, предупреждающие от увлечения этой операцией, т. к. многими отмечены после нее рецидивы деформации. Сказанное можно отнести и к операциям Дэна и Дэвиса. Артродез и артрориз голеностопного сустава показаны в отдельных случаях, при резком отпадании стопы и отсутствии боковых поворотов ее (р. с. varus и р. с. valgus). Люксационный артродез Шанца направлен лишь к ограничению отпадания стопы и удлинению заднего плеча рычага стопы, деформация скелета стопы остается без перемен. Повидимому, он может быть показан в тех же случаях, как и артрориз.

Операция Уитмана—астрагалектомия при р. с. р. получила широкое распространение. В Америке ее вообще применяют при различных деформациях стопы (при тяжелой врожденной косолапости, конской стопе и деформациях стопы после травмы). Автор отмечает среди своих больных в 85% случаев хороший результат. В детском возрасте, по его наблюдениям, результаты всегда лучше.

Астрагалектомия имеет следующие преимущества:

1) удалением надпяточной кости в значительной степени исправляется деформация стопы, особенно в случаях р. с. valgus и р. с. varus;

2) вследствие постоянного давления сверху смещенной голени постепенно уплощается увеличенный свод стопы;

3) в неатрозе между б. берцовой костью и костями предплюсны (ладьевидной и пяточной) сохраняются движения в очень небольшом объеме, прежняя разболтанность голеностопного сустава устраняется;

4) переносом вилки голеностопного сустава вперед удлиняется заднее плечо двуплечевого рычага—стопы, чем создаются лучшие условия для работы Ахиллова сухожилия. Даже в случае паралича икроножной мышцы, среди массы пораженных, недеятельных волокон найдутся уцелевшие, которые при создании подходящих условий могут начать функционировать.

Возникает вопрос—не сказывается ли экстирпация надпяточной кости на статике стопы? Ибо известно, что надпяточная кость является своего рода „замком свода стопы“, передающим и распределяющим всю тяжесть тела на стопу.

Вопрос о статике стопы после астрагалектомии чрезвычайно обстоятельно разработан в статье Адаместани (Kerru d'ortopedie № 4, 1934 г.). Автор рассматривает различные варианты установки вилки голени после удаления надпяточной кости и экспериментально изучает все изменения в распределении тяжести тела на стопу. Он приходит к заключению, что наиболее выгодной является установка вилки голени кпереди от sustentaculum tali, т. е. как раз так, как это предлагает Уитман. В этом положении сохраняется большинство нормальных статических условий и нет основания к образованию вторичных деформаций. Изучая ряд стоп после астрагалектомий на трупном материале, автор отмечает образование фиброзного неартроза между большеберцовой и пяточной

костью и ладьевидной, причем на месте соприкосновения большеберцовой с ладьевидной костью и наружной лодыжки с кубовидной костью образуется подобие суставной фасетки. Автор подчеркивает, что у детей результаты после астрагалектомии получаются даже лучшие, чем у взрослых, но только при условии, если операция не произведена до начала окостенения ладьевидной кости. Будучи еще хрящевой, последняя не в состоянии выдержать предъявленной к ней нагрузки со стороны б. берцовой кости. Таким предельным возрастом надо считать примерно 6—7 лет.

Во всех случаях получалось укорочение голени от 1 до 3 *см*—не более 3 *см*, что не имеет большого практического значения.

Обратимся после сказанного к анализу нашего клинического материала. Через ортопедическое отделение МОИНТОП'а за 5 лет прошло 26 случаев паралитической пяточной стопы, из них 11 детей от 6 до 12 лет. В анамнезе у всех больных детский паралич, деформация стопы у всех, кроме 4-х, значительная или „резко выраженная". На 26 случаев р. с. valgus встретился 15 раз, р. с. varus—только 4 раза.

Каждый больной предварительно подвергался тщательному обследованию, консультировался с невропатологом; каждому больному производилось исследование электровозбудимости мышц голени. К выбору операции мы подходили очень осторожно, тщательно взвешивая состояние отдельных групп мышц, анализируя деформации скелета стопы и изучая походку больного.

Из 20-ти 4 человека с нерезко выраженной деформацией стопы и частично сохраненной функцией ее, не были оперированы, а лишь снабжены ортопедической обувью с задней тянкой и супинатором, или шинно-гильзовым аппаратом с задней эластической тягой.

В остальных *22 случаях 7 раз сделана пересадка* сухожилий (при р. с. valgus). Использовано 5 раз сухожилие длинной малоберцовой мышцы; 2 раза—сухожилие разгибателя 1-го пальца. Сухожилия фиксированы в области прикрепления Ахиллова сухожилия к надкостнице, 1 раз по Куслику, через костный канал. Одновременно всегда укорачивалось сухожилие. Заживление — гладкое, гипсовая повязка в течение 2 месяцев, затем ортопедическая обувь с супинатором. Отдаленные результаты этой группы, со средним сроком наблюдения в 2 года (4 раза), оценены как неудовлетворительные. Хотя пересаженные мышцы и функционируют, но не могут развить достаточной силы для замены икроножной мышцы. Деформация стопы остается прежней, статика не улучшается.

2 раза произведен артродез по Вредену, периартикулярный, с задним трансплантатом. Оба эти случая—с резкой разболтанностью голеностопного сустава, без боковых поворотов стопы—дали удовлетворительный результат (наблюдение через 1 год). Деформация стопы хотя и осталась без перемен, но разболтанность голеностопного сустава и отпадание переднего отдела стопы были устранены.

Клиновидной остеотомии стопы и пяточной кости, операций Дэна, Дэвиса и Шанца мы на своем материале не применяли.

13 раз была произведена астрагалектомия по Уитману. Среди них—7 детей от 6 до 13 лет. Все случаи—резко выраженной деформации (3 раза р. с. varus). Техника операции была уже описана. Послеоперационное течение в большинстве случаев гладкое. 3 раза отмечено по-

верхностное нагноение (повидимому, нагноившаяся гематома), быстро закончившееся. Гипсовая повязка держится $1^1/_2$ месяца, затем заказывается ортопедическая обувь с полукорсетом—для ограничения на первое время движения в голеностопном суставе—и супинатором, так как чаще приходится иметь дело с р. с. valgus. При р. с. varus применяется пронатор. Через $^1/_2$ года после операции больной переходит на обычную обувь с супинатором (или пронатором). Отдаленные результаты (6 чел.), со средним сроком наблюдения от 1 г. до 4 лет, оценены как *хорошие*. Стопа потеряла свой уродливый вид, статика ее и походка больного значительно улучшились, разболтанность в голеностопном суставе устранена. Все больные носят обычную обувь с супинатором и бросили палочку.

Особенно хороши результаты у детей, что дает нам право более широко применять астрагалектомию в детском возрасте.

Выводы: 1. В случаях р. с. р. с нерезко выраженной деформацией, при частичном выпадении икроножной мышцы, показано консервативное лечение, т. е. массаж, физиотерапия, коррегирующая ночная шинка и ортопедическая обувь или шинный аппарат.

2. Пересадка мышц при р. с. р. sensu strictiori, как самостоятельный оперативный метод, себя не оправдывает и показана только как добавление после предварительной костной операции.

3. Артродез в голеностопном суставе показан лишь в тех случаях, когда разболтанность в нем преобладает над деформацией скелета при полном выпадении всех мышечных групп голени.

4. В случаях значительной деформации стопы, осложненной varus-valgus положением, операцией выбора является астрагалектомия по Уитману:

а) после нее значительно улучшается как статика, так и функция стопы;

б) операция эта не нарушает роста стопы, поэтому показана в детском возрасте, не ранее 6 лет;

в) на нашем клиническом материале астрагалектомия полностью себя оправдала.

Из ортопедического отделения (зав. проф. М. И. Куслик) Центрального травматологического и-та им. проф. Р. Р. Вредена (дир. д-р. Ф. И. Машанский) и кафедры ортопедии Ленинградского Орденоносного и-та усовершенствования врачей им. С. М. Кирова (дир. д-р М. Г. Имянитов).

Фасциофилодез тазобедренного сустава при параличе отводящих мышц.

Проф. **М. И. Куслик.**

Полное выпадение или значительное снижение функции отводящих бедро мышц далеко не редкий результат полиомиелита.

Поражение большой и малой ягодичных мышц сказывается характерной хромотой. При наступании на парализованную ногу таз свисает в здоровую сторону, а туловище склоняется в больную. Подобная качающаяся походка хорошо известна под наименованием симптома Тренделенбурга,—

обычного спутника врожденного вывиха бедра. В основе этого симптома лежит недостаточность ягодичных мышц, неспособных при наступании на больную ногу удержать таз в горизонтальном положении. Механизм симптома Тренделенбурга достаточно изучен при врожденном вывихе бедра, и ортопедическая хирургия располагает рядом оперативных предложений для устранения указанного симптома. Достаточно упомянуть операции Шанца, Байер-Лоренца, Во Лями, Кенига, артрориз Вредена и т. п. Однако все эти операции, рассчитанные на нормальную иннервацию мышц, несостоятельны при наличии симптома Тренделенбурга, зависящего от паралича или пареза средней и малой ягодичных мышц. А между тем, при паралитическом Тренделенбурге положение больных особенно тяжело по сравнению с больными, страдающими врожденным вывихом, так как обычно сфера распространения паралича не ограничивается только ягодичной мускулатурой, а распространяется и на периферические отделы конечности.

В борьбе с паралитическим нарушением функции отводящих мышц, обусловливающих тягостную хромоту, ортопедическая хирургия выдвигает также ряд оперативных вмешательств. Среди них артродез тазобедренного сустава может быть упомянут как крайнее средство, допустимое, по нашему мнению, лишь при одновременном поражении всех мышц таза и с обеих сторон. Некоторые авторы показанием к артродезу неубедительно выдвигают стремление к освобождению больного от необходимости постоянного пользования фиксационными аппаратами.

Симон применил в случае паралича средней и малой ягодичных мышц, для улучшения походки, подвертельную остеотомию.

Нам думается, что такая операция может дать эфект лишь при паретическом состоянии ягодичных мышц. Вряд ли функция полностью парализованных мышц может быть улучшена удалением точек их прикрепления, достигаемым поворотом большого вертела книзу, после подвертельной остеотомии.

Столь же мало убедительна операция Шанца, рекомендуемая им в подобных случаях. Аналогия с врожденным вывихом неуместна, так как при врожденном вывихе имеется лишь слабость отводящих мышц. В положении на здоровом боку больные при врожденном вывихе активно отводят больную ногу, между тем как при параличе больные этого отведения произвести не могут.

В случаях хорошей функции мускула, напрягающего широкую фасцию, предложено пересаживать его начало кнаружи—на середину гребешка подвздошной кости в рассчете на известную замену им функции средней и малой ягодичных мышц.

Шагом вперед является предложение Ланге—использовать для замещения функции отводящих мышц более отдаленно расположенные мышцы, удлиненные с помощью шелковых нитей.

Для этой цели им предложено два варианта операции. Первый вариант заключается в использовании m. vastus ext. путем отделения его верхнего прикрепления от большого вертела и надставки мышцы четырьмя или пятью пучками шелковых нитей, фиксируемых к гребешку подвздошной кости. Описанная операция естественно осуществима лишь при удовлетворительной функции m. vastus externi, на долю которого падает замена отводящих мышц.

При недостаточности четырехглавого разгибателя, которая часто сопутствует параличу отводящих мышц, вместо этой операции, Ланге предлагает второй вариант, заключающийся в использовании части широкой мышцы спины противоположной стороны. Выкроенный из широкой мышцы спины лоскут прошивается шелковыми нитями, перекидывающимися через ягодичную область и прикрепляемыми к большому вертелу. В оценке последней операции сам автор весьма сдержан и указывает только, что результаты ее с каждым годом становятся лучше.

Исходя из теоретических предпосылок и оценки самого автора, мы полагали, что наиболее целесообразным и верным является первый вариант операции Ланге. Поэтому в 1932 г., имея перед собой больную с параличом отводящих мышц, мы произвели операцию Ланге в первой ее модификации. Но, учитывая известную слабость четырехглавого разгибателя и не рассчитывая на его полноценную функцию, мы решили дополнительно создать еще пассивную поддержку, проведя шелковые нити между большим вертелом и гребешком таза. Мы рассчитывали на то, что если m. vastus ext. окажется недостаточным, тогда ему поможет удержать таз пассивный тяж, образующийся вдоль нитей, идущих от большого вертела к гребешку.

Через год после операции больная была демонстрирована в Ленинградском Ортопедическом об-ве: симптом Тренделенбурга значительно уменьшился, хромота стала почти незаметной и, лежа на здоровом боку, больная получила возможность поднимать resp. отводить ногу за счет напряжения m. vastus ext., чего до операции делать не могла.

Всего нами за последние четыре года оперировано 8 подобных больных с недостаточностью отводящих мышц. В вышеуказанном случае и у еще одной больной были произведены операции Ланге с дополнением пассивного тяжа, в шести остальных случаях эта операция не могла быть произведена, так как использование m. vastus ext. было нерационально вследствие резкого ослабления четырехглавого разгибателя голени.

Поэтому в остальных шести случаях операция была произведена в в нашей модификации с расчетом только на пассивную фиксацию по следующему плану:

1. Линейный разрез кожи по наружной поверхности бедра от вершины большого вертела отвесно вниз на 20—25 *см*. Разрез проникает до широкой фасции бедра. Из последней выкраивается лента шириною в 6—7 *см* и длиною в 20—25 *см*, которая заворачивается в компресс, смоченный теплым физиологическим раствором.

2. В основании большого вертела делается дрилем или шилом канал в сагитальной плоскости.

3. Второй разрез длиной около 20 *см* проводится, слегка дугообразно, вдоль гребешка подвздошной кости. Разрез проникает до кости; распатором отслаиваются мягкие ткани вдоль края гребешка на 3—4 *см*. Шилом делаются в гребешке 4 отверстия.

4. Толстая шелковая нить, вчетверо сложенная, длиной около метра, проводится с помощью проволоки или зонда с ушком через канал в большом вертеле спереди—назад (см. рис.). Затем с помощью корнцанга пучок нитей проводится в подкожной клетчатке и выводится в верхний дугообразный разрез и протаскивается в заднее из четырех отверстий гребешка подвздошной кости. После извлечения пучка нитей из этого канала он выводится изнутри кнаружи через следующее отверстие тазовой кости. После этого пучок нитей опять через подкожную клетчатку опускается к большому вертелу и вновь проводится через канал сзади—вперед. Далее, точно таким же образом продолжение пучка нитей проводится в подкожной клетчатке от большого вертела вверх к гребешку и, пройдя через третье и четвертое отверстия в гребешке, возвращается обратно к вертелу. Концы пучка нитей при неболь-

ном отведении конечности (5—10°) туго натягиваются и завязываются двойным хирургическим узлом. В результате изложенного проведения нитей получается четыре тяжа, идущих от большого вертела к гребешку подвздошной кости: два тяжа позади большого вертела и два тяжа впереди.

5. Приготовленная полоса фасции укрепляется в области своей ножки несколькими прочными швами у основания большого вертела, в остальной своей части рассекается продольно на две ленты, из коих одна проводится корнцангом в подкожной клетчатке с таким рассчетом, чтобы она покрыла заднюю пару пучков шелковых нитей, а вторая полоса—покрыла переднюю пару шелковых нитей. Концы фасциальных лент с натяжением подшиваются к гребешку подвздошной кости.

6. Кетгутовые швы на мышцы и на кожу.

7. Гипсовая повязка с тазом на всю конечность в отведении на пять—десять градусов.

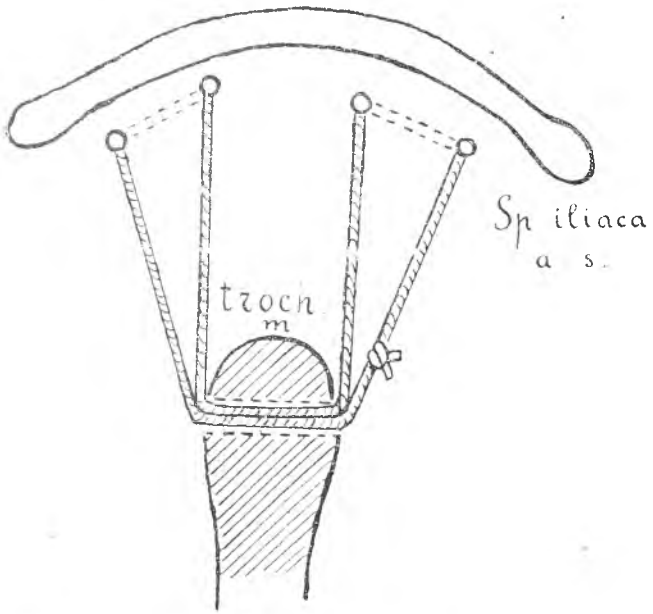


Рис 1 ый Схема проведения нитей при фасциофилодезе по Куслику

После операции мы выдерживали больных в гипсовой повязке два месяца. Через месяц освобождался коленный сустав и оставалась только спика. В последние две недели спика превращалась в съемную и изготовлялась мерка для тутора, фиксирующего бедро в незначительном отведении. По снятию гипса больным назначалось ношение тутора еще в продолжение пяти—шести месяцев. За этот срок нити обрастали прочной и фиброзной капсулой, лучшему развитию которой способствовало наличие фасции. В конечном результате получался мощный рубцовый тяж, хорошо удерживающий таз в горизонтальном положении.

На основании наших наблюдений мы должны предостеречь против большого отведения конечностей. В одном из случаев чрезмерного отведения мы получили прорезывание нитей через край гребешка подвздошной. В этом же случае спустя три месяца после операции образовался свищ, и нити в дальнейшем пришлось удалить. Однако известный положительный результат операции остался и выразился уменьшением степени симптома Тренделенбурга, что объясняется образованием рубцов.

Одновременно следует отметить, что результат операции тем лучше, чем дольше больной пользуется тутором. В одном случае, когда больная

вообще не пользовалась тутором, результат операции в смысле эфекта устранения хромоты получился наименьший; в другом случае, когда больная пользовалась тутором только два месяца, результат был уже более благоприятный, а в остальных случаях, когда больные носили тутор в течение пяти—шести месяцев, результаты оказались сравнительно наилучшими.

На основании восьми случаев оперативного лечения недостаточности отводящих мышц с давностью послеоперационного наблюдения до 4 лет мы приходим к следующим выводам:

1. При параличе отводящих мышц хромота (симптом Тренделенбурга) может быть уменьшена путем операции по Ланге с нашей модификацией.

2. В подобных случаях могут быть произведены два варианта операции:

а) При удовлетворительной функции четырехглавого разгибателя голени следует в дополнение к типичной операции Ланге присоединять нашу модификацию фасциофилодеза тазобедренного сустава путем проведения шелковых нитей и фасциальных лент между большим вертелом и гребешком подвздошной кости. Сочетание активной мышечной тяги с пассивным рубцовым тормозом дает наилучший конечный результат.

б) При недостаточности четырехглавого разгибателя голени мы считаем показанным производство операции только фасциофилодеза тазобедренного сустава. Результаты этой операции следует признать удовлетворительными—уменьшается хромота и утомляемость.

3. После операции необходимо последующее ношение тутора в течение пяти—шести месяцев с одновременным применением физиотерапии.

4. Противопоказанием к операции служит наличие паралитического вывиха или значительного подвывиха в тазобедренном суставе.

Из Саратовского краевого научно-исследовательского тубинститута (дир. д-р Михайлов).

К вопросу о профилактике и ранней диагностике костно-суставного туберкулеза.

Г. П. Воскресенский.

Каждый врач, работающий по костно-суставному туберкулезу, часто сталкивается в своей практике со случаями, когда на первичный прием являются больные с тяжелыми, запущенными формами заболевания в остро протекающем периоде, с теми формами, которые в конце концов дают большие деформации и длительную, стойкую инвалидность.

Больной, отягощенный своим заболеванием, вынужден проводить сложное, длительное лечение, выбывает из коллектива и часто становится бременем для себя и общества. Это указывает на то, насколько важен в борьбе с костно суставным туберкулезом принцип профилактики и раннего выявления.

В последнее десятилетие мы имеем большие достижения на противотуберкулезном фронте—как в части практической работы, так и научного

исследования. Но все же вопросу профилактики и ранней диагностики костно-суставного туберкулеза периодическая печать уделяет недостаточно внимания. Заострить этот вопрос я и хочу в настоящей статье.

Профилактические моменты в вопросе о костно-суставном туберкулезе заключаются в профилактике „факта", т. е. снижении заболеваемости, и в профилактике „последствий", т. е. деформаций. К первому моменту относятся все те оздоровительные мероприятия, которые направлены против туберкулеза вообще.

Но в профилактике заболеваемости костно-суставным туберкулезом имеют значение и некоторые специфические мероприятия. Сюда относится, например, ветеринарный надзор за туберкулезными коровами.

Причиной заболеваемости туберкулезом с поражением костной системы часто бывает туберкулезная палочка typus bovinus. В 1922 г. Стендли Гриффиц опубликовал результат исследований 1215 случаев туберкулеза всех форм. В 77% возбудителем оказалась палочка typus humanus и в 23%—typus bovinus, причем при легочном туберкулезе палочка typus bovinus на 229 случаев обнаружена в 1,31%, а при костном на 476 случаев—в 18,3% (Морозовский). Говен указывает, что в Англии до 60% всех заболеваний спондилитом вызывается палочкой typus bovinus (Краснобаев). Есть указания, что в скотоводческих районах часто встречается костный туберкулез. В этом отношении интересны данные Доброхотова. На 1780 обследованных киргизов легочный туберкулез был обнаружен в 57 случаях, костный—в 67, железистый—в 61 случае и в 3 случаях—волчанка (Морозовский). По мнению Шанса, Фридланда, Ситенко и др. в распространении костного туберкулеза большое значение имеет молоко туберкулезных коров.

Похансон считает, что палочка typus humanus также имеет большое значение в этиологии костно-суставного туберкулеза, так как большое количество больных костно-суставным туберкулезом мы обнаруживаем в ближайшем контакте с легочными туб. больными. Вопрос о типах туберкулезной палочки при костно-суставном туберкулезе, по его мнению, нуждается в тщательном изучении с точки зрения разработки профилактических мероприятий.

Что касается второго момента, т. е. профилактики последствий, то по этому поводу Ситенко говорит, что кроме общих мероприятий, направленных на снижение заболеваемости туберкулезом вообще, как-то: контроль над молоком, вакцинация по Кальмету, изоляция от туберкулезных родителей и проч., необходимо взять под постоянный контроль ортопеда всех детей, находящихся в контакте с лицами, больными тбк или имеющими положительные реакции Пирке или Манту. Цель такого контроля—вылавливание ранних стадий костно-суставного туберкулеза, чтобы своевременным лечением ликвидировать процесс, предупредить развитие деформаций и сохранить наиболее благоприятную для функции установку конечности. Многие врачи в борьбе с костно-суставным туберкулезом прибегают только к общеоздоровительным мероприятиям: созданию хорошей гигиенической обстановки, использованию света, воздуха, питания, некоторых медикаментозных средств, но совершенно не применяют местного, ортопедического лечения. В результате—процесс затихает, но остается большая деформация с большим нарушением функции, большая утрата трудоспособности. Другими словами, „лечат биологическое", как выражается Ситенко, „но забывают о социальном".

Проф. Вреден указывает, что основной причиной частоты больших деформаций при костно-суставном туберкулезе является позднее обращение больных за врачебной помощью. Отсюда следует,—продолжает он,—что

с целью профилактики деформаций, да и вообще костно-суставного туберкулеза, необходимо широкое ознакомление населения с вопросами костного туберкулеза путем популярных лекций, статей, брошюр и прочих методов санитарного просвещения.

При первом обращении врач должен убедить больного или его родных, как можно скорее начать лечение и проводить его правильно и настойчиво, терпеливо и тщательно выполняя все советы врача. Надо учесть, что если врач—в ранних стадиях заболевания, когда симптомы выражены неясно и заболевание еще мало беспокоит больного,—говорит больному что он серьезно болен, и ему нужно длительное и сложное лечение,—больные не всегда верят врачу. Мысль о серьезности заболевания порою не вяжется у них с их физическим самочувствием, и бывает так, что они не соглашаются на проведение лечения, которое им предлагает врач, и ищут „более легкого", „скорого" лечения, нередко прибегая и к домашним средствам. Проходит некоторый период времени и больной снова приходит к врачу, соглашаясь на всякое—и длительное, и сложное лечение. Однако состояние больного вследствие несвоевременно начатого лечения часто сильно ухудшается, достигая во многих случаях далеко зашедшей острой формы... Вот почему врачу необходимо, не жалея ни сил, ни времени, убедить больного сразу же начать правильное лечение.

Момент так называемого „заканчивания лечения" является вообще трудно устанавливаемым, границы его широки, расплывчаты. После проведения строгого лечения у больного наступает стойкое клиническое улучшение. В таких случаях часто бывает, что больные, злоупотребив своим хорошим состоянием, вновь получают обострение вследствие, например, чрезмерного физического труда, ношения тяжестей и т. д. Можно привести ряд примеров, когда больной является на прием с тяжелым обострением костно-суставного туберкулеза и заявляет, что много лет он выполнял тяжелую физическую работу и никогда не ощущал боли, а теперь у него снова появились боли. Казалось бы, что больной, подвергшийся в течение ряда лет длительному, сложному лечению, должен, находясь под угрозой обострения, внимательно следить за состоянием своего здоровья. Однако мы часто в таких случаях слышим от больного, что он „забыл" про свое заболевание. Эти примеры указывают на то, как важно приучить больного всю жизнь строго и внимательно относиться к своему здоровью. Но кроме того, чтобы избежать возможности подобных обострений, больным надо дать соответствующую их здоровью квалификацию. Обладая соответствующей квалификацией, такой выздоровевший больной сможет в дальнейшем работать без ущерба для своего здоровья. Такого рода переквалификация, или профессиональное обучение больных проводится в специальных мастерских, где больные во время лечения под наблюдением и руководством врачей и специальных инструкторов обучаются тем или другим профессиям.

В настоящее время у нас в Союзе имеется ряд таких школ-мастерских—в Москве, Ленинграде, Харькове.

С большим сожалением мы должны указать на полное отсутствие у нас популярной литературы по костно-суставному туберкулезу. Нам известны 5 брошюр: 1) проф. Есипов—Туберкулез костей и суставов, Москва, 1923, 2) проф. Оппель—Туберкулез костей в суставов, 1930, 3) д-р А. З. Соркин—Костно-суставной туберкулез, 1931., 4) брошюра доцента Г. С. Бома

и 5) д-р Тихомиров—Ранние признаки туберкулеза костей и суставов, 1934.

На I Всеукраинском совещании по костному туберкулезу в Киеве в 1933 г. вопрос о борьбе с костно-суставным туберкулезом подвергался детальному обсуждению. Проф. Корнев на этом совещании особенно подчеркивал необходимость усиления работы по предупреждению калечества. Это должно достигаться своевременным охватом больных и своевременным правильным лечением.

С целью выяснения причинных моментов, вызывающих тяжело протекающие формы болезни с большими деформациями, мною обследовано 115 человек.

Обследование показало, что одной из важных причин тяжелых деформаций является несвоевременный диагноз, и, как следствие этого, неправильное лечение, быстро ведущее к прогрессированию процесса. На 115 случаев в 48, т. е. в 41,7% был первоначально неправильно поставлен диагноз. Ошибки в диагнозе делали врачи всех специальностей—и педиатры, и фтизиатры, и диспансерные врачи, и хирурги. Это свидетельствует о том, что врачебная масса плохо знакома с ранними симптомами костно-суставного туберкулеза. Мы часто упрекаем больных в том, что они небрежно относятся к своему здоровью и слишком поздно обращаются к врачу. Но тщательно разобранный вышеуказанный материал говорит об обратном. Оказывается, большинство больных обращалось к врачам именно тогда, когда заболевание только что начиналось, при самых начальных, ранних симптомах. Таким образом, упрека в неблагоприятном течении болезни заслуживают в некоторых случаях не больные, а врачи.

Приведу несколько случаев неправильной диагностики и лечения костно-суставного туберкулеза.

Больная, 10 лет, направлена на консультацию в тубинститут из районного города нашего края. Из слов родителей видно, что больная обратилась к врачу при появлении первых симптомов болезни, находилась под наблюдением врача 8 месяцев, но диагноз ей был поставлен неточно. У больной оказалось заболевание 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков. Так как при тбк данных позвонков мы часто не наблюдаем большой деформации, то врач, не зная методики исследования и начальных симптомов заболевания, не мог поставить точно диагноз.

Укажу еще на случай. Мальчику 4 лет был поставлен одним из врачей диагноз начальной формы туб. коксита, по поводу чего наложена гипсовая повязка. Больной уехал домой, в село и через 2 месяца обратился в свою больницу, где ему порекомендовали снять гипс на некоторое время „для отдыха". По словам родителей, после снятия гипса они заметили, что боли у ребенка значительно стихли, и ребенок начал даже слегка пользоваться ногой. Но затем боли стали быстро усиливаться, и месяца через 3 ребенок был доставлен в костное отделение тубинститута с сильными болями и контрактурой бедра почти до прямого угла с значительным приведением, так что больного пришлось уложить на комбинированное вытяжение. Рентгенограмма показала большое разрушение головки бедра и впадины.

Имея в виду широкую врачебную массу периферии и недостаточное количество руководств по костному тбк, я изложу вкратце ранние симптомы начальных форм тбк суставов и позвоночника и методику исследования больного. Я буду касаться только трех мест поражения: позвоночника, тазобедренного и коленного суставов, как наиболее часто поражаемых и дающих наиболее тяжелые формы течения и инвалидности.

Ранние симптомы начальных форм костно-суставного туберкулеза нужно разделить на 2 группы: 1) на общие, т. е. относящиеся ко всему организму, и 2) на местные, т. е. относящиеся именно к данному пораже-

ному органу. Для того, чтобы яснее себе представить появление ранних симптомов, нужно помнить о развитии туберкулезного процесса, гнездящегося в том или другом участке кости. Развитие туберкулезного процесса сопровождается двумя моментами: 1) усиленным поступлением в организм больного токсина, 2) разрушением костной ткани. Медленное, постепенное развитие процесса соответствует медленному, постепенному нарастанию клинических симптомов. С усиленным поступлением токсина в организм у больного исчезает аппетит, он теряет в весе, видимые слизистые оболочки и кожа становятся бледными. Больной делается апатичным, вялым; иногда же, наоборот, появляется раздражительность. Наблюдается повышение температуры на несколько десятых (особенно среди дня). Боль в пораженном месте (позвоночник) медленно, постепенно нарастает. Организм больного на боль реагирует появлением так называемой *защитной реакции*, выражающейся в напряжении мышц спины или шеи. Сильно напряженные мышцы спины фиксируют позвоночник, движения пораженного позвонка становятся ограниченными, и этого бывает достаточно для того, чтобы боль, по крайней мере, в первое время, не беспокоила больного. Вот почему многие больные в начале заболевания тбк позвоночника не жалуются на боли в позвоночнике. Отсюда становятся понятными и так называемые ночные вскрикивания детей. Во время сна мышцы спины расслабляются, незначительное движение позвоночника вызывает боль—и ребенок вскрикивает. В силу боли мышцы спины быстро напрягаются, фиксируют позвоночник, боль исчезает—и ребенок успокаивается. Такие вскрикивания наблюдаются от одного до нескольких раз в ночь. В дальнейшем, когда боль в позвоночнике усиливается, мышцы спины уже не в состоянии фиксировать позвоночник, и больной, для того, чтобы сделать то или иное движение—например, поднять что-либо с пола, приседает и делает наклон всем туловищем, упираясь руками в бедра. Это—очень характерный симптом туберкулеза позвоночника.

При поражении шейного отдела позвоночника, боль появляется при движении головы: при необходимости повернуть голову, больной поворачивается всем туловищем, а при сгибании и разгибании придерживает голову руками. Иногда больные или родители сами заявляют, что у ребенка, как они выражаются, „стал тугой живот". Это—не что иное, как напряжение мышц живота, способствующее фиксации позвоночника.

Часто наблюдается, что больной жалуется не на боль в позвоночнике, а на так называемые отраженные боли. Эти отраженные (иррадиирующие) боли бывают: при поражении шейного отдела позвоночника—в направлении уха, зубов, гортани или плеча; при поражении верхнего грудного отдела—в плече, лопатке, грудине; среднего грудного и верхнего поясничного отделов—опоясывающие боли в боках и животе; при поражении нижнего поясничного и крестцового отделов—боль в тазу, ягодицах и иногда по ходу n. ischiadici.

На симптом отраженных болей необходимо обратить серьезное внимание, что не всегда делают врачи. Очень часто при жалобах больных отраженным болям не придается значения, и тем самым просматривается то основное, серьезное заболевание, по поводу которого больной обратился к врачу.

При исследовании больного рекомендуется пользоваться следующими приемами: больного необходимо раздеть и обратить внимание на то, как

он производит те или другие движения позвоночником. Затем больной должен лечь на живот, сложив кисти рук под лоб и с разведенными в сторону локтями. Ладонью, а вернее основанием большого пальца кисти проводят по позвоночному столбу; такой прием нередко позволяет обнаружить незаметное для глаза выступление заднего остистого отростка. При надавливании на каждый отдельный остистый отросток боль будет ощущаться в одном изолированном позвонке. Эта изолированная болезненность обнаруживается и при перкуссии по каждому заднему остистому отростку. Если поднимать больного, лежащего на животе, за ноги сзади, то, при наличии туберкулезного поражения в позвоночнике, мышцы спины сильно напрягаются, и больной ощущает боль. Если же в позвоночнике туб. процесса нет, то спина больного, особенно ребенка, легко изгибается, и мышцы спины не напрягаются.

Иногда, в ранних случаях, вследствие сильной фиксации спинных мышц позвоночника, не удается обнаружить болезненной точки. В таких случаях больного рекомендуется положить на спину. Через несколько минут произойдет хотя бы небольшое расслабление мышц спины, и тогда, надавливая пальцами остистые отростки снизу вверх, можно обнаружить болезненную точку.

Если больного, лежащего на животе, заставить согнуть ноги в коленных суставах так, чтобы пятки касались ягодиц, то при поражении нижнего грудного и поясничного отделов позвоночника, больной будет ощущать боль в передневерхнем отделе бедер. Ощупывание передневерхнего отдела бедер обнаруживает так называемый *симптом малого вертела*, т. е. болезненность при ощупывании малого вертела. Иначе говоря, начинающийся туберкулезный процесс в переднем отделе тела вышеуказанных позвонков вызывает раздражение мышц iliopsoas, которые прикрепляются и идут по переднему отделу тел этих позвонков; это раздражение обнаруживается ощупыванием малого вертела, растягиванием мышц посредством максимального сгибания ног больного в коленных суставах, в положении на животе и, нередко, ощупыванием этих мышц в паховых областях, что иногда малоопытных врачей побуждает ошибочно ставить диагноз—„аппендицит“. Эта диагностическая ошибка становится еще более понятной, если принять во внимание напряжение мышц живота у спондилитиков.

Иногда, особенно у взрослых, в самых ранних случаях, почти до появления тех или других симптомов, можно наблюдать так называемое ромбовидное уплощение мышц спины вокруг пораженного позвонка (Кофман).

Местную локализированную боль больные обнаруживают при езде на повозке, в трамвае, иногда во время ходьбы—в тот момент, когда больной оступится на неровной поверхности.

Все манипуляции при исследовании больного должны быть осторожными, нежными; ни в коем случае не следует применять грубых приемов исследования: брать больного за голову и быстро наклонять его к полу, или, положив кисти рук на голову больного, сильно надавливать сверху вниз. Такие приемы вызывают сильную боль и иногда приводят больных к обмороку.

При туберкулезе тазобедренного сустава наблюдаются те же общие явления, что и при тбк позвоночника с теми же ночными вскрикиваниями.

При исследовании в первую очередь нужно обратить внимание: 1) на ягодичные складки—на больной стороне ягодичная складка будет сглажена; 2) на развивающуюся атрофию мышц больной конечности и 3) на симптом Александрова, заключающийся в том, что на больной конечности взятая симметрично кожная складка будет толще, чем на здоровой. Но нужно учесть, что симптом Александрова наблюдается еще и в других случаях, например, при детских параличах или если у больного до этого была гипсовая повязка на конечности по какому бы то ни было поводу. По мере усиления болей медленно развивается контрактура конечности с незначительным приведением. Часто бывает, что больные жалуются сначала на боль не в тазобедренном суставе, а на отраженную боль в нижней части бедра или в коленном суставе. На этот симптом нужно обратить особенное внимание, так как жалобы больного могут привести к ошибочному диагнозу гонита. Такая ошибка тем более понятна, что, при появлении контрактуры в тазобедренном суставе, больной при ходьбе вынужден прибегать к сгибанию коленного сустава и стопы. Нередко больные или родители, обращаясь к врачу, заявляют, что „у ребенка болит колено, так как он долгое время прихрамывает и жалуется на боль в колене". Чтобы избегнуть ошибки, в этих случаях всегда нужно обращать внимание на состояние тазобедренного сустава, пользуясь правильными приемами исследования. Больного нужно раздеть, осмотреть, положить спиной на стол так, чтобы поясница плотно прилегала к столу, и заставить вытянуть обе ноги. В этом случае легко будет обнаружена хотя бы незначительная контрактура в тазобедренном суставе. Делая одновременно сгибание и отведение ног (симптом ножниц), мы обнаружим боль и ограничение отведения, хотя бы незначительное, на больной стороне. Боль появляется при надавливании на большой вертел и при толчкообразных движениях со стороны подошвы, или, вернее, пятки вверх при вытянутой ноге. При перкуссии по spina iliaca anterior superior на больной и здоровой стороне—часто отмечается притупление звука на больной стороне.

При заболевании коленного сустава, помимо общих симптомов, атрофии конечности и симптома Александрова, нужно обратить внимание на изменение контуров сустава. Для этого лучше всего сравнивать контуры здорового и больного колена. Если первичное поражение локализируется в синовиальной ткани—деформация будет выражена в виде значительной припухлости; если первично будет поражена костная ткань, то припухлость в области коленного сустава будет очень незначительна, вернее, будет только сглаживание контуров. При ощупывании колена обнаруживается боль—в большинстве случаев с внутренней стороны мыщелка бедра. Для различия синовиальной формы от костной нужно взять рукой за голень и делать толчкообразные движения вверх. Отсутствие болей в этот момент указывает на первичное поражение синовиальной ткани (Вреден). Разрешает же вопрос только рентгенограмма.

Характерным для туберкулезного поражения вышеуказанных суставов и позвоночника будет то, что боль постепенно усиливается к вечеру под влиянием дневной нагрузки, а ночью, под влиянием покоя, боль стихает. Все симптомы нарастают медленно, появляясь постепенно один за другим в течение нескольких недель и больше, причем далеко не всегда бывают выражены все симптомы.

Симптомы, наблюдающиеся при тбк позвоночника и суставов, могут встречаться и при других, не туберкулезных заболеваниях одноименных областей, что, безусловно, очень затрудняет диагностику. Характерным для туберкулеза следует считать сочетание медленно нарастающих один за другим местных симптомов с общими явлениями со стороны всего организма—изменениями в психике больного, потерей в весе и проч.

К оценке общего состояния больного надо подходить очень осторожно. Нередко больные заявляют, что местный врач не считает его заболевание туберкулезом на том основании, что у больного „вид не туберкулезного больного", т. е. общее состояние больного и его упитанность сравнительно хороши. Но при внимательном опросе больного почти всегда выявляется, что до заболевания он выглядел значительно лучше.

При диагностике начальных форм тбк костей и суставов необходимо пользоваться рентгенографией.

Общим при рентгенографии для всех суставов и позвоночника является остеопороз. Как на один из ранних симптомов поражения того или другого позвонка, указывают в руководствах на сужение межпозвоночной щели. Но очень часто, сделав одновременно снимок и с боковой стороны, мы видим уже большие деструктивные изменения. При поражении тазобедренного сустава отмечается: 1) расширение межсуставной щели, обусловленное наличием выпота или грануляции, или сужение ее при поражении хряща; 2) атрофия мягких частей (на здоровой стороне мягкие части (мышцы) дают более густую тень); 3) расширение тени капсулы, обусловленное ее набуханием (Питцен по Кеферу). Но очень часто эти признаки отсутствуют, в то время как клинические симптомы болезни ясно выражены.

Излагая клинические симптомы, мы имеем в виду обычные, вернее, типичные симптомы, встречающиеся при костно-суставном туберкулезе. Но иногда бывают случаи костно-суставного туберкулеза с атипичными начальными симптомами. Такие случаи встречаются редко, и о них здесь мы говорить не будем.

Итак, ранняя диагностика костно-суставного туберкулеза—дело трудное; широкая врачебная масса не знает его, вернее, плохо ориентируется в нем. Однако каждый врач должен помнить о том, что абсолютное большинство детского возраста инфицировано БК и что туберкулез относится к так называемому хроническому воспалению. Медленное, постепенное развитие туберкулезной инфекции в пораженном органе приводит к медленному, постепенному накоплению токсина в организме, что вызывает общие симптомы. А медленное, постепенное разрушение тканей органов вызывает такое же медленное, такое же постепенное появление болей, часто локализирующихся в силу отраженности и анатомических взаимоотношений далеко от очага.

Врачу, который это постоянно учитывает, становятся вполне понятными и уяснимыми все неясные, разбросанные симптомы ранней диагностики костно-суставного туберкулеза.

Из Акуш.-гинекологич. клиники Воронежского мед. института (дир. проф. Г. А. Бакшт).

Аутогемотерапия в шейку матки при женской гонорее.

А. И. Петченко.

Аутогемотерапию начали применять в медицине американские врачи Эльфстром и Грефстром в 1888 г. Аутогемотерапия гоноройных заболеваний впервые была применена Нурнеем в 1922 г. В русской литературе вопрос об аутогемотерапии при гонорее разработан Заиграевым, Эйнштейном, Мартичаном, Харитоновым и др.

Несмотря на значительную литературу по вопросу об аутогемотерапии при гонорее—нет еще окончательно выработанного взгляда на сущность ее действия. Проф. Г. А. Бакшт объясняет действие аутогемотерапии стимулирующим влиянием на работу вегетативной нервной системы и на функцию сосудистой системы. Голубин, Златогоров, Розенталь, Поспелов рассматривают аутогемотерапию как разновидность неспецифической терапии. Заиграев, Хажинский и Константинов усматривают в аутогемотерапии 3 метода—протеино-вакцино- и серотерапию, так как в сложном комплексе крови мы имеем в качестве составных частей белки, токсины и антитела. Безредка в 1924 г. прямо высказался, что иммунитет обязан своим существованием не антителам в крови, а вырабатывается здоровыми клетками, расположенными по соседству с зараженными клетками. На этом основании Белоновский, Букура, Елкин, Бурлаков, Дембская и др. применяли вакцинотерапию тем же путем, которым проникает инфекция, т. е. в шейку. Акуш.-гинек. клиника ВГМИ считает, что иммунитет слагается из сочетанного действия клеточных и гуморальных факторов защиты, причем, как правильно указывает Зильбер, в вопросе иммунитета необходимо учитывать реакции нервной системы на токсические процессы.

Аутогемотерапию в шейку матки при лечении гоноройных эндоцервицитов впервые применили Кватер, Трахтенберг и Каганович (1934 г.) у 31 б-ной, из которых у 19 в прошлом имелись „женские болезни". Авторы решили использовать метод для воздействия непосредственно на местный процесс, причем был отмечен хороший результат в 31 случае (100%).

Вскоре после появления статьи Кватера в печати аутогемотерапия в шейку матки была применена на группе гоноройных больных консервативного отделения Акуш.-гинекологич. клиники ВГМИ с целью испытания метода. Аутогемотерапия в шейку была применена у 30 стационарных больных, страдающих гоноройным эндоцервицитом в сочетании с различными поражениями придатков. Первая группа (14) из этих больных была назначена для одной только аутогемотерапии; вторая группа (16) была взята на лечение аутокровью после безуспешно проведенного курса вакцинотерапии в сочетании с местными процедурами (мойка влагалища по Иванову, влагалищные ванночки из 2% протаргола или ляписа, смазывание цервикального канала 5% колларголом).

В первой группе эндоцервицитов, осложненных в трех случаях мешотчатыми опухолями труб и в 11 случаях более или менее выраженными аднекситами, хороший результат от лечения аутокровью получен только у четырех больных (28,5%), с небольшими явлениями в придатках, протекавшими по типу—endosalpingitis incipiens. В остальных 10 случаях аутогемотерапия в шейку результатов не дала, и больные были переведены на процедуры и вакцинотерапию. В двух случаях лечение осложнилось затяжным кровотечением ациклического порядка и в одном случае повышением температуры и кратковременным обострением процесса в придатках.

Вторая группа больных, уже леченных не менее 6 недель (местное лечение + вакцинотерапия), но с неисчезнувшим гонококком в шейке, гораздо успешнее лечилась по новому методу. Из 16 случаев гоноройных эндоцервицитов, осложненных в 13 случ. аднекситами и в 3 случ. сактосальпинксами, в 9 случ. получен быстрый перелом (2—3 недели) в сторону улучшения с конечным исходом в выздоровление; в 2 случ. результат был также хороший, но не столь быстрый, и в 5 случ. не отмечено каких-либо сдвигов в сторону улучшения, почему после 8—12 инъекций аутокрови больные были переведены на прежний курс лечения. Итого благоприятный результат отмечен в 68,7%. Не отмечая в этой группе сколько-нибудь значительных экзацербаций, мы в 2 случ. вслед за инъекцией крови имели ациклическое кровотечение затяжного характера. Лучший эфект в этой группе больных получался в случаях с менее резким поражением придатков и у лиц конституционально-полноценных. Особенно успешно проявлялось действие аутогемотерапии в шейку после предварительного и законченного курса вакцинотерапии, что можно полагать закономерным, если считать, что в аутогемотерапии заключается элемент протеинотерапии. На благоприятное же сочетание вакцинотерапии с протеинотерапией уже давно указывали многие авторы (Хольцов, Махлин, Иссерлис, Дембская, Вагнер, Кан и др.).

В процессе применения аутогемотерапии в шейку матки клиникой были изучены изменения в составе крови, изменения цитобактериоскопических картин в мазках из шейки матки и некоторые патологические изменения слизистой цервикального канала до и после применения метода.

При исследовании крови больных, подвергнутых аутогемотерапии в шейку матки, мы обнаружили, что через 24 часа после инъекции аутокрови в шейку в 90% случ. происходит увеличение числа лейкоцитов, иногда значительное; в 80% случ. возрастает количество эозинофилов; в большинстве случаев возрастает число нейтрофилов и моноцитов (60%) и падает количество лимфоцитов (в 70% случ.). Что касается РОЭ, то мы получили, как это бывает и при введении вакцины в шейку матки, ускорение оседания эритроцитов в 90%. Однако уже через 2 суток РОЭ постепенно и стойко замедляется. Таким образом после введения аутокрови в шейку матки мы имеем в картине белой крови много общего с картиной после интрамускулярной аутогемотерапии, а именно временное раздражение воспалительного очага и клеток рет.-эндотел. системы (на что указывает ускорение РОЭ, моноцитоз) с одновременным усилением защитных реакций организма (эозинофилия).

Перейдем к рассмотрению цитологических и бактериоскопических картин после аутогемотерапии в шейку. Уже после первых инъекций крови замечается, наряду с уменьшением количества нейтрофилов в мазке из цервикального канала, появление в большом количестве плоскоэпителиальных клеток, что, очевидно, говорит о каком-то усилении процессов метаплазии. Вопрос о метаплазии цервикального эпителия в связи с местным иммунитетом представляет собой наиболее неясную и сложную проблему патологии женской гонореи. Исследования Шредера и Иензена доказали, что в случаях гоноройного цервицита эпителий канала шейки метаплазируется в плоский эпителий, причем плоский эпителий образеутся не только на поверхности цервикального канала, но в глубине желез и даже на дне желез.

Обычная картина мазков у наших больных до лечения заключалась в значительном количестве сегментированных лейкоцитов, в единичных плоско-эпителиальных клетках и лимфоцитах и в отсутствии посторонней флоры, заглушенной гонококком. Во многих случаях мы не находили при той же цитологической картине гонококка, но его легко удавалось обнаружить при повторных исследованиях после месячных или после провокации.

Уже первые 1—2 инъекции вызывают некоторое обострение процессов выражающееся в изменении бактериоскопической и цитологической картины, которая напоминает реактивное воспаление в начале гоноройной инфекции: увеличивается отделяемое из шейки, сегментированные лейкоциты находятся в большом числе, в изобилии появляются эпителиальные клетки и слизь, в большом количестве появляются гонококки. Это явление подмечено Кватером и было использовано им с успехом как новый метод провокации. Подобное же явление наблюдается при регионарном применении гоновакцины для диагностики по Бурлакову, чем клиника и пользуется при провокации для получения гонококка в мазках.

Через несколько дней от начала аутогемотерапии число сегментированных лейкоцитов возрастает еще больше, количество слизи и плоскоэпителиальных клеток уменьшается, гонококк встречается изредка. Иногда в этой стадии появляется посторонняя флора в виде рассеянных скоплений кокковых форм. С применением следующих инъекций (4—8) количество слизи и плоского эпителия снова возрастает, сегментированных лейкоцитов становится меньше, гонококк исчезает и одновременно появляется в изобилии посторонняя флора — кокковая, диплобацилы, грамположительные диплококки и, наконец, палочковидные формы. Появление палочковидных форм бактерий мы считаем признаком наступающего излечения. С течением времени количество плоского эпителия уменьшается снова, в мазках надолго остается небольшое количество нейтрофилов и посторонняя флора (постгоноройный катар). В этой стадии метаплазированный плоский эпителий снова превращается в цилиндрический, причем, как отмечал еще Опиц, вновь образовавшийся цилиндрический эпителий, повидимому, является плохой почвой для существования гонококка.

Процесс смены многослойного эпителия цилиндрическим был изучен нами на 4-х препаратах слизистой цервикального канала, взятых при

осторожной эксцизии до и после курса аутогемотерапии. В этих случаях отмечено, что значительный по толщине и непрерывный слой плоского эпителия уже через 5—7 недель становится тонким, местами исчезает вовсе и заменяется островками цилиндрического эпителия; инфильтрация стромы слизистой оболочки, субэпителиальные и перигляндулярные инфильтраты исчезают, желез становится меньше.

Перейдем к обзору клинической картины в результате лечения аутокровью на материале наших стационарных больных. Бригадой Кватера был получен хороший результат после аутогемотерапии в шейку во всех (31) отобранных им для лечения случаях цервикальной гонореи. К сожалению, авторы не отмечают характера и интенсивности поражения придатков, упоминая лишь о том, что большинство (19) лечилось от „женских болезней". В результате аутогемотерапии на материале Кватера во всех случаях достигнуто уменьшение белей, а также отечности и цианоза шейки; изменений же со стороны придатков не отмечено.

На нашем материале у значительного числа больных (24—80%) мы можем отметить улучшения со стороны шейки (уменьшение отечности, цианоза, белей); мы приписываем эти изменения усилению рассасывания субэпителиальных гоноройных инфильтратов, что и ведет к быстрому уменьшению отечности, уплотнению и формированию шейки. Улучшение со стороны воспалительных изменений придатков мы констатировали в 22 из 30 случаев (71,4%), причем сюда вошли все случаи с излечением гоноройного эндоцервицита и 6 случаев, где этого излечения с помощью аутогемотерапии не получилось.

Реакция после аутогемотерапии в шейку матки незначительна. У большинства отмечается небольшое повышение температуры на 0,5—0,8° при незначительном усилении болей в очаге заболевания.

Со стороны техники надо отметить трудность инъекций при короткой или высоко расположенной шейке, при значительных эрозиях и разрывах; часто свертывается кровь в шприце и пр. Инъекции необходимо производить недалеко от цервикального канала, строго параллельно, добиваясь появления слизи из цервикального канала, т. е. механического опорожнения цервикальных желез, как при вакцинотерапии по способу Бурлакова.

Резюмируя данные, полученные при применении способа Кватера на стационарном материале нашей клиники, мы можем сделать следующие выводы:

1. Аутогемотерапия в шейку матки является новым, простым и оригинальным методом терапии гоноройных эндоцервицитов и аднекситов.

2. Аутогемотерапия в шейку матки, как и вакцинотерапия, не может считаться самостоятельным методом. Наиболее целесообразно применение ее в качестве добавочного метода после отрицательного результата курсового лечения местными процедурами и гоновакциной.

3. Особенно ценно применение аутогемотерапии в шейку матки после предварительного курса вакцинотерапии, не давшего успеха. В этих случаях создается быстрый перелом в сторону улучшения с исходом в выздоровление, которое наступает почти в 70% случаев.

4. Менее успешно применение аутогемотерапии без комбинаций с другими методами; здесь успех наступает в 25—30% случ., у лиц с незна-

чительными поражениями придатков и безупречных по конституциональным данным.

5. Успех действия аутогемотерапии можно видеть в повышении иммунных свойств шейки, выражающихся в усилении процессов метаплазии эпителия с уменьшением воспалительной реакции тканей; не без значения остается при этом и механический фактор—выдавливание введенной аутокровью секрета глубоких цервикальных желез (массаж желез).

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного мединститута (директор проф. П. В. Маненков).

Один из безопасных способов отделения последа.

Л. С. Сидорова.

Одним из наиболее тяжелых и опасных осложнений при родах является задержка последа. Задержка последа часто вызывает сильное кровотечение, с которым, большею частью, приходится бороться при помощи ручного отделения плаценты. Это связано с риском занесения инфекции из нижележащих отделов полового канала и отсюда с возможностью последующего сепсиса.

Смертность при применении ручного отделения плаценты по Будимличу доходит до 13%, между тем как смертность при кесарском сечении достигат лишь 8%. По Розенталю, только $^1/_3$ родильниц, у которых применен способ ручного отделения плаценты, остается без ежедневных повышений температуры в послеродовом периоде.

Нормально отделение последа происходит вскоре после изгнания плода. В тех случаях, когда плацента не отделяется вскоре после рождения плода и задерживается надолго в полости матки, мы имеем дело с задержкой плаценты.

В силу опасности применения способа ручного отделения плаценты, всякое предложение отделить плаценту без введения руки в родовые пути заслуживает большого внимания практического врача.

Способ Креде, применяющийся 70 с лишним лет, является небезопасным, т. к. связан с осложнениями—inversio uteri, отрыв частей последа и коллапс. Кроме того, при форсированном способе Креде необходим глубокий наркоз, что является опасным для обескровленных рожениц. И, наконец, способ Креде не всегда достигает цели.

В 1914 году Габбастоном был предложен новый метод искусственного отделения плаценты путем введения в v. umbilicalis стерильного физиологического раствора до 2-х литров. Однако при этом очень часто плацента не отделяется и кровотечение вынуждает все же производить ручное отделение ее.

В последнее время в иностранной литературе доктором Будимличем (Zbl. f. Gyn. № 31, 1935 г.) рекомендуется другой способ отделения, практически доступный каждому врачу в любых условиях и давший автору хорошие результаты.

По предложению проф. П. В. Маненкова этот способ мною был испытан в Акушерско-гинекологической клинике Мединститута и дал вполне удовлетворительный результат.

Способ Будимлича состоит в следующем: в литр кипящей дестиллированной воды прибавляется 4,5 грамма aluminis crudi; раствор охлаждается до 39° и вводится шприцем Жанэ в v. umbilicalis в количестве 300 *куб. см* через 45 мин. после рождения плода; на пуповину накладывается зажим или лигатура. В случаях, где кровотечение угрожает жизни, если послед нельзя удалить наружными приемами, раствор вводится тотчас же.

Чтобы наполнить плаценту до упругости, достаточно 300 *куб. см* без потери жидкости. При большем количестве жидкость теряется между дольками плаценты. Такое количество раствора соответствует вместимости плацентарных сосудов. Кровотечение быстро прекращается, благодаря тампонаде видоизмененной плацентой.

Ввиду уплотнения и увеличения плаценты возникает несоответствие между поверхностью плаценты и плацентарного ложа, происходит смещение плаценты и возбуждение сокращений матки, которые ускоряют отделение последа.

Обыкновенно плацента отделяется в первые 15 минут после введения раствора. Если же через 15 минут плацента не отделилась, то вводится добавочно 50—80 *куб. см* того же раствора, той же температуры, после чего можно совершенно спокойно ждать час и даже более, до возможно полного отделения плаценты, т. к. кровотечение обыкновенно прекращается.

При преждевременных родах, несмотря на применение раствора aluminis crudi, автору приходилось всегда применять ручное отделение плаценты.

Разница в консистенции плаценты и матки после введения данного раствора облегчает ориентировку при ручном отделении последа, если способ Будимлича не приведет к цели.

По автору, в 19 случаях способ применялся успешно; в 8 случаях, при преждевременных родах, он не достиг цели и было применено ручное отделение плаценты.

Теперь приведу свои наблюдения, причем укажу, что в описанных ниже случаях способ Будимлича был применен после ряда попыток удалить послед наружными приемами.

I. Роженица Н. (история родов № 1836). Своевременные роды 19/IX 35 г. при помощи перфорации головки. Через 2 ч. 10 мин. после рождения плода, при незначительном кровотечении, введен в v. umbilicalis стерильный раствор aluminis crudi 0,45% 300 *куб. см.* Т 38,5°. Через 10 минут послед вышел при легком надавливании на брюшную стенку. Плацента цела, оболочки все. Послеродовой период протекал с повышенной температурой.

II. Роженица Р. (история родов № 2427). Нормальные срочные роды 29/IX 35 г. Через 1 ч. 35 м. после рождения ребенка введен раствор aluminis crudi около 300 *куб. см.* Т° 39°; через 15 мин.—еще 50 *куб. см*, после чего, спустя 5 минут, послед вышел при незначительном надавливании на брюшную стенку. Плацента и оболочки целы. Послеродовой период протекал нормально.

III. Роженица С., 21 г. (история родов № 783). Срочные роды 5/IV 36 г. Задержка последа в течение 1 ч. 50 м., появилось кровотечение. Введен раствор aluminis crudi 300 *куб. см.* Т° 38,5, кровотечение прекратилось. Через 10 мин. послед вышел при легком надавливании на брюшную стенку. Плацента цела, оболочки все. Послеродовой период протекал нормально.

IV. Роженица З., 22 лет (история родов № 994). Срочные роды 29/IV 36 г. Через 1 ч. 30 м. при незначительном кровотечении и отсутствии признаков отделения плаценты введен раствор alum. crudi 300 *куб. см.* T° 39°. Кровотечение прекратилось. Через 5 мин. появились схватки, и послед вышел при легком надавливании на брюшную стенку. Плацента и оболочки целы. Послеродовой период—без осложнений.

V. Роженица Л., 22 лет (история род. № 976). В этом случае, при безуспешности применения способа Креде, через 1 ч. 45 м. после рождения плода, введен раствор aluminis crudi дважды: первый раз через 1 ч. 45 м. в количестве 300 *куб. см* и через 15 минут второй раз в количестве 50 *куб. см.* Спустя 45 мин. послед выжат по Креде. Плацента шероховата, оболочки рваные и не все; выскабливания полости матки не производилось. Послеродовой период протекал с субфебрильной температурой, матка сокращалась хорошо.

VI. Роженица Т., 30 лет. (ист. родов № 1034). Срочные роды 5/V 36 г. при помощи наложения выходных щипцов. Через 45 мин. после рождения плода при незначительном кровотечении введен раствор alum. crudi 300 *куб. см*, при t° 39°, кровотечение прекратилось, и через 15 мин. послед вышел при легком надавливании на брюшную стенку. Плацента и оболочки целы. Послеродовой период протекал нормально.

VII. Роженица М., 25 лет (ист. родов № 1784). Задержка последа в течение 1 ч. 50 м. При небольшом кровотечении введен раствор aluminis crudi 300 *куб. см*, при t° 39°, кровотечение прекратилось. Через 15 минут вновь введен раствор 80 *куб. см*, при той же температуре. Через 1 ч. 15 м. после последнего введения раствора появилось обильное кровотечение, что заставило прибегнуть к ручному отделению плаценты, с последующим выскабливанием полости матки. Послеродовой период протекал при субфебрильной температуре по вечерам в первые 6 дней после родов. Выписана на 9-й день в хорошем состоянии.

VIII. Роженица К., 28 лет (ист. родов № 863). Преждевременные роды 4/IV 36 г. (8 лун. мес.) при помощи поворота на ножку. Через 1 час после рождения плода при незначительном кровотечении введен раствор aluminis crudi около 300 *куб. см*, при t° 39°. Кровотечение остановилось, и послед вышел при легком надавливании на брюшную стенку. Плацента и оболочки целы. Послеродовой период протекал нормально.

IX. Роженица Ш., 30 лет (ист. родов. № 1851). Преждевременные роды на 8-м лунном месяце 18/IX 35 г. В этом случае, несмотря на двукратное введение раствора alum. crudi, в первый раз 250 *куб. см*, при T° 39° и через 15 минут вторично 50 *куб. см*, той же температуры, отделения плаценты не произошло, почему и было применено ручное отделение. Послеродовой период протекал нормально.

X. Роженица, Б., 30 лет (ист. родов № 844). Преждевременные роды на 9-м лунном мес. 13/IV 36 г. Этот случай сходен с предыдущим. Здесь также после двукратного введения раствора плацента не отделилась. Применен способ ручного отделения последа с последующим выскабливанием полости матки. Послеродовой период протекал нормально.

Из своих первых наблюдений могу заключить, что:

I. Способ Будимлича прост по технике, не опасен, доступен при любых условиях и заслуживает внимания участковых врачей.

II. Он дает благоприятные результаты при срочных родах (по моим наблюдениям).

III. При преждевременных родах способ Будимлича положительного действия в большинстве случаев не оказывает.

IV. Прежде чем применять ручное отделение плаценты, всегда следует испробовать способ Будимлича.

Из Свердловского кожно-венерологического института.

Заражение сифилисом при переливаниях крови.

Проф. **С. Я. Голосовкер** и **Н. В. Харченко.**

Вопрос о гематогенном заражении сифилисом представляет значительный интерес при том большом количестве трансфузий крови, которые проводятся за последнее время по различным медицинским показаниям.

Заразительность крови больных сифилисом общеизвестна. Так, в литературе описано уже 28 случаев переноса сифилиса при переливании крови. Для всех этих случаев характерно: отсутствие склероза, наступление вторичных проявлений сифилиса при инкубационном периоде до 70 дней. По Ламеру инкубационный период в трех случаях продолжался от 30 до 43 дней и в шести случаях (из девяти) — 70 дней. Фельдман останавливается на случае с женщиной 33 лет, которой в одной из московских больниц, ввиду непрекращавшихся маточных кровотечений, было сделано 25/XI 1926 года переливание крови от донора „Ф", а после этого у больной 6—7 февраля появилась мелкопятнистая сыпь на туловище, а 18/III у нее был установлен вторичный свежий сифилис. Реакции Вассермана и Сакс-Георги оказались при этом резко положительными. Реакция Вассермана у донора за 19 дней до переливания была отрицательная, а при клиническом осмотре у него никаких признаков сифилиса не было обнаружено, но реакция Вассермана 16/III дала слабоположительный результат, а осадочные реакции Сакс-Георги и Мейнике—положительный результат. При проверочном исследовании 20/III реакция Вассермана так и осталась слабоположительной, а реакция Сакс-Георги дала отрицательный результат. Только 10/V 1927 г. у донора был обнаружен рецидивный сифилис в виде скудных папулезных высыпаний, имевших наклонность к групповому расположению. Больная о своей болезни не знала и никогда специфически не лечилась. Таким образом, в данном случае источником заражения оказался донор „Ф", имевший во время дачи крови скрытый сифилис при отрицательных серологических реакциях.

Ламер приводит случай гематогенного заражения сифилисом женщины 54 лет, болевшей лейкемией. Ей было сделано переливание крови от донора 37 лет, имевшего вполне здорового ребенка. У него не было обнаружено никаких клинических проявлений сифилиса, а кровь на реакцию Вассермана не исследовалась. На 43-й день после трансфузии у больной появилась розеолезная сыпь. При дополнительном осмотре донора оказалось, что у него 7 лет тому назад на половом органе была язвочка, а при исследовании крови серологические реакции оказались положительными.

Шпильман и Морель наблюдали врача, у которого появилась розеолезная сыпь при отсутствии первичного шанкра и увеличенных желез, но при резко положительной реакции Вассермана. За месяц до этого врач предложил себя в качестве донора женщине, истекавшей кровью после преждевременных родов. Во время переливания крови иголки закупорились и пришлось их прочищать мандреном, после этого иголки не были продезинфицированы и, повидимому, перепутаны. Больная за три года

до означенного случая имела выкидыш; у двоих ее детей были признаки врожденного сифилиса. Муж больной болел сифилисом и при обследовании имел положительную реакцию Вассермана. Приведенный случай показал, что при определенных обстоятельствах сифилис может быть передан донору от реципиента.

В текущем году Свердловским венинститутом в одной районной больнице был обследован случай заражения сифилисом при переливании крови. Пострадавший больной поступил в хирургическое отделение больницы с тяжелой травмой грудной клетки, полученной им при падении с строительных лесов. Больной был в очень тяжелом состоянии, так как при падении от сжатия грудной клетки у него получился разрыв средней доли левого легкого с последующими тяжелыми осложнениями. Вскоре после операции 19/III 1935 г. ему были сделаны переливания крови от разных лиц. С момента получения травмы больной в разное время еще несколько раз подвергался операциям. После последней операции 10/XI 1935 года больному было сделано переливание крови от санитарки хирургического отделения, у которой не была исследована кровь из-за отсутствия серологической лаборатории. За неимением постоянных доноров, в означенной больнице брали кровь при тяжелых и неотложных случаях у своих служащих. В момент последнего переливания крови санитарка чувствовала себя вполне здоровой, и на своем теле, а также и на половых органах, не замечала никаких изменений. В дальнейшем, через 24 дня—4/XII 1935 г. она поступила уже на коечное лечение в венотделение больницы с диагнозом вторичного свежего сифилиса. Реакции Вассермана и осадочные 13/XII 35 г. дали у нее положительный результат.

У реципиента, выписанного через 15 дней после последнего переливания крови, появилась слабость, а через 25 дней головные боли и болезненность в области верхних и нижних конечностей. Сон и аппетит стали плохими. У больного при обследовании его 8/I 1936 года еще не было обнаружено никаких наружных признаков сифилиса, но реакция Вассермана 13/I 1936 г. дала уже положительный результат. Больной был помещен 20/I 1936 г. на стационарное лечение с розеолой на боковых поверхностях грудной клетки и живота, при отсутствии первичного склероза. Паховые и шейные лимфатические железы были гороховидными и ничего характерного в смысле специфичности не представляли. С правой стороны у больного прощупывалась небольшая локтевая железа. У жены реципиента и у его детей кровь при неоднократном исследовании на реакцию Вассермана была отрицательной. В связи с этим случаем заражения, все больничные служащие-доноры, которые были налицо, обследованы нами как клинически, так и серологически. Из 14 человек кроводателей оказался больным сифилисом только один донор—санитарка „X“, при переливании крови которой и получилось заражение. Последняя в момент переливания крови находилась во 2-м инкубационном периоде.

Переливание крови сифилитика, по мнению некоторых авторов, не приводит неизбежно к заражению. Мак Наваро, работавший в течение 3 лет врачом в Панаме, сделал переливание крови от больных с третичным сифилисом и не получил заражения.

Цанки приводит случай, когда в 1925 и 1927 гг. от одного донора было сделано 18 переливаний крови, и заражение сифилисом у реципиентов не наступило, между тем как через 5 месяцев после последнего

переливания у донора появилось специфическое заболевание глаз при резко положительной реакции Вассермана.

На основании изложенного, мы считаем целесообразным:

1. Все доноры должны систематически тщательно обследоваться как клинически, так и серологически (врачом-венерологом).

2. Кровь сифилитиков с врожденным и приобретенным сифилисом, независимо от количества принятых ими курсов лечения, не должна быть использована в целях переливания.

3. В каждой области должны быть открыты межрайонные серологические лаборатории, при этом должны быть использован опыт направления сывороток для исследования вместо крови.

4. Венорганизации обязаны принять самое активное участие как в регулярных осмотрах доноров, так и в осмотрах непосредственно перед переливанием крови.

5. При срочных переливаниях и невозможности постановок серореакций, необходимо весьма тщательно производить общий осмотр донора.

6. Всех доноров, даже с частичными положительными серологическими реакциями, исключать из списков кроводателей.

Из экспериментального отделения (зав. проф. И. А. Пигалев), отдела патофизиологии (зав. проф. А. Д. Сперанский) Всесоюзного института экспериментальной медицины.

О некоторых условиях алкогольного сна.

И. П. Бобков.

Вопрос о механизме действия алкоголя изучается уже давно. Предлагаемые исследователями теории очень разнообразны и часто противоречат друг другу. Одни авторы считают алкоголь возбуждающим веществом который только в больших дозах действует парализующе (Бинц, Ландуа, Конти, Винтерштейн, Морвауд, Коути, Жуковский и др.); другие же высказывают совершенно противоположный взгляд и считают алкоголь угнетающим веществом, причем симптомы возбуждения, обнаруживаемые в центральной нервной системе, относят или за счет тормоза высших центров коры (Крепелин, Бунге, Шмидеберг, Фик, Кравков), или за счет рефлекторного действия алкоголя со слизистых покровов полостей рта, желудка, кишечника (Брунтон, Клетта, Ленц, Шапиро).

Нам думается, что причина разногласий заключается в неправильной предпосылке. Все исследователи исходили из того представления, что каждое вещество обладает в организме постоянными и неизменными свойствами и что результат его действия зависит от непосредственного раздражения соответствующих отделов мозга самим веществом. При этом совершенно упускались из вида те многообразные беспрерывно меняющиеся условия в организме, которые играют существенную роль для проявления действия того или иного вещества. В повседневной практике мы нередко видим, как одно и то же вещество при одинаковых как будто условиях дает диаметрально противоположные результаты. Особенно это становится наглядным, если мы будем сравнивать результаты действия вещества на различных животных. Так, например, ежи весьма стойки по отношению к сильнейшим для человека ядам, например к стрихнину, кантаридину, змеиному яду. Кошки в сравнении с собаками весьма чувствительны к карболовой кислоте и очень мало к апоморфину. Неодинаковое отношение животных мы наблюдаем и к различным патогенным микробам. Примеры этого в бактериологии встречаются на каждом шагу.

Исследованиями лаборатории проф. А. Д. Сперанского показано, что и другие вещества, примененные даже на одном и том же виде животного, но в различных условиях, также не обладают постоянными и неизменными свойствами. Результат их действия на организм зависит от ряда условий. В одних случаях эти условия усиливают действие вещества, в других—ослабляют. Так, А. М. и М. Л. Петрункины, изучая механизм действия брома и магния, показали, что если изменить pH в области центральной нервной системы путем буксирования, то введенный таким животным магний не проявляет своего обычного снотворного действия: подопытное буксированное животное не спит, в то время как контрольное находится в наркозе. Бром, примененный в тех же условиях, тоже дает противоположный результат: буксированное животное засыпает быстрее, чем контрольное. Таким образом эти вещества как бы поменялись своими свойствами и проявили свое действие с обратными знаками.

На основании своих опытов авторы пришли к выводу, что для проявления действия магния и брома нужна определенная среда, именно, для наилучшего действия магния—щелочная среда, для брома—наоборот, кислая. Методом буксирования изменяется pH в области мозга, поэтому изменяется и действие магния и брома на центральную нервную систему.

Из всех вышеприведенных фактов видно, что у фармакологических веществ в отношении вида животного нет постоянных и неизменных свойств. Даже у одного и того же животного в различных условиях динамика вещества изменяется. Поэтому представлялось интересным проследить механизм действия алкоголя на организм в различных условиях.

В лаборатории проф. А. Д. Сперанского опыты были поставлены с винным спиртом. Опытными животными служили кошки, кролики и собаки. Всех опытов было поставлено 38. Методика заключалась в следующем: животные подбирались парами, одинакового веса и масти. С вечера им не давалась пища. Под легким эфирным наркозом у подопытного животного через субокципитальный прокол производилось извлечение цереброспинальной жидкости до проявления первой примеси крови. Для уравновешивания условий опыта контрольное животное получало в такой же дозе наркоз. Через 25—30 минут, когда действие наркоза проходило, обоим животным одновременно вводился в желудок через резиновый зонд 30° винный спирт (из расчета для кошек и кроликов 4—6 *куб. см*, для собак 6—8 *куб. см* 96° спирта на килограмм веса животного). Все опыты мы разделяем на две серии: к первой относится опыт на собаках и кроликах, ко второй—на кошках. К этому нас побуждает то, что результаты опытов на собаках и кроликах диаметрально противоположны результатам опытов на кошках.

Результаты наблюдений над первой серией опытов сводятся к следующему. Через 7—10 минут после введения спирта в желудок, у животных с извлеченной цереброспинальной жидкостью начинали появляться первые признаки опьянения: животное ходило пошатываясь, часто падая на бок, а еще через несколько минут лежало на полу „пластом" в глубоком алкогольном наркозе. На внешнее раздражение (шум, зов, боль) не реагировало. Такое состояние продолжалось в течение 5—7 часов. Затем оно медленно приходило в себя, причем период отрезвления затягивался почти на сутки.

У контрольных же животных вся картина опьянения была выражена в гораздо более слабой степени. Причем первые признаки опьянения наступали значительно позже, через 10—20 минут. В течение всего опыта полного опьянения у животного не наблюдалось. На зов—поднимало голову, реакция на болевые раздражения была сохранена. Были случаи, где животное весь опыт проводило на ногах. Для иллюстрации приводим некоторые протоколы опыта (см. стр. 1347).

Приведенный протокол 3 опыта на кроликах во многом напоминает протокол 1 (опыт на собаках). Подопытные кролики, как и собаки, поддаются действию алкоголя раньше, спят дольше и оправляются значительно позже своих контрольных товарищей. Да это и понятно почему: у подопытных животных после извлечения цереброспиральной жидкости, в области центральной нервной системы создается ex vacuo, вследствие чего нарушается менингеальная проницаемость; в результате этого, во-первых, увеличивается количество поступающего в мозг алкоголя и, во-

1-я серия.

ПРОТОКОЛ 1.

	Подопытная собака № 101. Вес 9300,0	Контрольная собака № 102. Вес 8750,0
4/VI 1931 г.	11 ч. 30 м. извлечено 6 *куб. см* спинномозговой жидкости.	
	12 ч. введено в желудок 186 *куб. см* 30° спирта.	175 *куб. см.* 30° спирта.
	12 ч. 35 м. ходит слегка пошатываясь.	Ведет себя как нормальная.
	12 ч. 50 м. упала на бок. Непроизвольная дефекация в лежачем положении.	Ползает на животе. Пытается встать, но скользит на полу ногами.
	13 ч. лежит „пластом". На болевые раздражения не реагирует. Глаза закрыты. Наркоз.	Лежит на боку, иногда переползает на другое место. На болевые раздражения резко реагирует.
	14 ч. 55 м. Глаза полузакрыты. Перебирает передними лапами.	Переползает с места на место.
	15 ч. 25 м. Лежит, не меняя положения.	Встала. Неуверенными шагами, шатаясь, перешла на другое место.
	15 ч. 50 м. Наркоз.	Шатаясь бегает по комнате.
	17 ч. 35 м. Наркоз. Непроизвольное мочеиспускание.	Ходит быстро по комнате, слегка пошатываясь. На задние ноги ступает менее уверенно, чем на передние.
	18 ч. Лежит. При попытке подняться на ноги тотчас падает на пол. На болевые раздражения не реагирует.	Бегает по комнате, иногда пошатываясь, стараясь держаться ближе к стене.
	21 ч. Делает несколько безуспешных попыток встать и ходить, но падает на бок. На болевые раздражения реагирует очень слабо.	Ходит по комнате свободно. Только иногда отмечается пошатывание.
	22 ч. St. idem	Спит свернувшись калачиком.
	23 ч. Наркоз.	Встала. Свободно перешла на другое место. На зов поворачивает голову, ведет себя как нормальная. Наблюдения окончены.
	24 ч. Разбужена, подымает голову, пытается встать, но тотчас же падает на бок.	
5/VI	2 ч. Ходит шатающейся походкой по комнате.	
	4 ч. Встает с большим трудом, переходит шатающейся походкой на другое место.	
	9 ч. Ходит пошатываясь. Неуверенно ступает задними ногами. Наблюдения окончены.	

ОПЫТЫ НА КРОЛИКАХ.

ПРОТОКОЛ 3.

Подопытный кролик № 98 Вес 1580,0	Контрольный кролик № 99 Вес 1520,0
19/X 1930 11 ч. 30 м. Извлечено 1,4 *куб. см* спинномозговой жидкости.	
12 ч. Введено через зонд в желудок	
25 *куб. см* 40° винного спирта.	25 *куб. см* 40° винного спирта.
12 ч. 03 м. Лег на живот.	Бегает, пошатываясь.
12 ч. 07 м. Положенный в неудобную позу положения не меняет.	Положенный в неудобную позу легко меняет положение на нормальное.
12 ч. 09 м. Лежит на боку.	Сидит. При прикосновении убегает на другое место.
12 ч. 17 м. Наркоз. Ни на какие раздражения не реагирует.	Сидит, пошатываясь во все стороны. На болевые раздражения реагирует.
13 ч. 02 м. Ритмические подергивания правого уха.	Положенный на бок пытается встать, но не может. На болевые раздражения реагирует.
13 ч. 52 м. Наркоз.	Сидит, положенный на бок встает и убегает в сторону.
14 ч. 50 м. Лежит на боку. Наркоз.	Временами перебегает с места на место. Иногда пошатывается.
18 ч. Делает слабую попытку встать, но не может, тотчас падает на бок.	Ведет себя как нормальный. Наблюдения окончены.
19 ч. С трудом встал, пошатываясь, перебежал на другое место.	
20 ч. Сидит, шатается.	
21 ч. Ведет себя как нормальный. Наблюдения окончены.	

вторых, сам акт извлечения спинномозговой жидкости временно меняет взаимную связь различных частей центральной нервной системы и влечет за собой немедленное изменение функций (М. А. Пигалев и Л. Н. Федоров). Созданные новые функциональные взаимоотношения не могут не сказаться на действии алкоголя. В итоге мы и видим, что у подопытных животных фиксация алкоголя в мозгу совершается лучше, чем у контрольных.

Наряду с этим были поставлены опыты на кошках. В результате этих опытов мы наблюдали диаметрально-противоположную картину первой серии опытов. Здесь первым пьянело контрольное животное. Через 4—8 минут после введения в желудок алкоголя контрольная кошка начинала пошатываться на ногах, затем вскоре падала на бок и уже не могла подняться, несмотря даже на сильные болевые раздражения. Затем наступал полный наркоз. Такое состояние продолжалось в течение 4—6 часов. Животное

очень медленно приходило в себя, и полное отрезвление затягивалось у него иногда на целые сутки.

У подопытной же кошки первые признаки опьянения наступали значительно позже. В течение всего опыта животное передвигалось с места на место, лишь слегка покачиваясь на ногах. Наркотического состояния у него не наступало совсем, или оно запаздывало на целые часы и наблюдалось в слабой степени. Часто были случаи, где подопытные кошки весь опыт проводили на ногах.

Серия 2.

ПРОТОКОЛ 6.

Подопытная кошка № 10 Вес 3100,0	Контрольная кошка № 11 Вес 3130,0
8/V 31 г. 11 ч. 30 м. Извлечено 2 *куб. см* спинномозговой жидкости.	
12 ч. Введено через зонд в желудок	
46,5 *куб. см* 30° спирта	46,5 *куб. см* 30° спирта
12 ч. 05 м. Ведет себя как нормальная	Ходит, пошатываясь, и падает на бок.
12 ч. 08 м. Ходит, слегка пошатываясь	Лежит на боку.
12 ч. 21 м. Переползает с одного места на другое. На болевые раздражения реагирует.	Лежит „пластом". На болевые раздражения не реагирует.
12 ч. 46 м. Встала, сделала 2—3 шага, упала на бок.	Наркоз.
13 ч. 30 м. Пытается встать, но не может. Лежит.	В передних ногах тремор.
14 ч. 37 м. Переходит с места на место, волоча задние ноги.	St. idem.
15 ч. 13 м. Сидит по-кошачьи. Дремлет.	St. idem.
16 ч. 23 м. Встала, перешла, шатаясь и скользя ногами, на другое место.	Перебирает передними лапами.
18 ч. 23 м. Ходит по комнате, скользя задними лапами.	Лежит на боку. Опистотонус.
18 ч. 38 м. Ведет себя как нормальная. Наблюдение окончено.	Лежит на боку „пластом".
19 ч. 53 м. St. idem.	Пытается встать, но тотчас же падает на бок.
21 ч. 46 м.	Встала, сделала, шатаясь, 2—3 шага и упала на бок.
22 ч.	Сидит. Шатается.
23 ч. 16 м.	Шатающейся походкой переходит с одного места на другое.
23 ч. 20 м.	Сидит в углу. Шерсть взъерошена, Наблюдение окончено.

ПРОТОКОЛ 7.

Подопытная кошка № 61 Вес 3000,0	Контрольная кошка № 7 Вес 3000,0
28/IV 31 г.	
11 ч. 30 м. Извлечено 2,5 *куб. см* спинномозговой жидкости.	
12 ч. Введено через зонд в желудок 45 *куб. см* 30° спирта	45 *куб. см* 30° спирта.
12 ч. 12 м. Ходит, слегка пошатываясь.	Сильно шатается.
12 ч. 18 м. Упала на бок.	Лежит на боку, с трудом подымает голову вверх. Стонет.
14 ч. 18 м. Встала. Шатающейся походкой перешла на другое место. Задние ноги скользят. Пытается уйти в открытую дверь.	Лежит „пластом“
15 ч. 38 м. Ходит по комнате, слегка пошатываясь.	Встала, сделала 2—3 шага и, сильно шатаясь, упала на бок.
16 ч. 31 м. Сидит, иногда переходит с места на место. Временами шатается.	Встала. Задние ноги подвихиваются, упала на бок.
18 ч. 13 м. Ведет себя как нормальная. Наблюдение оконч.	Переходит шатающейся походкой с одного места на другое.
20 ч. 25 м.	Ходит возле стены. Шатается.
21 ч. 18 м.	Ведет себя как нормальная. Наблюдение окончено.

Почему же у животных 2-й серии опыта (кошки) результаты получились диаметрально противоположные 1-ой серии опыта (собаки и кролики)? Ведь опыты в обеих сериях были поставлены в идентичной обстановке. Очевидно, что такая противоположность картины опыта может быть объяснена разницей среды, тем нервным фоном, на котором развертывается процесс—„энергия, а иногда и направление биологических реакций, тесно связаны с теми условиями среды, в которой развертывается процесс“ (А. Д. Сперанский). Как видно, условия среды влияют на течение процесса, но и сам процесс и производящая его причина не остаются без влияния на среду. С изменением среды изменяется и динамика действия алкоголя. Астапов вводил одной кошке в бедренную вену 8 *куб. см* 2,5% раствора Na_2HCO_3, другой—10 *куб. см* 0, 37% HCl; третья кошка служила контролем. Тотчас после этого всем трем кошкам через зонд вводился в желудок 30° винный спирт, из расчета 4 *куб. см* 96° спирта на 1 *кг* веса животного. В итоге наблюдалась следующая картина: в то время как „подкисленная“ кошка уже пошатывалась на ногах, вскоре падала на бок и лежала в полном наркозе, „подщелоченная“ кошка свободно переходила с места на место, лишь слегка пошатываясь на ногах. Наркотическое состояние у нее запаздывало на целые часы. Контрольная кошка вела себя по степени опьянения между „подкисленной“ и „подщелоченной“. Опыты, поставленные по этой же методике на кроликах, дали аналогичные результаты.

Из наших опытов мы видим, что присоединение алкоголя к мозгу совершается лучше в условиях более низких pH. Однако в оценке этих фактов нельзя быть категоричным; известно, что при введении в организм кислоты или щелочи, тотчас же пускаются в ход буферные системы, которые выравнивают наступивший сдвиг pH. Так, при введении в организм больших количеств кислоты, когда буферная система оказывается недостаточной, наступает общее отравление организма, которое можно остановить вливанием щелочи. В противном случае наступает смерть, но не от кислой реакции крови, не от избытка кислоты, а от недостатка щелочного резерва (Вальтер, Шмидеберг).

Аналогичная картина подобно действию алкоголя наблюдается также и с морфием. На собаку он действует угнетающим образом, а на кошку возбуждающим. Но и у собаки можно получить тот же результат, что и у кошки, если морфий ввести субарахноидально. Отсюда мы видим, что и здесь дело не столько в свойстве самого вещества, сколько в условиях той среды, в которой применяется данное вещество. Многочисленные экспериментальные данные нашей лаборатории показали, что искусственное изменение среды в области центральной нервной системы создает новые формы внутринервных отношений, в результате чего меняется и вся картина процесса. Так, при замораживании мозга по методу А. Д. Сперанского у собаки под морфийно-эфирно хлороформным наркозом развивается эпилепсия. Если же замораживание мозга производить без морфия, то эпилептического припадка может не наблюдаться. Но если такой собаке спустя несколько часов впрыснуть морфий, то у нее развивается эпилептический припадок (Галкин). Таким образом морфий, примененый в иных условиях, дает вместо угнетения возбуждение.

Что же, алкоголь при введении в организм является возбуждающим веществом или тормозящим, или действует как наркотик? Из наших опытов с очевидностью следует, что нельзя исходить из такой альтернативной постановки вопроса. В условиях одной среды (1-я серия опытов) у подопытных животных позитивная фаза действия алкоголя очень кратковременна в сравнении с негативной. У контрольных же животных—как раз наоборот. В условиях другой среды у подопытных животных позитивная фаза действия алкоголя продолжительная, а негативная—кратковременна. У контрольных же—обратно. Вышеуказанные авторы не учитывали этой двухфазности действия наркотического вещества на центральную нервную систему, вследствие чего и впали в неразрешимое противоречие. Современным учением о наркозе, развитым школой Н. Е. Введенского—А. А. Ухтомского, показано, что всякий агент действует на живую ткань двухфазно, причем соотносительная деятельность фаз может меняться в зависимости от функционального состояния тканей и интенсивности деятельности агента. Наркоз рассматривается не как простое паралитическое состояние высших центров коры, а как своеобразная форма возбуждения. Алкогольное (как и всякое другое) возбуждение, торможение и наркоз составляют единое целое. Эти три состояния не противопоставляются друг другу, а переходят одно в другое.

Литература. 1. И. М. Сеченов, Диссертация, 1860 г.—2. А. Д. Сперанский, Нервная система в патологии, 1930 г.—3. А. Д. Сперанский, Эпилептический приступ, 1932 г.—4. Н. Н. Введенский, Возбуждение, торможение и наркоз, 1901 г.—5. И. Н. Жуковский, О влиянии алкоголя на возбудимость мозговой коры,

Обзор психиатр. неврол. и экспер. психологии, 1898 г.—6. П. М. Никифоровский, Диссертация, 1910 г.—7. М. Р. Магендович, К вопросу о влиянии алкоголя на нервную систему, Врачебн. газета № 20, 1929 г.—8. А. К. Вейнар, Об изменении мозгового кровообращения при остром алкогольном отравлении, Диссертация, 1898 г.—9. А. М. и М. Л. Петрунькины, О некоторых условиях магниевого и бромного сна, Архив биолог. наук, т. 29, вып. IV.

Из Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института (дир. А. Цацкин)).

К физиологическому действию углекислоты на животный организм в связи с лечением нарзанными ваннами.

Проф. **Л. И. Бубличенко.**

Несмотря на то, что углекислые воды известны медицинскому миру еще со времен глубокой древности, и в настоящее время, нисколько не впадая в крайность, можно сказать, что вопрос о физиологическом действии углекислых ванн никак нельзя считать разрешенным окончательно. Основной причиной является то обстоятельство, что физиологическое действие углекислых ванн чрезвычайно сложно в силу многообразия действующих факторов при примененении нарзанных ванн. Сюда относятся: 1) механическое действие—гидростатическое давление при погружении тела в воду; 2) физическое действие воды, как температурного раздражителя, которое сказывается при малейшей разнице между т-рой тела и т-рой воды, как обладающей громадной теплоемкостью и теплопроводностью; 3) действие содержащихся в воде электролитов и, наконец, 4) действие содержащегося в минеральной воде газа, в частности углекислоты. Если относительно первых трех факторов имеется достаточно экспериментальных данных и клинических наблюдений, чтобы более или менее ясно представить себе физиологическое действие минеральных ванн, то относительно газов и, в частности, углекислоты вопрос обстоит далеко не так благополучно. Между тем углекислота является самым существенным и характерным фактором в действии нарзанных ванн на организм.

Каким образом углекислота нарзанных ванн может оказывать свое действие на организм? Содержащаяся в нарзанных ваннах углекислота может действовать или через кожу, или через легкие. По Сенатору, Франкенгейзеру, Гофману, Гольдшейдеру углекислота действует непосредственно раздражением кожи. Нельзя сказать, что механизм действия углекислоты через кожу установлен достаточно определенно. По теории Сенатора и Франкенгейзера, терапевтический эфект углекислоты основан на контрасте между холодными частицами воды и теплыми пузырьками углекислоты.

По Семенову и Бейеру механизм действия углекислых ванн можно свести до известной степени к повышению тонуса блуждающего нерва, а последний является звеном в рефлекторной цепи, которая начинается на коже.

Другие придают существенное значение накоплению углекислоты в организме (Винтерниц, Гредель).

Относительно поступления углекислоты в кровь приходится также отметить, что нельзя считать окончательно решенным вопрос, какими путями углекислота поступает в организм больных при лечении нарзанными ваннами. Одни считают воз-

можным всасывание углекислоты через кожу; другие полагают, что углекислота поступает в организм через легкие из воздуха ванной комнаты, где содержание углекислоты определялось в количестве 1% и более. Манойлова и Горелов исключили возможность вдыхания углекислоты ванной и предванной комнат с помощью особых масок, дававших возможность больным в ванне дышать наружным воздухом, и, определяя дыхательный коэфициент, нашли его все-таки повышенным. На этом основании они пришли к заключению, что повышение содержания углекислоты в крови больных зависит не от вдыхания, а от того, что пузырьки углекислоты в ванне задерживают выделение углекислоты кожей (на это указывал еще Гредель), почему и происходит накопление углекислоты в крови и увеличение в выдыхаемом воздухе. Поступление в организм углекислоты через кожу можно повидимому считать в последнее время доказанным.

Какими бы путями ни происходило накопление углекислоты в организме, этот момент не может не оказывать существенного влияния на физиологические функции организма. Следовательно, раздражающее действие углекислоты на кожу не является доминирующим, и, во всяком случае, характерным для нарзанных ванн, так как раздражение кожи производится и разностью т-ры, и минеральными составными частями ванной воды, и другими газами, напр. сероводородом или просто горчичными ваннами.

Таким образом, чтобы уяснить себе механизм действия нарзанных ванн, необходимо определить физиологическое действие углекислоты, поступающей в организм человека. В литературе имеется большое количество работ экспериментальных и клинических, трактующих о физиологическом и терапевтическом действии углекислых вод. Сюда относятся работы о биохимических изменениях крови под влиянием нарзанных ванн (Манойлова, Елизарова и Прозоровская), об оседаемости эритроцитов (Соловцов), о вязкости и свертываемости крови (Чельцова) и др. Резюмируя свои работы по биохимии крови, Манойлова пишет, что „нарзанные ванны, как и питье нарзана, оказывают несомненное влияние на биохимический статус клетки, вызывая изменения в тех ее частях (сахар, калий, кальций, хлористый натр, каталаза), которые характеризуют биохимический тонус клетки“.

Местное действие нарзанной воды, в частности углекислоты, на слизистую желудка и кишечника как клинически, так и экспериментально изучено Зиналовым и Лидской на собаках.

Ряд работ посвящен доломитному нарзану: влияние его на хлористый обмен (Солитерман), сахарный и фосфорный обмен (Кочнев), на резервную щелочность (Виноградская), на диурез (Солнцев, Кузнецов, Ляховецкая), на остаточный азот (Кривский) и др. Большинство (Прозоровский, Кузнецов, Паройков, Гуревич, Глинчиков, Арьев и др.) изучало главным образом влияние доломитного нарзана на сердечно-сосудистую систему.

Мало было работ относительно изолированного действия углекислоты на организм, а между тем повышенное содержание углекислоты в крови при пребывании в нарзанной ванне нужно отнести к исключительным особенностям лечения нарзанными ваннами. Имеющиеся в литературе как клинические наблюдения, так и экспериментальные в большинстве не разделяют действия минерального состава нарзанной воды и сооержащейся в ней углекислоты. Так, при изучении действия, в частности на кровь кисловодских нарзанных ванн, не исключается влияние климатических условий Кисловодска и его возвышенного положения над уровнем моря. (Волин и Месик). Исключением представляется, как попытка к изучению изолированного действия углекислоты на организм, работа Бунеева, напечатанная еще в 1927 году, о влиянии на организм человека вдыхаемой углекислоты в условиях лечения нарзанными ваннами,

Переходя к экспериментальным работам относительно влияния вдыхаемой углекислоты и относительно общего действия ее на организм, необходимо отметить, что они касаются, главным образом, высоких концентраций ее в воздухе. Сюда относятся работы проф. Альбицкого и Веселкина. В опытах Альбицкого собаки выносили 20% содержание углекислоты в воздухе в течение суток. Токсическое действие углекислоты обнаруживалось уже при 5% содержании. Низшие одноклеточные организмы гораздо более чувствительны к углекислоте. По наблюдениям Мудрецовой-Вейсс при насыщении воздуха углекислотой до 0,2% одни из них живут

лишь несколько часов, другие всего несколько минут. Эти наблюдения над губительным действием углекислоты, опубликованные в 1933 году, подводят новые основания под предположения Гамбургера о том, что благоприятное течение острых воспалительных процессов под влиянием застойной гиперемии по Биру обусловливается обогащением крови углекислотой.

Наблюдение Лякера над повышением бактерицидности сыворотки, полученной из застойной крови, Пфальца и Ригтау над повышением бактерицидности крови после лапаротомий с эфирным и хлороформным наркозом (в результате застойного цианоза) привели меня к мысли использовать в лечебных целях повышенное содержание углекислоты в воздухе для увеличения, таким образом, ее содержания в крови опытных животных. По выработанной мною методике (описание не приводится, так как не имеет прямого отношения к трактуемому вопросу) животные (мыши) помещались в камеру, через которую пропускался воздух с определенным содержанием углекислоты, каждый раз контролируемый объемным анализом. Животные содержались в камере от 30 мин. до $4^1/_2$ часов в течение нескольких дней, по 1—2 раза в день. Содержание углекислоты в воздухе бралось в количестве от 3,9% до 0,5—0,3%. Мои опыты были поставлены с целью, не удастся ли таким образом повысить сопротивляемость животных по отношению к инфекции. Прорабатывая детали основной темы, мы попутно проводили гистологические исследования (д-р Тибилова) внутренних органов опытных животных на состояние ретикулоэндотелия и обнаружили при этом значительные изменения, которые, по нашему мнению, дают вполне убедительное объяснение физиологического и патологического действия углекислоты на организм.

Во всех без исключения случаях (по заключению профессора Улезко-Строгановой) обнаруживалось ясно выраженное действие углекислоты на ретикулоэндотелий всех внутренних органов. При воздействии больших концентраций углекислоты (3—4%) и при длительной экспозиции (2—4 часа) мы находили глубокие поражения р.-э. Особенно резко пораженными оказались ткани селезенки, печени и почек. Наиболее характерными для исследованных органов оказались большие количества некрозов в паренхиме органов и гиалинизация сосудистых стенок. Наиболее отчетливо эти изменения выражены в селезеночной ткани. Здесь наблюдалась резкая гиперемия и расширение сосудов, местами кровоизлияния. Обнаружены большие фокусы перерождения местами до некрозов. Мальпигиевы тельца большею частью совершенно сглажены. В печени также наблюдались резко выраженная гиперемия, расширение сосудов и местами кровоизлияния, резкое мутное набухание и отек клеток, а также участки перерождения печеночной ткани. В почках обнаруживались резко расширенные и переполненные кровью сосуды и очаги кровоизлияний. Эпителий почечных канальцев сильно набухший, отечный; местами гибель и перерождение клеток эпителия в прямых канальцах. В легких—сильно выраженная гиперемия и расширение сосудов, местами мелкоклеточная инфильтрация в межальвеолярных перегородках.

Таким образом для этой группы оказалось наиболее характерным значительное угнетение р.-э.

Найденные в опытах изменения со стороны внутренних органов достаточно объясняют тяжелое состояние животных в опытах профессора Аль-

бицкого и Веселкина, экспериментировавших с большим содержанием углекислоты в воздухе.

Наоборот, содержание животных (мышей) в воздухе с небольшой концентрацией углекислоты (около 0,5%) оказывает резко выраженное стимулирующее влияние на ретикулоэндотелий. Во всех внутренних органах наблюдались более или менее сильно выраженная гиперемия и расширение сосудов. Купферовский аппарат печени всегда оказывался в состояния значительной гиперплазии. Наблюдались большие узловые скопления лимфоидных элементов вдоль стенок сосудов и в ткани. В селезенке также наблюдались гнездные и дифузные скопления лимфоидных элементов вокруг сосудов, в строме с большим количеством гигантских клеток. Мальпигиевы тельца представлялись увеличенными и хорошо окрашивались. Обнаруживалась очаговая и разлитая мелкоклеточная инфильтрация в легких. В почках—некоторая гиперплазия почечных клубочков. Таким образом изменения во внутренних органах этой второй группы животных представляют совершенно иную картину. Они указывают на повышенное раздражение и активизацию р.-э. Раздражение купферовского аппарата печени с образованием в ней больших скоплений лимфоидных элементов, большое количество гигантских клеток и обширные скопления лимфоидных элементов вдоль сосудистых стенок и в строме, скопление лимфоидных элементов в почках,—все эти изменения являются отчетливым показателем реакции организма в виде активизации р.-э. при содержании животных в воздухе с небольшим повышением содержания углекислоты.

Сопоставляя данные гистологического исследования обеих групп, можно сделать вывод, что применяемые в первой группе опытов концентрации углекислоты в воздухе (2—4%) для мышей являлись уже токсическими, что дало картину крайнего поражения функции р.-э. Что же касается данных исследований 2-й группы опытов, то на основании их можно отметить, что углекислота, применяемая в малых концентрациях, вызывает раздражение и активизацию р.-э.

Таким образом действие углекислоты подчиняется установленному Арндт-Шульцем закону: большие дозы угнетают, малые—стимулируют.

Это стимулирующее действие слабых концентраций углекислоты, по моему мнению, вполне удовлетворительно объясняет клинические наблюдения над изменением физиологических функций организма под влиянием нарзанных ванн. Установленное Манойловой, путем биохимических исследований, повышение биохимического тонуса клетки находит себе вполне понятное объяснение в той стимуляции ретикуло-эндотелия небольшими концентрациями углекислоты в воздухе, которая несомненно обнаруживается нашими гистологическими исследованиями. Отсюда повышение окислительных процессов, констатированное еще Граменецким, и понижение содержания в крови сахара под влиянием нарзанных ванн. Так как ретикулоэндотелию приписывается существенное значение в обмене веществ, то ясно, что стимуляция углекислотой должна вести и к повышению межуточного обмена, что обнаруживается констатированным многими авторами повышением общего обмена: повышение выделения с мочей общего количества мочевины, фосфатов, сульфатов, хлоридов, повышение диуреза и дыхательного коэфициента. Этим, а также непосредственно стимулирующим действием углекислоты, может быть объяснено повышение тонуса скелетных мышц, установленное Карчикьяном. Стимулирующее действие

углекислоты на селезенку и кроветворные органы объясняет как повышение количества эритроцитов, так и изменение их осмотической стойкости в результате омоложения крови, констатированное работами Волина и Месика.

Выводы: 1) Слабые концентрации углекислоты стимулируют деятельность ретикуло-эндотелиальной системы.

2) Физиологический эфект от стимуляции ретикуло-эндотелия совпадает с физиологическим действием нарзанных ванн на здоровый и больной организмы.

3) Поскольку во время пребывания больного в нарзанной ванне концентрация углекислоты в крови повышается, есть основание считать, что как физиологическое действие, так и вытекающий из него терапевтический эфект от нарзанных ванн, помимо общего действия минеральной воды, обусловливается стимулирующим действием на р.-э. повышенного содержания в крови углекислоты.

4) Независимо от механизма накопления углекислоты в крови у лечащихся нарзанными ваннами, содержание углекислоты в последних нужно считать существенно важным фактором и наиболее характерным для этого вида гидротерапии.

Наши данные о влиянии на р.-э. вдыхания слабых концентраций углекислоты дают основание считать, что нельзя игнорировать, как терапевтический фактор, повышенного содержания углекислоты в воздухе над нарзанными ваннами, констатированного Вандергейде в Эмсе и в Альтейгейде и Бунеевым у нас в Кисловодске.

Если принять во внимание, что даже во дворе клиники им. Ленина, недалеко от ванного помещения, и у книжного столика нарзанной галлереи Бунеев находил содержание углекислоты в воздухе—0,11% и что нарзан выносит около 20000 гектолитров в сутки (кроме возможного выхождения сухого газа из трещин), то может быть терапевтический эфект от Кисловодского климата нужно будет отнести не только на счет особенностей горного воздуха, но и на счет повышенного содержания углекислоты.

В частности благоприятный эфект от лечения в Кисловодске гипофункций яичника, олиго- и аменоррей, хлороза и малокровия может быть также нужно отнести за счет стимулирующего действия углекислоты.

Эксперименты над стимулирующим действием углекислоты на развитие и функции женских половых желез у животных (или амфибий и рыб) могли бы подвести научную базу под клинические наблюдения в этом направлении.

Наконец, раздражающее действие углекислоты объясняет установленные клиническим наблюдением противопоказания для лечения нарзанными ваннами, каковыми являются малярия и туберкулез.

Из практики.

Из Акушерско-гинекологической клиники Белмединститута (дир. проф М. Л. Выдрин).

К казуистике сакральных тератом.

Л. И. Канторович.

Врача-акушера сакральные тератомы интересуют с различных точек зрения. Одни случаи представляют чисто научный интерес, другие обращают внимание тем, что они вскоре после рождения нуждаются в хирургическом вмешательстве. Третий вид тератом представляет большой инт - рес ввиду того, что они ведут к ошибочной диагностике и, являясь иногда препятствием для родов, требуют оперативного вмешательства. Именно с последней точки зрения, мы считаем необходимым опубликовать случай, имевший место в нашей клинике и представляющий большой практический интерес.

Роженица Д., крестьянка, 40 лет, нормального телосложения. Таз правильный. Рожала 12 раз. Двое родов—двойнями. Все роды нормальные. дети рождались живыми и нормально развитыми, из них некоторые умерли в возрасте 2—5 лет, по невыясненным причинам. Сифилис отрицается. Со стороны родственников уродов нет. 24/X, в 18 часов больная прибыла в районную больницу. По дороге отходили воды. Роды начались нормально, а затем остановились: родилась головка и верхняя часть туловища, и в таком положении плод застрял. Принимавшая роды акушерка, не справившись сама, пригласила на помощь другую, но и соединенными усилиями (тащили сильно) извлечь плод не удалось. Приглашенный врач обнаружил при внутреннем исследовании сильно натянутую пуповину, которую, перевязав, перезал, предполагая в короткости ее причину остановки продвижения плода. Последующие сильнейшие тракции успеха не имели. Не справившись с данным случаем, он направил больную в клинику, куда она прибыла спустя 7 часов. По дороге в клинику было несколько обморочных припадков.

St. praesens. Лицо мертвенно-бледное, нос заостренный, глаза впавшие, зрачки расширены, губы цианотичны. Температура—35,8°. Пульс слабый, с трудом прощупывается. Дыхание учащенное, поверхностное. Живот слегка напряжен. Матка плотно облегает содержимое, сильно растянута в поперечном направлении, дно ее на уровне пупка. Из половой щели торчит мертвый плод, вытянутый до подвздошных костей, спинкой к симфизу. Наружные половые органы больной отечны. При пробной тракции получается впечатление, будто бы туловище плода где-то сильно прикреплено. Вагинальным исследованием полной рукой обнаружена в области ягодиц гигантская опухоль, которая находится над входом в таз. Сразу же приступлено к внутриматочному измельчению опухоли. Внезапно наступившая смерть больной приостановило вмешательство. 25/XII, в 12 часов—секция (д-р Татаринчик). Патолого-анатомический диагноз: Embolia acrogenes cordis dextr., Haematoma retroperitoneale, Ruptura colli uteri. Сердце вскрыто под водой. В полости правого желудочка оказалось большое количество воздуха.

Освобожденный при патолого-анатомическом вскрытии плод женского пола, вполне доношенный, вес 4000 *г*, длина—52 *см*. Окружность головки 33, окружность груди 34, окружность живота 28 *см*. При первом взгляде на плод бросается в в глаза огромная опухоль, которая по объему больше одной трети плода и исходит

из крестцовой кости и ягодиц. Половая щель нормальна, лежит в одной плоскости с животом. Промежность и анус так отодвинуты опухолью, что анус находится на ее передней поверхности на 2,5 *см* ниже половой щели. Ножки согнуты в тазобедренном и коленном суставах, ступни их лежат на боковых поверхностях опухоли. Таким образом весь плод как бы сидит на опухоли верхом. Опухоль имеет овоидную форму, нижний полюс ее бугристый, неравномерной консистенции, от плотной до флюктуирующей. Окружность ее 52 *см*. Снаружи она покрыта кожей нормального белого цвета. Анатомическая препаровка трупика плода никаких уклонений от нормы не обнаружила. Строение костной системы (рентген) уклонений от нормы не представляет. Опухоль имеет ячеистое строение. *Микроскопическое исследование опухоли.* (Препараты окрашены гематоксилин-эозином). Основу образования составляет различной степени зрелости соединительная ткань, богатая клетками. Главная масса соединительной ткани представлена в виде плазматических клеток и группы лимфоцитоподобных скоплений. Местами среди зрелой соединительной ткани попадаются участки, похожие на жировую ткань. Очень часто попадаются различной величины участки хрящевой ткани, изредка полоски остеоидной ткани и мышечные пучки. Исчерченность поперечно-полосатых мышц достаточно выражена. Местами можно наблюдать очень ранние стадии развития поперечно-исчерченных мышечных волокон. Значительная часть тератомы состоит из кистозных полостей, различной величины, выстланных разнообразным эпителием. В клетках, выстилающих мелкие полости, имеется резко выраженная ацидофильная зернистость. Крупные полости содержат серозную жид-

Рис. 1.

Рис. 2.

кость с примесью слизи, в некоторых ясно заметна коллоидная субстанция. В некоторых кистозных полостях наблюдаются островки из плоского многослойного эпителия, связанные узкой соединительнотканной перемычкой со стенкой полости. В окружающей соединительной ткани также имеются очаги из плоского многослойного эпителия. Кроме того, имеются участки неправильно развившегося многослойного плоского эпителия, в котором можно различить: герминативный слой, ряды атипических клеток шиповидного слоя, ряд клеток зернистого слоя и ороговевший слой, образующий местами концентрически свернутые листки, напоминающие волосяную луковицу. Вблизи наблюдаются трубки, выстланные плоским двуслойным эпителием, соответствующие выводящему протоку потовых желез, а также кучки эпителиальных клеток (зачатки потовых желез). Среди вышеозначенных тканевых элементов встречаются обширные участки, состоящие из нервной ткани. Главная масса последней состоит из звездчатых клеток, подобных молодым астроцитам нейроглии. Наблюдаются и менее диференцированные клетки с рудиментарными отростками, частью вовсе без отростков. Попадаются также и более высоко дифе-

ренцированные многополярные клетки с характерным бледным ядром и крупным ядрышком. Имеются участки, где ясно выражены большие и малые пирамидные клетки с дентритами. Среди нейроглии попадаются лучистообразные фигуры, напоминающие розетки, находимые иногда в глиосаркомах. Невдалеке от вышеописанных образований встречаются полости, то узкие, то кистозно-расширенные, выстланные высоким цилиндрическим эпителием с образованием бокаловидных форм с круглыми, резко-окрашенными ядрами, расположенными у базального конца клеток с нежно-сетчатой полупрозрачной протоплазмой. В одном из кусков найдены включенные в общую массу участки, с отдельно расположенными групками эпителиальных клеток, по структуре напомнающих ткань поджелудочной железы. Микроскопическое исследование опухолевой массы позволяет установить, что мы имеем перед собой тератому, состоящую из элементов трех зародышевых листков.

Описываемый вид уродства представляет большой интерес, как ведущий часто к ошибочной диагностике, требующий иногда оперативного вмешательства при родах. Самое худшее, что акушер может сделать в подобном случае — это форсировать извлечение, несмотря на препятствие. В нашем случае такое форсированное извлечение в райбольнице вызвало разрыв шейки с образованием подбрюшинной гематомы.

Способы оперативного вмешательства различны и должны быть индивидуализированы в каждом отдельном случае. При наличии кистовидной формы нужно попытаться произвести прокол. При плотных формах приходится прибегнуть к операции внутриматочного иссечения или измельчения опухоли. Не приходится останавливаться также перед другими способами оперативного вмешательства, вплоть до эмбриотомии. В нашем случае, убедившись в невозможности извлечения плода, мы тотчас же приступили к внутриматочному иссечению опухоли, но быстрая смерть матери приостановила вмешательство.

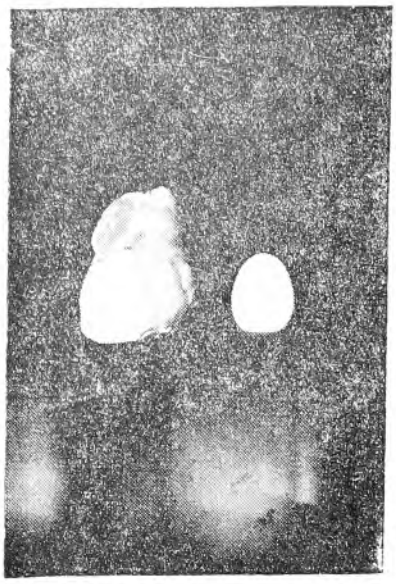
Гигантский камень мочевого пузыря.

П. С. Баженов.

Симптомы, сопровождающие камень мочевого пузыря, настолько неприятны, что больные не медлят обращаться за врачебной помощью; они имеют возможность, подвергнувшись довольно легкой операции, освободиться от камня мочевого пузыря. Благодаря этому теперь очень редко можно встретить крупные камни. Мне пришлось удалить исключительный по величине камень.

22/VIII 1935 г. в Ливенскую больницу поступил крестьянин 48 лет (№ по приемному журналу 2400) с жалобами на мучительные и частые мочеиспускания. Уже с тех пор, как б-ной помнит себя мальчиком, он страдал от болезненных и учащенных мочеиспусканий, особенно после езды на телеге; нередко показывалась и кровь в моче. В 1912 году б-ной обратился к участковому врачу, который заподозрил камень и порекомендовал ехать на операцию; б-ной, однако, этого не сделал; симптомы болезни то затихали, то обострялись. За последние ½ года состояние больного сделалось чрезвычайно мучительным, часто наблюдалась задержка мочи. По истечении 35 лет от начала заболевания больной обратился за врачебной помощью.

Status praesens. Со стороны внутр. органов патологич. изменений нет. При бимануальном исследовании хорошо прощупывается громадный камень, на 2 поперечных пальца выдающийся над лобком. Камнеискатель у входа в пузырь сразу натыкается на камень и дальше не идет. Моча кислая, содержит эритроциты. 25/VIII 1935 г. под эфирным наркозом больному была сделана операция—Sectio alta. Пузырь ничем не наполнялся. Брюшинный заворот оказался и так высоко, и его удалось отодвинуть еще выше, так что обнажилась довольно большая часть пузыря, выпираемая камнем. Сделан продольный разрез стенки пузыря длиной в $4^1/_2$ поперечных пальца, и был вынут громадный камень. Вынимание камня было затруднительно, мешали глав. образом прямые мышцы, которые приходилось с силой раздвигать крючками. Камень вынут был пальцами, без помощи инструментов. Стенка пузыря толщиной 0,8 *см.*, слизистая оболочка густо-красного цвета. Рана пузыря зашита наглухо кетгутом, в 2 этажа. На апоневроз—кетгут, причем оставлена маленькая щель, через которую заведена в предпузырное пространство узкая марлевая полоска. На кожу скобки. Катетер à demeure.



Послеоперационное течение прошло гладко, и б-ой выписался 19/IX 1935 года здоровым.

Камень неправильно-яйцевидной формы, весом 430 *г.*; диаметры по трем взаимно-перпендикулярным направлениям 7 × 8 × 11 *см*; окружность по длиннику 29 *см.*, окружность по поперечнику 23 *см.* Передняя поверхность камня гораздо ровнее задней, где вследствие неравномерного отложения солей (что по всей вероятности вызвано складками слизистой пузыря) образовались причудливые, неподдающиеся описанию неровности (см. рисунок, камень заснят с передней поверхности, рядом для сравнения—куриное яйцо).

По величине камень больного может быть поставлен наряду с наиболее крупными, отмеченными в литературе.

Из Сарапульской городской больницы (зав. хир. отд. П. П. Митрофанов).

Отдаленные результаты после обширной резекции тонкого кишечника.

П. П. Митрофанов.

Описание отдаленных результатов при обширных резекциях кишок (около 2 метр. и более) должно представлять научно-практический интерес в отношении выбора операции и прогноза хирургического вмешательства при разного вида непроходимости и множественных повреждениях кишечника. По литературному материалу мне не удалось встретить описание отдаленных результатов при обширной резекции тонкого кишечника (общ. рез. т. к.). Очевидно они не прослежены, и, по представленным в литературе 30 случаям общ. рез. т. к., надо полагать, что авторы

высказывали свой взгляд на судьбу оперированных больных на основании ближайших результатов. Проф. Бурденко на заседании Моск. хир. о-ва в 1931 г. высказал свой взгляд, что общ. рез. верхнего отдела тонких кишок ведут к поносам, истощению и смерти, удаление же нижнего отдела кишок поносов не дает, и больной может выжить. Кремер, при описании 2 случаев общ. рез. т. к. (Н. х. а. № 119, 1935), также наблюдал поносы, истощения и смерть. Ватман (Н. х. а. № 137, 1935) в описании своего случая общ. рез. т. к. отмечает обильные поносы после операции и последовавшее затем улучшение, после выписки из б-цы судьба больного неизвестна. Абрумянц (Сов. хир., т. IV, кн. V, 1933 г.) при резекции 4,1 м. т. к. у мальчика 5 лет наблюдал в ближайшее время после операции хорошее состояние, прибыль в весе, но все же через $5^1/_2$ мес. поносы и смерть от истощения. По мнению авторов, описавших обширные резекции тонких кишок, надо считать, что отдаленные результаты резекции неблагоприятны— появляются поносы и смерть от истощения в течение 5—6 мес. после операции. Считаю необходимым поделиться наблюдением своих 2-х случаев, отдаленные результаты которых противоположны представленным в литературе случаям. Перехожу к описанию случаев.

1. Гр-н А-в, 25 л., 19/I 1931 г. поступил в б-цу (Баймак АБССР) с диагнозом—ущемленная паховая грыжа. Имеет грыжу несколько лет; пять дней тому назад грыжа ущемилась, и все попытки вправить не увенчались успехом; доставлен для операции. Больной слабый, частая рвота с запахом кала, живот вздут, стула нет; мошонка увеличена до размеров детской головки, кожа как на мошонке, так и в пахов. сгибе воспалена, болезненна при пальпации. Срочная операция под общим хлор. наркозом. Широкий разрез бр. стенки, вне воспаленного участка, под острым углом к ножкам пупартовой связки; вскрыта брюшная полость; обнаружено: ущемление верхнего отдела тонкого кишечника в грыжевых воротах, с перекручиванием брыжейки на 180°. После перевязки сосудов брыжейки и ее отсечения наложен боковой анастомоз между приводящим и отводящим концами ущемленного кишечника, а так как ближайшая часть кишечника, к месту ущемления, была сомнительной в отношении жизнеспособности тканей, то с целью предотвращения в дальнейшем опасности ее омертвения и гнойного перитонита, париетальная брюшина была подшита к серозной кишечника, ниже анастомоза, и таким образом место операции было выведено из брюшной полости; в образованный футляр из брюшины, временно, до окончания операции, была заложена салфетка. В дальнейшем разрез продлен на мошонку; вскрыта мошонка; гнойные массы с распадом тканей кишечника и калом излились через опер. рану; кишечник выделен, обвернут полотенцами, полость мошонки очищена, промыта иодным раствором, вставлены тампоны в мошонку и рана слегка сужена швами. В дальнейшем приступили к резекции гангренисцированного кишечника; тампон из брюшного „футляра" удален, наложены жомы, кишечник резецирован; культи закрыты узловатыми швами и опущены за брюшную стенку, но не в брюшную полость; вставлены тампоны в брюшную рану. Резецированный кишечник оказался длиной 2,5 *м*.

Послеоперационный период. На 3 сутки после операции при перевязке из раны выделилась жидкость с запахом кала, при одновременном жидком стуле через естественный анус. Жидкий стул в течение 4 суток. Рана заживала вторичным натяжением, при перевязке каждый раз выделялся кал. 21/II произведена операция—закрытие калового свища, с одновременным суженнем грыжевых ворот и пахового канала. Каловые массы после вторичной операции не выделялись.

12/III больной выписался в удовлетворительном состоянии, прибывшим в весе и с полным зарубцеванием раны.

Дальнейшее наблюдение. 31/XI 1931 г. вид оперируемого хороший, поносов не было, работоспособен. В 1932 г. больного я видел в том же хорошем состоянии, поносов не было. В 1936 г., через пять лет и 2 мес. я получил письмо от больного. Больной отвечает на мои вопросы: 1) аппетит повышенный; 2) незначитель-

ный понос был в 1935 г., после чего вскоре поправился и опять прибыл в весе; 3) в настоящее время занимается тяжелым физическим трудом (лесоруб) и выполняет работу успешно, расстройства кишечника не бывает.

2. Гр-н Ш-н, 19 лет, доставлен в б-цу 28/VII 1933 г. (В. Салда) с резаной раной брюшной стенки с эвентрацией кишечника. Слабый пульс, бледность кожных покровов. Забинтован грязными полотенцами, пропитанными кровью и калом. При осмотре обнаружено: резаная рана дл. 8 *см* находится на уровне пупка, по наружному краю правой прямой мышцы, эвентрированный кишечник имеет две сквозные, зияющие раны на расстоянии более метра друг от друга. Кишечник обмыт физиол. раствором, завернут в простынь, окружающее место обмыто 10% раствором повар. соли. Операционное поле приготовлено спиртом и иодом. Операция под общим хлор. наркозом. Рана расширена разрезом, осмотрены брюшные органы, нарушения целости других органов не обнаружено. Между приводящим и отводящим концами кишечника с брюшной стороны наложен боковой анастомоз, эвентированная часть кишечника резецирована. Удален верхний отдел кишечника. Оперированное место на кишечнике обмыто 10% раствором повар. соли, вставлен тампон Микулича, рана оставлена незакрытой, но слегка сужена с краев. Длина удаленого кишечника—183 *см*. Послеоперац. течение гладкое, рана зарубцевалась в течение месяца, поносов совсем не наблюдалось, больной выписан. 1/IX 33 года в удовлетворительном состоянии и хорошей упитанности. Через три мес. после выписки, по наведенным справкам, оперируемый в удовлетворительном состоянии, поносов нет и не было. О дальнейшей судьбе сведений не имеется.

Из прослеженных нами двух случаев обш. рез. т. к. первый, где наблюдение более пяти лет, отдаленный результат безусловно можно считать хорошим—оперируемый не истощен, не изнурен поносами и способен к тяжелому физическому труду; второй—длительность наблюдения только 4 мес., что, конечно, не дает права судить о дальнейшей стойкости хороших результатов, однако при менее отдаленных наблюдениях второго случая мы видим полное отсутствие поносов и истощения, при общем удовлетворительном самочувствии оперированного.

Нам кажется, что дальнейший исход операции при обширной рез. т. к. зависит от следующих условий: 1) от длины оставшегося кишечника; если оставлено не менее половины всей длины тонк. кишечника, то всасывающая поверхность оставшегося кишечника очевидно справляется с обслуживанием организма и может не вызвать истощающих поносов и смерти больного; 2) от техники оперирования; резекция кишечника дает спайки брюшных органов вследствие реактивных воспалительных явлений со стороны брюшины; спайки ведут к кишечной непроходимости, повторным операциям и, в большинстве, к смерти больного.

В заключение мы считаем нужным отметить следующее:

1) Резекция половины длины тонкого кишечника может дать хорошие отдаленные результаты с полной трудоспособностью оперируемого.

2) При резекции тонкого кишечника около половины его длины поносов может не быть.

3) При резекции кишечника необходимо, с целью профилактики воспаления брюшины и дальнейших спаек, оперированный участок кишки обшить брюшиной ниже анастомоза, таким образом вывести из брюшной полости, но оставив его за брюшной стенкой.

4) Все случаи обш. рез. кишок, техника оперирования, ближайшие и отдаленные результаты необходимо освещать в печати.

Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Из клиники детских болезней Казанского гос. медицинского института (директор проф. В. К. Меньшиков).

Роль вегетативно-эндокринного аппарата в физиологии и патологии детского возраста.

Е. Н. Короваев.

Эндокринному аппарату принадлежит исключительно большая роль в процессах развития организма, в его физическом и интеллектуальном росте. Чем моложе ребенок, чем интенсивнее протекают вегетативные процессы в организме, тем в большей степени выступает значение эндокринного аппарата. Тесное взаимоотношение желез внутренней секреции с вегетативной нервной системой в виде богатой иннервации их и влияния на их секрецию и трофику вегетативной нервной системы и, наконец, влияние эндокринных желез на состояние вегетативной нервной системы дает основание говорить о едином нейрогормональном аппарате. Необходимо учитывать и роль периферии в гормональном эфекте, на который оказывают влияние ионы К и Са, кислотно-щелочное равновесие среды, сахар крови и продукты межуточного и конечного обмена. Все это говорит о том, что железам внутренней секреции не приходится приписывать доминирующего значения в жизни организма. Различные железы внутренней секреции в сочетании с тем или иным отделом вегетативной нервной системы оказывают не одинаковое влияние на процессы ассимиляции и диссимиляции и накопление или расходование энергии в организме. Gl. thymus, gl. parathyreoideae и pancreas в сочетании с парасимпатической системой являются аппаратом ассимиляторных процессов и накопления энергии, тогда как gl. thyreoidea, hypophisis и надпочечники в сочетании с симпатической системой оказывают обратное влияние, являясь аппаратом диссимиляторных процессов и расхода энергии (Маслов). Основное значение для роста организма имеют gl. thymus, gl. thyreoidea и hypophisis, которые Сахаров называет настоящими железами роста. Основные черты, характеризующие влияние этих желез на организм, сводятся к следующему. Thymus влияет на кальциевый обмен, повышая ассимиляцию солей кальция; способствует задержке воды в организме, повышая способность коллоидов к связыванию ее; оказывает регулирующее влияние на нуклеиновый обмен; стоит в центре витаминного обмена (Матушак), являясь депо и хранилищем витаминов (Гиоя). Эминэт отмечает роль gl. thymus при острых инфекциях (scariatina, dyphteria, t. exanthematicus), называя его барометром напряженности инфекционного процесса. Существенно важное значение thymus'a для растущего организма выявили наблюдения Воробьева над атимированными и тимектомированными поросятами, у которых наблюдались отсталость в росте и весе, нарушение нормальных процессов оссификации, изменение психики, понижение сопротивляемости к инфекциям и изменения со стороны ряда желез внутренней секреции (гипофиз, надпочечники, эпифиз, testes, gl. thyreoidea). Учитывая важную роль thymus'a в про-

цессах обмена и питания организма, Воробьев и Сахаров ставят вопрос о возможности основной роли его в этиологии атрофии у ребенка раннего возраста. Исключительно большое значение для роста и развития организма имеет и gl, thyreoidea своим влиянием на диференцировку тканей, рост органов и костей, оказывая влияние на обызвествление последних. Детский обмен веществ обременяет gl. thyreoidea гораздо сильнее, чем обмен взрослого, в силу чего гипертиреоидизм у детей наблюдается реже,чем у взрослых (Гельмрейх). Явления гипер- или гипофункции gl. thyreoideae отражаются на потребности в пище, повышение которой наблюдается при гиперфункции и понижение при гипофункции (Арон). Лезаж приписывает ей способность парализовать действие ядовитых веществ, образующихся в процессе жизнедеятельности организма. Фосэн, Марбе и Мальво отмечают понижение бактерицидной силы и опсонического индекса сыворотки, равно как и фагоцитарной способности лейкоцитов, наступающих после удаления gl. thyreoideae. Гипофиз с гипо- и субталямической областью объединяется в последнее время в единую гипоталямо-гипофизарную систему, которой приписывается роль главного регулятора всех вегетативных процессов в организме. Главной задачей гипофиза является гормональная регуляция трофических процессов всего организма (Маслов). Большое количество гормонов, выделяемых передней долей гипофиза, регулируют, повидимому, работу большинства эндокринных желез. Большую роль в физиологии и патологии детского возраста играют и паращитовидные железы, оказывающие регулирующее влияние на обмен извести. Влияние их распространяется и на рост скелета и кожи, хотя и не является столь демонстративным, как у настоящих желез роста (Сахаров). Необходимо отметить влияние на рост и развитие организма половых желез, влияющих на рост костей путем закрытия эпифизарных швов; затем эпифиза, ускоряющего пропорциональное развитие физических и нервно-психических функций и надпочечников, кора которых играет роль в борьбе организма с инфекциями. Питание, являющееся важнейшим фактором формирования и развития организма ребенка, определяет вместе с тем состояние эндокринно-вегетативного аппарата. Лейтес указывает, что через нейрогормональный аппарат влияние питания может в филогенезе сказаться на формировании конституции организма. Пенде, характеризуя влияние элементов пищи на эндокринно-вегетативный аппарат, говорит о важности пищевой гигиены для разных возрастов. Влияние питания на эндокринную систему проявляется, по Лейтесу, раздражением или торможением эндокринных желез элементами пищи или отражается на эфекте действия гормонов, вследствие изменения среды продуктами расщепления пищи. Углеводы раздражают инсулярный аппарат pancreas; жиры тормозят его. На gl. thyreoidea оказывают раздражающее действие протеины мяса. Жиры вызывают гиперплязию ее. Влияние питания на характер действия гормонов gl. thyreoideae и pancreas проявляется в следующем: на действие инсулина влияет нарушение коррелятивных взаимоотношений в составе пищи (избыток жира при недостатке белка, избыток белка при нарушении соотношения его с углеводами и жирами). Жир, казеин, яичный желток и соли кальция органических кислот ослабляют действие инкрета gl. thyreoideae. Действие растительной пищи на вегетативно-эндокринный аппарат Пенде характеризует следующим образом: свежие овощи и фрукты благодаря богатству щелочных минеральных солей увеличивают

щелочной резерв организма, умеряют возбудимость симпатической системы и симпатикотропных гормонов, благоприятствуя действию инсулина и парасимпатическому тонусу. Большое влияние на вегетативно-эндокринную систему проявляется со стороны витаминов, имеющих тесное отношение к формированию инкретов эндокринных желез.

Дача пищи, лишенной витаминов, вызывает атрофию ряда эндокринных желез и в первую очередь gl. thyreoideae (Функ, Макензи). Резкую атрофию зобной железы у голубей и млекопитающих при В-авитаминозе отмечают Мурата и Мак-Карризон. Витамины оказывают свое влияние на синтез гормонов и, возможно, непосредственно участвуют в построении некоторых из них. Литературные данные указывают, что синтез гормона gl. thyreoideae зависит от поступления в организм витамина В (Шмидт). Весьма вероятным является участие витамина Е в построении сексуальных гормонов, т. к. относящиеся к сексуальной сфере органы (яичники, кора надпочечников) содержат всегда каротин, который может переходить в ксантофил, относящийся к витамину Е так же, как каротин к витамину А (Эйлер, Клюшман и др.). Функция желез внутренней секреции находится в непосредственной зависимости от поступления в организм витаминов, которые стимулируют или тормозят их деятельность—или непосредственно своим присутствием, или же, как указывает Лейтес, путем изменения процессов метаболизма, что отражается на характере действия гормонов. На функцию gl. thyreoideae оказывают влияние витамины А, В и Д. Витамин А является антагонистом ее гормона, ослабляющим явления гипертиреоидизма (Эйлер). Витамин В своим содержанием в тканях определяет силу действия ее гормона (Лейтес, Шмидт). Витамин Д является синергистом gl. thyreoideae. Он подавляет функцию лимфатической системы, освобождая действие тироксина (Нитчке) С функцией надпочечников связывается влияние витаминов В и С. При В-авитаминозе отмечается резкая гипертрофия коркового слоя надпочечников. В корковом слое надпочечников содержится в большом количестве витамин С, отсутствие которого в пище влечет за собой ряд патолого-анатомических изменений коркового слоя.

Влияние витаминов отражается и на состоянии вегетативной нервной системы. Черкес указывает на нарушение функций ее, наблюдающееся при авитаминозе В в различные фазы болезни, что обусловлено дисфункцией инкреторной системы. Содержание витамина Д в организме Черкес связывает с колебанием уровня электролитной системы, отражающемся на функции вегетативной нервной системы. Наличием этой зависимости он объясняет сезонные колебания состояния инкреторного аппарата и вегетативной нервной системы (гормональные весенние кризы), которые наблюдаются параллельно интенсивности ультрафиолетового излучения. Хороший эфект наблюдали Ван-Бален и Черкес, применяя рыбий жир при склеродермии, заболевании, связанном с нарушением функций вегетативной нервной системы. Характеризуя взаимоотношение витаминов и гормонов, Абдергальден говорит об отсутствии грани, отделяющей их друг от друга, т. к. тем и другим свойственно переходить из недеятельной формы в активную под влиянием среды или функции некоторых клеток организма. Отсутствие принципиального различия между витаминами и гормонами Абдергальден видит и в том, что для построения как тех, так и других организм нуждается в поступлении с пищей определен-

ных веществ. Связь между витаминами и гормонами Степпун определяет наличием общей генетической молекулы, имеющейся у некоторых витаминов и гормонов: так, например, холестерин является генетической молекулой фолликулина и витамина А.

Влияние вегетативно-эндокринной системы на развитие организма ребенка проявляется доминирующим действием гормонов отдельных эндокринных желез в различные периоды детства, в зависимости от возрастного maximum'а той или другой железы. Эту точку зрения разделяют Белоусов, Освальд, Штернберг и Эминэт. Белоусов в результате своих исследований (соматоскопия, педометрия, неврология, морфология крови и обмен веществ) определяет пять эндокринных периодов развития детского организма, отмечая, что каждый последующий период несет в себе наслоения предыдущего: 1) грудной период (до 12 мес.)—превалирует парасимпатическая система с ее ассимиляторными железами (gl. thymus, gl. parathyreoideae и pancreas); 2) младенческий период (от 12 мес. до 3 лет). Доминирующее влияние эпифиза. Ингредиентами являются гипофиз, gl. thymus, gl. thyreoidea и parathyreoideae. К концу периода начинает проявляться функция мозговой субстанции надпочечников. Вегетативная нервная система в состоянии равновесия, хотя и наблюдается много вариантов в пределах физиологической допустимости, зависящих как от состояния доминанты, так и ингредиентов; 3) период первого детства (с 3 до 7 лет) и период второго детства (с 7 до 10—11 лет). Периоды эти характеризуются ростом паренхиматозных органов, костномышечной ткани и развитием нервномозгового вещества. Гипофиз сменяет собою идущий на убыль эпифиз. Выступает роль gl. thyreoideae. Заметный рост половых желез. Нарастает функция надпочечников. Наступает превалирование симпатического отдела вегетативной нервной системы. В эндокринной системе может наблюдаться много вариантов. В периоде второго детства часто наблюдается плюригляндулярная неполноценность; 4) переходный или подростковый период (с 10—11 лет до 12—13 лет у девочек и до 14—15 лет у мальчиков). Наибольшее влияние со стороны gl. thymus, умеряющего функцию половых желез. При достаточно сильном действии гипофиза могут наблюдаться акромегалические диспропорции. В этом периоде организм возвращается к превалированию в нем ассимиляторно-парасимпатического состояния; 5) юношеский период (с 12—13 лет до 20—21 года). В основе эндокринной формулы—половые железы, которые совместно с gl. thyreoidea заканчивают оформление детского организма. Устанавливается равновесие симпатической и парасимпатической нервной системы. В этом периоде может наблюдаться большое число эндокринных вариантов в зависимости от функции доминанты (половые железы) и ее синергистов, а также благодаря наслоению предшествующих периодов. Маслов, разделяя точку зрения Бидля, выделяет неоттененный в схеме Белоусова период новорожденности, в котором проявляется действие коры надпочечников и зачатковых желез, чем обусловлены пигментация кожи новорожденных, рост волос, lanugo и своеобразность жировой ткани.

Доминирующее влияние эндокринных желез в различные периоды детства неодинаково определяются разными авторами. Эминет определяет доминирующее влияние gl. thyreoideae в возрасте 9—12 месяцев. Gl. thymus доминирует своим влиянием в двухлетнем возрасте. Влияние гипофиза проявляется совместно с половыми железами в возрасте десяти

лет. Маслов считает, что gl. thyreoidea начинает проявлять свою активность начиная с пяти месяцев и достигает maximum'а в начале второго года. Наряду с ней начинают выявлять себя gl. parathyreoideae и thymus. Лунц высказывается за доминирующее влияние gl. thymus на процессы роста в течение первых месяцев жизни. Характеристика состояния вегетативной нервной системы у детей является различной у разных авторов. Одни находят явления ваготонии (Каредду, Глазер), другие—симпатикотонии (Перец, Скворцов), третьи говорят о возбудимости обоих ее отделов (Гурвич, Каплан). Медовиков, разделяя взгляд Узенера, говорит о возможности колебания тонуса симпатической и парасимпатической системы в течение суток—днем явления симпатикотонии, ночью—ваготонии. Не приходится забывать, что громадное большинство явлений, трактуемых как ваготонические, является следствием гипотонии симпатической системы (Богомолец). Большое значение вегетативной нервной системы в развитии ряда патологических состояний детского возраста (рахит, эксудативный диатез, лимфатизм, спазмофилия) придает Гуассардо, рассматривая вегетативную нервную систему (ее врожденные влияния) как путь, по которому влияние режима в раннем детстве переходит в патологическое состояние. Медовиков придает доминирующее значение состоянию вегетативной нервной системы в формировании конституциональных типов, считая нормальную конституцию обусловленной гармонической работой обоих отделов вегетативной нервной системы, связанной с эндокринными железами. Огромное значение роли вегетативной нервной системы, как важнейшего фактора конституции, отмечает также Матушак. Маслов не придает в вопросах конституции доминирующего значения вегетативной нервной системе, а видит в ней лишь один из факторов. Конституциональные типы по схеме Сиго объясняются им влиянием эндокринных желез. У мускулярного типа он отмечает возможное доминирование гипофиза. Дигестивный тип имеет дисфункцию gl. thyreoideae и половых желез. Респираторный тип, имеющий выраженный рост нижних конечностей, может быть обусловлен влиянием gl. thyreoideae и половых желез. И в вопросах аномалии конституции мы встречаемся с различными взглядами на факторы, которыми обусловлена патология конституции. Медовиков считает основным фактором аномалии конституции нарушение равновесия вегетативной нервной системы и происходящие в результате этого расстройства регулировки жизненных процессов. Явления ваготонии он отмечает при status irritabilis (эксудативный диатез, нервно-артратический диатез, спазмофильный диатез и status thymicolymphaticus). Симпатикотония отмечается при status asthenicus. Маслов придает значение нарушению деятельности эндокринных желез, считая ее или первопричиной конституциональной аномалии или сопутствующим явлением. Состояние эндокринно-вегетативного аппарата при аномалиях конституции Маслов характеризует следующим образом: у лимфатикогипопластиков отмечается гипоплазия надпочечников, дистиреоидизм и малая sella turcica; у нервноартритиков—нарушение вегетативных центров межуточного мозга; при спазмофилии возможно плюригландулярное расстройство, а не выпадение функций одних лишь паращитовидных желез; у астеников и эксудатиков выступает на сцену нарушение равновесия вегетативной нервной системы—симпатикотония у астеников и ваготония у эксудатиков. Нарушением равновесия вегетативной нервной системы объясняет Богомолец

происхождение отеков, наблюдающихся при эксудативном диатезе, артритизме и невропатической конституции. Сиротинин причисляет эксудативный и нервно-артритический диатез к алергической конституции, указывая, что имеющаяся при этой конституции гипергликемия говорит скорее за участие симпатической нервной системы. Беря за основу терапии эксудативного диатеза переключение организма к нормальному нейротонусу и не делая ограничений в диете, Кливанская-Кроль получила хорошие результаты, которые, однако, были нестойки: явления диатеза возобновились после прекращения лечения. Резкое улучшение от применения тиреоидина при экземах у грудных детей наблюдали Соколов и Розенталь, но эфект тоже был нестойкий. Указывая на участие вегетативно эндокринной системы в происхождении конституциональных аномалий, Маслов отмечает вместе с тем роль конституционального предрасположения при эндокринопатиях и участие вегетативной нервной системы в расстройстве роста у детей. На материале своей клиники он отмечает, что гипертиреоз наблюдается при лимфатико-гипопластической аномалии конституции. Нервно-артритизм и болезни ц. н. с.— предрасполагающий момент для развития гипофизарного нанизма. В патогенезе ожирения большая роль принадлежит нервно-артритизму. Возможно влияние вегетативных центров на развитие macrogenitosomia praecox. Связь конституциональных аномалий отмечат Маслов также с заболеваемостью туберкулезом и острыми инфекциями.

Астеники и лимфатикогипопластики дают большой процент положительной реакции Пирке. Нервноартритики имеют, наоборот, малый процент положительной реакции Пирке, но среди них отмечается большой процент заболеваний коклюшем и дифтерией Велика роль вегетативно-эндокринного аппарата как в патологии раннего детства (расстройства питания), так и при острых инфекционных заболеваниях у детей. В этих случаях патологический процесс, распространяя свое влияние на железы внутренней секреции и вегетативную нервную систему, вызывает нарушение их функций, что является нередко моментом, от которого зависит течение и исход болезни. Последнее в значительной мере зависит от состояния эндокринно-вегетативного аппарата ребенка, его врожденных и конституциональных особенностей, чем определяется стойкость его к патологическим процессам. При состоянии атрофии у грудного ребенка находят поражение (склероз, атрофия) ряда желез внутренней секреции: gl. thymus, gl. thyreoidea, надпочечников, эпителиальных телец и прежде всего thymus (Арон, Нобекур). Явления парентеральной инфекции являются, по мнению Сперанского, результатом первичного раздражения вегетативной нервной системы, дающим усиление перистальтики вследствие высокого стояния тонуса парасимпатической системы в раннем детстве. Нарушение функций вегетативно - эндокринного аппарата имеет место и при токсической диспепсии (Маслов, Сперанский, Тур). Энгель и Ойрстенау полагают, что основой патогенеза интоксикации является чрезвычайная возбудимость вегетативной нервной системы. Гейм рассматривает токсикоз как результат адреналиновой и инсулиновой гипофункции. О надпочечниковом синдроме при тяжелых желудочно-кишечных заболеваниях говорит и Нобекур. Существенной является роль вегетативно-эндокринного аппарата в патогенезе рахита, учитывая нарушение функций эндокринных желез, происходящее в связи с недостатком в организме витаминов.

Нарушение функций имеется, повидимому, у целого ряда эндокринных желез (gl. thymus, gl. thyreoidea, parathyreoideae и надпочечники), в силу чего надо говорить о плюригландулярном расстройстве, лежащем в основе этиопатогенеза рахита (Медовиков, Нобекур). Ничке утверждает, что рахит связан с понижением функций gl. thyreoideae и указывает на благоприятный эфект от ее препаратов при лечении рахита как в эксперименте, так и в клинике. Однако Тенес в своих наблюдениях не мог найти подтверждения этому. Гормонально вегетативный сдвиг Медовиков считает primum movens рахита. Также и Гуассардо объясняет недостаточный остеогенез при рахите гипофункцией n. vagi. К этому взгляду присоединяется и Бергамини, ставя, однако, вопрос, как объяснить эфект от применения витамина Д, имеющего симпатикотоническое влияние. Влияние острых инфекций детского возраста отражается как на функции желез внутренней секреции, так и вегетативной нервной системы, давая на секции патолого-анатомические изменения эндокринно-вегетативного аппарата. Скворцов описывает патолого-анатомические изменения вегетативной нервной системы при дифтерии (повреждения симпатических и автономных ганглиев), дизентерии (изменения симпатических ганглий) и грипе (различные патологические находки в симпатических ганглиях). Николаев нашел патолого-анатомические изменения (атрофия, нарушение кровообращения gl. thyreoideae, thymus'а и надпочечников при pneumonia, sepsis, erysipelas, pyelitis у детей грудного возраста, что дает ему основание сделать вывод о нарушении нормальных процессов развития организма под влиянием острых инфекций. Изменения в ряде желез внутренней секреции (gl. thyreoidea, thymus, надпочечники, pancreas) при острых инфекционных заболеваниях описываются многими авторами (Бушу, Давыдовский, Короина, Лебедев, Молчанов, Скворцов и др.). Токсические тиреоидиты, наблюдаемые при остром ревматизме, грипе, брюшном тифе, скарлатине, кори, коклюше и дифтерии, могут вылиться в последующем в форму микседемы или Базедовой болезни (Давыдовский, Нобекур). Злокачественные формы скарлатины и дифтерии Ютинель объясняет действием вируса на надпочечники, гипофиз и pancreas. По мнению Молчанова патогенез токсической дифтерии стоит в связи с гипоплазией хромафиновой субстанции надпочечников. Ряд авторов (Колтыпин, Медовиков, Молчанов, Нитти, Талалаев) заостряет внимание на нарушении функций вегетативной нервной системы при острых инфекциях детского возраста. Колтыпин различает симпатикотропные инфекции (дифтерия, скарлатина, дизентерия и сыпной тиф); инфекции парасимпатического ряда (корь, краснуха, коклюш, эпидемическая желтуха, брюшной тиф и сывороточная болезнь) и инфекции с явлениями амфотропизма, куда относится грип, особенно его пандемическая форма. Медовиков указывает на возможность бурной реакции, угрожающей жизни больного при некоторых острых инфекциях (scarlatina, dyphteria, pneumonia), при status irritabilis (повышенная возбудимость вегетативно-эндокринного аппарата).

Ревматический вирус обладает симпатикотропными свойствами (Талалаев). Явления парасимпатикотонии наблюдаются как при остром ревматизме (Прессман и Крючкова), так и при chorea minor (Нитти). В патогенезе пневмоний Медовиков, Карно и Рубель видят основную причину в сосудодвигательных расстройствах, зависящих от состояния вегетативной нервной системы. С точки зрения нарушения тонуса вегетативной нервной

системы рассматривает Медовиков возрастные и сезонные особенности пневмоний у детей. При коклюше Нитти находит сдвиг равновесия вегетативной нервной системы в сторону ваготонии. Приступы коклюшного кашля Аркавин объясняет раздражением окончаний n. vagi. Роль вегетативной нервной системы при туберкулезе характеризуется неодинаково. Медовиков считает благоприятным прогноз туберкулеза при status irritabilis, характеризующийся ваготонией с преобладанием ассимиляторных процессов в организме, и неблагоприятный прогноз при status asthenicus с явлениями симпатикотонии и преобладанием диссимиляторных процессов. В противоположность этому взгляду Редекер объясняет тяжелое течение туберкулеза в грудном возрасте и в периоде полового созревания наличием ваготонии, свойственной этим возрастным группам. Ваготонией объясняет он и весенние обострения туберкулеза. Большое значение состоянию вегетативной нервной системы при инфекциях придает Богомолец, говоря, что забота врача о состоянии вегетативных центров при тяжелых инфекциях является одной из важнейших задач терапии. Состояние вегетативной нервной системы и функции желез внутренней секреции являются существенно важными в выработке иммунитета и стойкости организма к инфекциям. Торможение и активирование вегетативной нервной системой образования антител отмечает Медовиков, наблюдавший разный титр агглютинации у детей вакцинированных против брюшного тифа.

В то время как ваготоники давали высокий титр, у симпатикотоников наблюдался низкий титр. Роль надпочечников в повышении сопротивляемости организма к инфекциям выявляется экспериментальными работами в этой области. Ландекер и Зингер наблюдали повышение сопротивляемости белых мышей к стрептококковой инфекции при кормлении их веществом надпочечников или введении экстракта из надпочечников. Кубэ описывает благоприятный эфект при лечении морских свинок, отравленных дифтерийным токсином, экстрактом коры надпочечников, содержащим аксорбиновую кислоту. Подопытные животные выживают, и у них не наблюдается гистологических изменений в надпочечниках. Наблюдения Коздоба над сопротивляемостью организма к отдельным инфекциям, внесенным в рану подопытных животных, показали повышение сопротивляемости при увеличении в организме гормона (трансплантация желез или инъекция гормона) gl. thyreoideae, testes et lienis. Приведенный материал показывает, насколько важную роль играет вегетативно-эндокринный аппарат в физиологии и патологии детского возраста.

Литература: 1. Абдергальден, Центр. медиц. журнал, 1933 г., т. XII. в. 5.— 2. Арон, Алиментарные расстройства питания ребенка, 1931 г.—3. Богомолец, О вегетативных центрах обмена, 1928 г.—4. Богомолец, Отек, 1928 г.—5. Руководство по патологической физиологии, под ред. Богомольца, 1935 г.— 6. Белоусов, Вестн. эндокрин., 1931 г., т. III, № 4.—7. Вайль, Казанский мед. журнал, 1936 г.—8. Воробьев, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—9. Воробьев, Вестн. эндокрин., 1929 г., т. III, №№ 1—2.— 10. Гельмрейх, Обмен. энергии у ребенка, 1928 г.—11. Гуз, Педиатрия, 1930 г., № 3.—12. Давыдовский. Патологическая анатомия и патогенез важнейших заболеваний человека, 1935 г.—13. Дрезель, Заболевания вегетативной нервной системы, 1926 г.—14. Зимницкий, Вегетативно-эндокринный аппарат и его роль в патогенезе и терапии ряда патологических состояний организма, Гормоны и лизаты, 1933, № 3.—15. Курс инфекционных заболеваний, под ред. Златогорова и Плетнева, 1935 г.—16. Каплан, Труды третьего всесоюзного съезда

детских врачей, 1925 г.—17. Коздоба. Врач. дело, 1935 г., № 12.—18. Колтыпин, Учебник острых инфекционных болезней детского возраста, 1933 г.—19. Клиника ревматизма у детей, под ред. Киселя, 1935 г.—20. Лезаж, Учебник болезней грудного возраста, 1913 г.—21. Лейтес, Основы и достижения современной медицины, 1934 г., т. II.—22. Лунц, Физиология и диететика ребенка, 1935 г.—23. Маслов, Труды четвертого всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—24. Маслов, Учение о конституциях и аномалиях конституций у детей, 1926 г.—25. Маслов, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—26. Маслов, Врач. газ., 1930, №№ 9, 10.—27. Маслов, Основы учения о ребенке, 1930 г.—28. Матушак и Шеповальников, Факторы конституции и методика исследовачия ее у детей и подростков, 1930 г.—29. Могилевский, Казан. мед. журн. 1935, № 11-12.—30. Могилевский, Казан. мед. журн., 1936 г., № 1.—31. Медовиков, Рахит и его лечение, 1927.—32. Медовиков, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—33. Молчанов, Пропедевтика детских болезней, 1936 г.—34. Нобекур, Учебник детских болезней, 1928 г.—35. Нобекур, Внутренняя секреция и ее расстройство у детей и подростков, 1927 г.—36. Пейсахович, Врач. дело, 1935 г., № 7.—37. Симон и Редекер, Детский туберкулез, 1930 г.—38. Скворцов. Патологическая анатомия важнейших заболеваний детского возраста, 1935 г.—39. Сахаров и Шервинский, Основы эндокринологии, 1929 г.—40. Соколов и Розенталь, Педиатрия, 1930 г., т. XIV, в. I.—41. Тренделенбург, Гормоны, т. II, 1936.—42. Тангаузер, Руководство по обмену веществ, 1934 г.—43. Талалаев, Острый ревматизм, 1932 г.,—44. Федынский, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.,—45. Цондек, Болезни эндокринных желез, 1929 г.—46. Черкес, Витамины и авитамины, 1929 г.,—47. Шмидт, Сов. врач. газ., 1933 г., № 12.—48. Эминет, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.

VI съезд хирургов Украины.

(Одесса, 25—29 июня 1936 г.).

А. Г. Гильман.

Съезд был исключительно многолюдным, в его работах приняли участие 1511 ч., из которых советская Украина дала 766 ч. Программа была посвящена вопросам: 1) перитониты и их лечение; 2) гнойные артриты и их лечение; 3) кишечная непроходимость; 4) лечение инфицированных ран; 5) с.-х. травматизм; 6) новокаиновый блок; 7) лечение ожогов. Ортопедический день включал два вопроса: „Поясничные боли с ортопедической точки зрения“ и „Неправильно сросшиеся переломы“.

Первый день съезда начался докладом проф. Шамова (Харьков) о перитонитах и их лечении. Несмотря на громадные успехи современной хирургии, особенно в брюшной полости, перитонит (п.) продолжает стоять угрозой в деятельности хирурга, и проблема п. остается во многом неразрешенной. П. развивается в результате попадания инфекции в брюшную полость, иногда вместе с содержимым органов при их прободении. Обширная поверхность брюшины подвергается резкому раздражению, в результате которого развивается шок. Капилярно-сосудистая сеть брюшины после кратковременного начального спазма расширяется, вызывая значительную гиперемию. В результате резкого расширения сосудов брюшины происходит падение кровяного давления и нередко развивается коллапс. Вслед за гиперемией идет обильная трансудация серозной жидкости, к которой присоединяется выхождение форменных элементов, фагоцити-

рующих бактерии: трансудат превращается в эксудат. Последний содержит, кроме бактерий, токсины, а также фибрин, фиксирующий на себе бактерии и участвующий в образовании спаек и слипчивого отграничивающего п. Способность к образованию спаек, широко варьирующая в зависимости от конституциональных особенностей, и индивидуальные колебания в иммунобиологических свойствах мало изучены. Обширная поверхность брюшной полости и строение брюшины способствуют всасыванию эксудата, причем растворимые в-ва попадают в ток крови через систему воротной вены и печени; более плотные частицы—по лимфатическим путям брюшной полости, а отсюда—в забрюшинные и медиастинальные железы, частично—непосредственно в грудной проток. Усиленные дыхательные движения, перистальтика, применение тепла—повышают процесс всасывания; покой, лед—замедляют его. Токсины из брюшной полости всасываются также по лимфатическим путям блуждающих нервов, поражая непосредственно вазомоторный и дыхательный центры продолговатого мозга (Пигалев, Маненков). Поступающая в кровь бактериальная флора подвергается здесь быстрому разрушению, таким образом первую роль при п. играет не бактериемия, а токсемия. Следующий основной момент в механизме развивающегося п.—паралич кишечника. Вследствие воздействия токсинов на сосуды, мышцы и нервные сплетения кишечника, а позднее также вследствие механических моментов растяжения его эксудатом,—наступает парез и последующий паралич кишок. Разложение содержимого кишечника с образованием газов, нарушение его всасывательной и двигательной способности ведут к резкому вздутию живота, метеоризму и поднятию диафрагмы.

Следующее звено в клинической картине п. составляют нарушения в кровообращении и сердечной деятельности. По указанным выше причинам происходит скопление крови в капилярах и венах брюшной полости, происходит как бы „кровотечение в сосуды брюшной полости". Это ложится тяжелой нагрузкой на работу сердца, которое „начинает бешеным галопом охотиться за кровью, исчезнувшей в брюшной полости" (Лихтенберг). Методы лечения диф. гнойного п. на протяжении нескольких десятилетий подвергались пересмотру. От периода, когда лечение гнойного п. считалось пограничной областью хирургии (Керте, 1892 г.), перешли к категорическому положению, что оперативное устранение очага инфекции не подлежит дискуссии (Нетцель, 1909 г.). В 1926 году Киршнер считает уже возможным внести ряд ограничений к оперативному лечению при гнойных п., считая операцию противопоказанной при гонококковых п. у женщин, при пневмококковых п. и в поздних, совершенно безнадежных стадиях. *При всех других формах п.* он, выражая точку зрения большинства хирургов, требует *немедленной операции в каждом случае, в любой стадии заболевания.* В Америке много сторонников дальнейшего ограничения оперативного лечения при более поздних стадиях диф. гнойного п. Консервативное лечение по Окснеру—борьба с токсемией путем строжайшего покоя больного и желудочно-кишечного тракта—абсолютный голод, постоянное опорожнение желудка тонким зондом, морфий, согревание живота световой ванной—на основании ряда статистик дает при диф. поздних п. значительное уменьшение смертности по сравнению с оперативным. Но сами сторонники метода Окснера не называют его консервативной терапией, а deferred operation,

т. е. откладыванием операции и тщательным наблюдением за больным „с ножом в руке“, позволяющим вскрытие отграниченных очагов, как только они сформируются. *Остается незыблемым положение, что всякий больной, даже с малейшим подозрением на п., должен быть немедленно отправлен в хирургическое учреждение. Ни о каком терапевтическом лечении п. не может быть и речи.* В проблеме лечения диф. п. два принципа являются основными: 1) как можно скорее устранить источник инфекции, 2) как можно меньше нарушать защитный барьер. Наркоз, потягивание брыжеек, эвентрации являются новой, иногда непосильной нагрузкой на нервную и кровеносную систему б-ного, почему наибольшая смертность падает на первые часы после операций. Мудрое правило Мерфи—„быстро войти в брюшную полость и как можно скорее оттуда выйти“, требует вскрытия брюшной полости над очагом инфекции и лишь в неясных случаях по средней линии. Операция должна быть наиболее простой, даже если она нерадикальна в отношении основного заболевания, отсюда следует, что при перфорациях желудка и duodeni резекция противопоказана, ушивание наиболее целесообразно; очаг инфекции удаляется, если это возможно без затруднений, в противном случае—подшивание и дренирование места перфорации. В отношении эксудата принцип удаления его не вызывает споров, как это имеет место в отношении способов его эвакуации. Докладчик против протираний и промываний брюшной полости, против вливаний в нее гиперт. растворов декстрозы, усиливающих всасывание и повреждающих защитные фибринозные отложения; высказывается против применения антисептических в-в при п., против промывания бр. полости эфиром и спиртом, как повреждающих целость эндотелия и нарушающих защитные барьеры. Что касается применения дренажей, то, вследствие их быстрой инкапсуляции, они не достигают цели и не уменьшают смертности по сравнению с методами глухого шва. Поэтому их употребление имеет смысл лишь при гнойниках, отграниченных от общей брюшной полости. Большое значение имеет правильный послеоперационный уход. Систематическое применение морфия, избавляющего больного от болевых ощущений, сберегает силы его и, по исследованиям Крайля, защищает клетки мозговых центров, печени и надпочечников от интоксикации. Для борьбы с серд.-сосуд. слабостью—капельные клизмы и внутривенные вливания с прибавлением глюкозы. Проф. Шамов напоминает, что хирургия на протяжении десятилетий добилась значительных успехов в деле лечения п., но мы теперь находимся у пределов возможного для хирург. метода. Дальнейший прогресс в этой области возможен только на другом пути—иммунно-биологическом.

Несомненно большая роль предстоит сложным сывороткам в деле лечения дифузных п. и дальнейшего снижения смертности. Совместная работа с иммунно-биологами—наша ближайшая задача. *Положение о немедленной отправке в хирургическое отделение всех подозрительных на п. б-ных должно быть безапелляционно усвоено всеми терапевтами, районными и разъездными врачами.*

Следующий доклад „О туберкулезном п.“ был представлен проф. Часовниковым (Одесса).

Тбк перитонит наблюдается чаще всего среди б-ных, страдающих тбк других органов, возникая вторично. Из первичных очагов на первом

месте стоят легкие, плевра, мезентериальные железы, реже — кости и суставы. Инфекция проникает в брюшину по лимф. путям, реже—контактным путем и гематогенно. Обычно различают три формы: эксудативную, фибринозно-слипчивую и язвенно-гнойную. Некоторые признают только две формы: эксудативную и сухую. Резкое разграничение между формами не всегда возможно, т. к. по существу они различные стадии одного процесса. Начало и течение в большей части медленное, реже подострое. Температура чаще нормальна, но может быть и высокой. С диагностической точки зрения возможны трудности, вследствие смешения с острым п., с гнойным пельвео-перитонитом, холециститом и т. д. Клинический и пат.-анат. диагноз совпадают в 40% случ. При распознавании большую роль играет хорошо собранный анамнез, проба Пирке, в более трудных случаях прививка эксудата морской свинке и пробная лапаротомия. Лечение тбк п. идет в двух направлениях: консервативном (гелиотерапия, кварц, облучение, реже рентген) и оперативном—лапаротомия.

Оба метода всегда сочетаются с рациональным питанием и гигиеническим режимом, если возможно—с санаторным лечением.

При операции не рекомендуется вылущать железы, удалять червеобразный отросток и придатки. Ближайшие результаты лечения лучше отдаленных, которые в значительной степени зависят от тенденции к развитию первичного очага.

С докладом о пневмококковых п. выступил проф. Кох (Одесса). Эта форма представляет почти исключительную привилегию детей, но встречается и у взрослых. Наблюдается не часто, но при заболеваниях брюшной полости у детей о ней нужно помнить. Пути проникновения диплококка—гематогенный (метастатический, оральный, отогенный, пульмогенный и пр.), лимфогенный, многими оспариваемый, и вагинальный. Диф. диагноз имеет большое значение, т. к. оперативное лечение при п. п. в первые дни в стадии шока, а затем в стадии дифузного п. противопоказано; только в дальнейшем, в стадии отграничения и образования абсцесса, показано вмешательство.

Проф. Мир-Касимов (Баку) сделал сообщение о 78 сл. перфоративных п. при брюшном тифе. Эта форма п. может возникнуть и без перфорации язвы, т. к. истонченная кишечная петля может пропускать флору и вызвать п. Диагноз облегчается нахождением газа в брюшной полости при рентгеноскопии. При всяком обоснованном подозрении на п. необходимо сделать пробную лапаротомию. При зашивании перфорации следует избегать тампонады, брюшную рану зашивать наглухо. Живые дебаты вызвали вопросы дренирования брюшной полости, вливания в нее эфира, спирта и применения антисептических средств.

Проф. Ратнер (Казань) рекомендовал энтеростомию при паралитических формах п. после аппендектомий и гинекологических операций.

Т. Молодая обратила внимание на резкую разницу в течении п. в зависимости от того, сделана ли операция под общим наркозом или под местной анестезией по Вишневскому.

Председатель проф. Гальперн в мастерском резюме указал, что к вопросу о лечении п. практические врачи, как это показали прения, относятся с живейшим интересом.

Съезду представлен огромный материал, но он еще не дает элементов нового, которые бы позволили нам продвинуться вперед в борьбе со

смертностью. За последние 20 лет в этой области достигнуты колоссальные успехи, но порядочная часть больных все еще погибает. Отсюда наши поиски новых путей. Решающее значение имеет ранняя диагностика и ранняя операция, с целью устранения источника инфекции. Б-ные п. больших вмешательств не переносят, поэтому наши операции должны быть простыми. Все остальное—детали, правда, существенные. Дренаж на длительный срок невозможен, но около суток он функционирует, а сутки при п.—срок большой. Поэтому о дренаже практическому врачу надо помнить. Что касается промывания брюшной полости, то небольшие не достигают цели, а при больших, как это делают „патентованные промывальщики", редко получаются хорошие результаты. Эфир—давно похоронен, спирт вряд ли получит практическое применение вследствие вредного его воздействия на эндотелий. Сывороточное лечение п. заслуживает проверки, и НКЗ следует позаботиться об изготовлении сыворотки.

При лечении пневмококковых п. мы в острой стадии не можем рационально поставить лечение, т. к. не знаем, а, следовательно, не можем устранить источника инфекции. В сомнительных случаях предпочтительно оперировать. В лечении тбк п. здоровый консерватизм определяет нашу линию поведения, та же тенденция по отношению к пневмококковому п.

Часть вечернего заседания была уделена вопросу о „лечении гнойных артритов". Проф. Ф. Ю. Розе (Харьков) указал на большое оборонное значение этого вопроса. Суставы—очень чувствительный к инфекции отдел человеческого организма. В первые дни развивается эмпиема сустава, через 8—12 дней мы уже имеем флегмону капсулы сустава. В первые 2—3 дня активные движения еще сохранены, при флегмоне активные движения невозможны, а пассивные—очень болезненны. Эмпиема в короткий срок, но постепенно переходит в флегмону. Большое значение при проникающих ранениях имеет профилактическое лечение: при глухом закрывании сустава вводят несколько *куб. см* антис. раствора (риваноль). Если прошло 7—8 часов, рану надо считать несомненно инфицированной. В стадии эмпиемы дает хороший результат метод Пайра—прокол сустава, введение в его полость раствора новокаина под сильным давлением, с последующим отсасыванием и вливанием камфор-нафтола. Если метод Пайра не дает результатов, то прибегают к артротомии. В материале Розе преобладают поражения коленного сустава. Артротомия Кенига здесь недостаточна вследствие неполного дренажа, поэтому а. предпочитает широкую артротомию. По отношению к другим суставам мы еще не имеем рациональных методов дренирования. При гнойном воспалении локтевого, плечевого и кистевого суставов, автор настаивает на первичной резекции уже в первые дни. В стадии флегмоны—первичная резекция с широкой артротомией. В отдельных случаях может быть показана ампутация, но она дает не меньшую смертность, чем резекция. Все методы артротомии дают анкилоз.

Проф. Болярский (Винница) свой доклад посвятил анализу 53 случ. гнойного воспаления коленного сустава, со смертностью в 9,4%.

Случаи с ослабленной инфекцией (синовиты пневмо- и стафило-кокковые), сквозные огнестрельные ранения часто излечиваются при простой иммобилизации сустава. При незапущенных случаях гнойных гонитов хорошие результаты дают пункции с промыванием сустава (риваноль, жидкость Дакена). При их недействительности—артротомия. При болез-

ненности и отеке в подколенной ямке—разрезы сзади по методу Ясенецкого-Войно. Консервативную терапию гнойных артритов защищал Махмудбеков (Баку).

Выступавшие в прениях отдавали должное консервативным методам лечения, но с учетом характера инфекции и клинической формы (Заблудовский, Торкачева).

Проф. Краснобаев (Москва) отметил особенности течения гнойных артритов у детей, где ему ни разу не приходилось прибегать ни к резекции, ни к ампутации. При эмпиеме сустава—простая пункция и покой ведут у детей к излечению, при флегмоне—артротомия. *Попытки к консервативному лечению, имеющему целью сохранение не только жизни больного, но и функции сустава, заслуживают дальнейшего изучения, но при этом необходимо умелое и тщательное наблюдение, чтобы в случаях, где процесс не удается локализовать, уступать дорогу ножу.*

Весь *второй день* съезда был занят докладами и прениями по программному вопросу „кишечная непроходимость".

Первый докладчик проф. Э. Л. Шапиро (Одесса) констатирует недостаточную изученность патогенеза к. н. Экспериментальные исследования по этому вопросу далеко не всегда приводят к результатам, которые могли бы быть перенесены в патологию человека. Нарушение кровообращения в кишечнике при к. н., вследствие сдавления кишечной петли или сосудов брыжейки ведет к расстройствам процессов всасывания выше места сдавления и к перерастяжению ее стенок; скопление жидкого содержимого в просвете кишок вследствие трансудации и гиперсекреции ведет к глубоким нарушениям водно-солевого обмена; кровь теряет способность удерживать уровень хлоридов. Останавливаясь на различных теориях к. н., докладчик отдает предпочтение интоксикационной теории. Только в 50% удается поставить правильный диагноз характера к. н. Большое значение имеет тщательно собранный анамнез.

На вопросах терапии к. н. останавливается проф. Юкельсон (Киев). Консервативные мероприятия могут рассчитывать на успех только при немногочисленных формах к. н. механического характера, как илеоцекальная инвагинация у детей, к. н. от аскарид и заворот flex. sygmoideae при поворотах не более 180°. На первом месте—клизмы, обыкновенные и высокие, в особенности с гипертр. раствором соли (15%). *На терапевтических мероприятиях не следует задерживаться более 3—4 часов. Единственное причинное лечение—оперативное.* Перед операцией—промывание желудка. Ввиду малой сопротивляемости б-ных—максимальное щажение. Первая задача: выяснение места и характера препятствия. В этом смысле ничего неясного оставаться не должно, надо помнить о возможности нескольких препятствий. Избегать эвентрации, если это возможно сочетать с точным выяснением места препятствия. Первичная резекция при илеусах вследствие опухолей толстых кишок дает большую смертность, поэтому в таких случаях следует наложить каловый свищ на слепую кишку, а резекцию сделать при втором этапе.

Проф. А. В. Мельников (Харьков) в живом докладе, заостренном на собственных установках, отмечает, что к. н. это область, где хирурги допускают наибольшее количество ошибок. Смертность при к. н. за последние 25 лет не имеет тенденции падать и остается выше 40%. Деле-

ние на механическую и динамическую формы к. н. действительно в первые часы; всякий илеус странгул. характера в дальнейшем осложняется явлениями обтурации. Автор придерживается деления Рокицкого на к. н. экстра- и интраорганные и интрамуральные. Различает 4 стадии: 1) местных явлений, 2) шока, 3) интоксикации и 4) перитонита (сепсиса). Симптом—боли в первой стадии; без боли нет острого илеуса; менее важное значение имеет неотхождение кала и газов и, наконец, ранняя рвота при нормальной или субнормальной температуре. При оценке боли надо помнить о склонности некоторых пожилых лиц сглаживать интенсивность болевых ощущений. Только ранняя операция дает условия для снижения операц. смертности, и если операция в I стадии дает 10—12%, то в III она поднимается до 45%, а при IV—до 90%. В запущенных случаях автор—сторонник кишечного свища, высказывается категорически против энтероанастомоза при к. н., дающего повод к последующему circulus vitiosus. Только при заворотах S-romani анастомоз заслуживает внимания. Надо помнить, что операция ликвидирует механическое препятствие, но не снимает шока и интоксикации, поэтому послеоперац. период требует особого внимания: вливания глюкозы, адреналин, промывания желудка и т. д.

Проф. Самарин (Ленинград) считает, что при к. н. большую роль играет нарушение кругооборота пищеварительных соков. Этим объясняется высокая смертность при тонко кишечных свищах. Резко возражает против интоксикационной теории. Центральное место в проблеме к. н. играет потеря соков, соковое голодание, плохое всасывание в кишечнике.

Из выступавших в прениях одни делились своим материалом, другие докладывали об особенностях к. н. у детей, указывали на необходимость изучения отдал. результатов, отмечая, что только у 20% получен хороший результат, а $^3/_4$ оперированных продолжают болеть.

Применение местной анестезии по методу проф. Вишневского дает снижение смертности (Шолков, Динерман, Тимофеев и др.). Большие споры вызвал вопрос о первичной резекции, высокая смертность которой склоняет многих к паллиативным операциям (Мушкатин, Гуревич, Ратнер).

В заключ. слове пред. проф. Герцен указывает, что, как показали прения, интоксикационная теория имеет все же много сторонников, но нет сомнения, что расстройства обмена хлора также играют большую роль. По вопросу об эксудате не может быть двух мнений—его необходимо удалять, конечно без лишней травмы. В отношении местной анестезии проф. Герцен по существу не резюмировал дебаты, выявившие ряд преимуществ местной анестезии при к. н., а высказал свое личное отрицательное отношение к местному обезболиванию.

Утреннее заседание *третьего дня* съезда посвящено докладам о лечении инфицированных ран. Вопрос этот всегда юный и всегда своевременный, как правильно отметил проф. Милостанов (Харьков). В царской армии помощь раненым была поставлена настолько плохо, что в строй возвращалось только 40% раненых, тогда как в западных странах—до 90%. Наш долг перед советской нашей родиной—поставить дело лечения раненых на надлежащую высоту. Если в деле лечения ран ранее господствовало бактериол. направление, то в наше время завоевывает симпатии всех био-физико-химическое. Лечение инфицированных ран в современном понимании ставит своей задачей воздействие на инфекцию путем стиму-

ляции биохимических реакций, идущих в ране, в процессе ее заживления. Все ранения следует делить на две группы: 1) свеже-инфицированные; 2) инфицированные. Границей между ними являются первые 24 ч. В настоящее время намечается три направления в лечении ран: a) антисептика физико-механическая; b) a. химическая и c) a. био-физико-химическая. Первое включает непревзойденный в предупреждении инфекции метод первичного иссечения раны с первичным швом или без него.

В оценке второго направления мы далеко ушли от концепций Листера: проблема абортивного удаления инфекции не разрешена. Кроме свежих ранений небольших размеров и простых по форме и анатомическому характеру, антисептика применяется как фактор косвенного воздействия на бактерию путем повышения имунно-биологических свойств тканей. Здесь большое значение имеют хлорсодержащие препараты, в частности хлорацид. Наконец, био-физико-химическая антисептика включает большой круг методов, имеющих целью охранять естественные процессы заживления ран (метод закрытого, бездренажного, бестампонного лечения; редкие перевязки, покой раны). Гнилостные раны, с заведомо анаэробной инфекцией, лучше протекают при открытом способе. Стимуляция регенеративных процессов в ране достигается применением лизатотерапии, витаминного метода по Леру, ферментного лечения, помогающего организму легче преодолеть процессы распада. Наш интерес привлекают методы создания коллоидной пленки в ране; много обещает бактериофаг.

Проф. Коздоба остановился на роли эндокринной системы в заживлении ран.

Проф. Соколов (Одесса) поделился опытом лечения инфиц. ран растительными соками (апельсинным и помидорным).

О коллоидотерапии гнойных ран сделали сообщение Новиков (гуммиарабик) и Школьников (столярный клей).

Разноречивую оценку получили препараты серебра по Моисееву и Ермолаеву.

Большой интерес представляло выступление проф. Гориневской (Москва) об ошибках и осложнениях при первичной обработке и наложении глухого шва на первично инфицированные раны. Иссечение—ходовая, но иногда очень трудная операция. На материале института им. Склифасовского (4000 случаев тяжелой уличной травмы) получено при применении этого метода только 12,6% нагноений и 0,7% смертей. Однако опыт показал, что при выполнении этой операции допускается ряд ошибок: 1) иссекаются края раны, а дно и стенки ее оставляются, 2) оставляются в глубине раны инородные тела (солома, щепочки и пр.), что приводит к тяжелым осложнениям—газовая инфекция, сепсис и т. д. Необходимо тщательное иссечение поврежденных размятых мышц. Не следует допускать при наложении швов натяжения кожи. Необходимо тщательное последующее наблюдение и при появлении повышенной температуры, болей, отека—немедленно расшить рану.

Страстные прения вызвал вопрос об открытом лечении ран, сторонники которого указывали на вред повязок, нарушающих покой раны, тогда как противники, наоборот, отмечали неэкономность метода (пачкает белье, требует спец. персонала для ухода). „Смрад в палатах при открытом лечении не уступает смраду в Дантовом аду“—едко отметил проф. Корчиц.

Предс. проф. Мельников в заключительном слове отметил большой интерес вопроса, вызвавшего оживленные прения. В отношении антис. средств выявилось, наряду с увлечениями одних, неудовлетворенность других. Антисепт. вещества,—правильно указал проф. Мельников,—останутся в хирургической клинике, пока существует человек. Бактерицид займет, повидимому, большое место. Лечение препаратами Моисеева не внушает больших надежд; аммиачные соли серебра заслуживают изучения. Методы, связанные с применением витаминов, в частности Лера, всегда будут оставлять сомнение, не обязаны ли они своими результатами покою и мазевым повязкам, которые издавна занимают заслуженное место в лечении ран, а не витамину. Коллоидотерапия ран заслуживает внимания, но она еще не вышла из стадии лабораторного изучения, так же, как и применение бактериофага. Противоречивость в результатах применения различных методов частично объясняется тем, что сторонники какого-либо метода получают хорошие результаты не столько благодаря присущим самому способу преимуществам, сколько более внимательным уходом за б-ными при изучении любого метода.

Данные Гориневской показали, каких блестящих результатов можно достигнуть в спец. учреждении при первичном иссечении инфиц. ран, но он требует большого уменья, а потому его пока нельзя широко пропагандировать. И тампон, и дренаж останутся, пока существует хирургия, т. к. они в ряде случаев выручают хирурга. Метод открытого лечения ран допустим при поверхностных ранениях, применение его при всякого рода глубоких ранах—жесточайшая ошибка.

Обстоятельный и живой доклад по программному вопросу о с.-х. травматизме сделала проф. Гориневская. Огромная часть населения нашей страны—колхозники. А между тем, с делом медпомощи на этом участке у нас далеко не благополучно. Выезды на село на время посевов и уборки, кампанейский метод работы нас удовлетворить не могут. В условиях социалистической организации труда, где в основу положена прежде всего забота о человеке, возможна плановая борьба с с.-х. т. Громадный опыт борьбы с промышленным травматизмом в значительной степени может облегчить эту задачу.

Подлежат тщательному изучению организационные причины с.-х. т.—нерациональные методы ведения с.-х. работ, работа устарелыми орудиями, недостаточное знакомство с новейшими с.-х. машинами. Необходимо обратить внимание на методы профилактики с.-х. т., как правильная организация труда, овладение техникой, борьба за поднятие культурного уровня колхозника и т. д. Первоочередные задачи состоят в распространении знаний по первой помощи среди колхозников, улучшении транспорта, подготовке участковых врачей.

Тов. Бродский указывает, что на первом месте стоят травмы трактором вследствие недостаточного знакомства с его устройством.

Доц. Векснер (Днепропетровск) по вопросу о травмах трактористов отмечает уменьшение количества повреждений с увеличением стажа трактористов.

Т. Климов с успехом демонстрировал съезду особую форму асептических пакетов, модель передвижной амбулатории на автомобиле.

Изменения в устройстве с.-х. машин, предлагаемые врачами, с целью уменьшения травм, как указал проф. Гальперн, часто не принимаются

то внимание заводами, их изготовляющими. Необходимо привлечь внимание печати и НКЗ, чтобы переломить консервативные тенденции некоторых хозяйственников.

В заключит. слове проф. Гориневская совершенно правильно указала, что в деле борьбы с с.-х. т. нельзя полагаться на самотек в надежде, что внедрение машин уменьшит количество травм. Здесь надо много и упорно поработать.

Четвертый день съезда открылся докладом заслуж. деятеля науки проф. А. В. Вишневского (Москва) „О новокаиновом блоке", при напряженном внимании переполненного делегатами зала. Вопрос о н. б. тесно связан с проблемой нейротрофики. Последняя впервые поставлена покойным Павловым в работе об усиливающих нервах сердца. Под трофическим влиянием он понимал участие вегетативных нервов в регуляции интимных химических превращений и обмена материалами между тканью и внешней средой. Дальнейшее развитие эта проблема получила в работах школы Орбели и Сперанского. Проф. А. В. Вишневский подошел к вопросу другим путем—многолетней системной работой по местному обезболиванию. Его внимание прежде всего привлекли нарушения в течении заживления ран при неправильной конструкции обезболивающих растворов и погрешности в технике инъекций. Эти нарушения в заживлении ран им объяснялись вредным влиянием на трофическую установку нервной системы и легко устранялись изменением состава раствора, щажением тканей, пользованием теплым раствором. Применяя в течение ряда лет инфильтр. анестезию при воспалительных процессах в разрез с общепринятыми воззрениями о недопустимости инфильтрации воспаленных тканей, д. убедился не только в безвредности местной анестезии, но и в благоприятном влиянии ее на течение основного процесса. Преимущества н. б. по сравнению с кровавыми операциями невротомий—во временном характере его воздействия, т. к. нервная система грубых вмешательств не терпит. Дальнейшие исследования пошли по линии изучения трофических сдвигов при заболеваниях, где действие н. б. выходило за пределы данного сегмента, данной рефлекторной дуги. Оказалось, что н. б. часто меняет в благоприятную сторону течение ряда воспалительных заболеваний (рожа, отек гортани, эпидидимит, карбункул), заболеваний, связанных с дисфункцией вегетативной нервной системы и дистрофических процессов, не ставших еще необратимыми. При воспалит. процессах эфект был наиболее убедительным и устанавливал с несомненностью наличие нейротрофического компонента. В дальнейшем, в понимании происходящих при н. б. процессов докладчик стал на точку зрения гипотезы „слабых раздражений", под влиянием которых нервная система перестраивает неблагоприятную установку в более благоприятную. Отсюда один шаг к поискам других форм слабого раздражения нервной системы, как нейтральный раствор метиленовой синьки, слабый раствор спирта и т. д. В концепции комбинированного воздействия слабых раздражителей на тот или иной воспалит. процесс проф. Вишневский рассматривает и методы ухода за гнойниками, применение мазевых повязок, эмульсий, мазевых дренажей и т. д. Защищая нервы очага от влияния сильных раздражителей, среди которых инфекция занимает, вероятно, одно из первых мест, мы в значительной мере предупреждаем распространение процесса. Воспалит. процессы кожи типа гидраденита,

фурункула идут под влиянием н. б. к быстрому разрешению. При катаральных формах острого аппендицита н. б. дает затихание процесса, что позволяет применять его с целью дифер. диагностики с тяжелыми гнойными формами аппендицита. Стоя на точке зрения нервного генеза большинства заболеваний, д. пытается объединить и различные формы наших терапевтических воздействий под знаком ведущей роли нервной системы и ее трофического влияния, становясь таким образом на путь патогенетической терапии.

Следующий докладчик, проф. Ищенко, анализируя механизм действия н. б., приходит к заключению, что лечебный его эфект надо трактовать как следствие выключения эндогенных раздражителей и внесения добавочного раздражения, обусловливающего перестройку внутринервных отношений. На основании изучения 100 сл. н. б. считает, что он наиболее действителен при простых трофических язвах нижних конечностей и в ранних фазах облитерирующего эндоартериита. А. А. Вишневский получил при применении метиленовой сини [1]) результаты, аналогичные эфекту от н. б. В случаях, когда н. б. не дал сдвига—ответной реакции с очага поражения и где повторное применение н. б. может оказаться рискованным, целесообразно перейти на инъекции сини.

Ряд содокладов и оживленные, порой страстные прения показали, что блок получил большое распространение в клинике, но вместе с тем обнаружилось нездоровое увлечение им в ряде мест и тенденция превратить его в панацею при всех заболеваниях, несмотря на исключительно осторожные формулировки автора метода.

Предс. проф. Шамов указал, что *работами школы проф. Вишневского установлен ряд неоспоримых фактов отдаленного влияния н. б путем воздействия на симпатическую нервную систему*. Работа находится в процессе все расширяющихся изысканий, и детальный анализ механизма блока пока еще не закончен. Проблема, поднятая проф. Вишневским, чрезвычайно интересна, дальнейшая ее разработка обещает дать захватывающие результаты.

После бурного заседания по волновавшему всех вопросу о н. б. създ перешел к последнему вопросу программы: „лечение ожогов“.

Проф. Наливкин отметил, что этот вопрос, имеющий большое социальное и оборонное значение, впервые обсуждается на съезде. Высокий процент смертности в первые дни после ожога делает особенно ответственным лечение в первом периоде. Наиболее приемлема классификация ожогов по *глубине* повреждения тканей и *протяженности* ожога. В первом периоде на первом плане стоит борьба с шоком—благотворное влияние здесь оказывает морфий; необходим полный покой, согревание, капельные клизмы. Для борьбы с токсемией—переливание крови, инъекции атропина, тиосульфата натрия. Очень заманчива мысль абортивного лечения ожогов первичным иссечением области ожога, но она встречает затруднения в трудности определения границ поврежденных в глубину тканей. До сих пор конкурируют между собою открытый и закрытый способы лечения. Первый имеет ряд недостатков, из которых главные: невозможность амбулаторного его применения и трудности проведения

---

[1]) 0,5% раствор на дестил. воде с предварительной фильтрацией и пастеризацией вводится внутривенно в дозе 5 *куб. см* с перерывами не менее 2 дней.

у детей. Д. в 92 сл. применял таннин-сулемовую повязку, накладываемую на длительный срок. Она дает идеальный струп и служит хорошей защитой против внедрения инфекции. Следующий докл. проф. Чаругин (Полтава)—сторонник применения в первые 24 ч. влажной повязки из 3% таннина до образования корки, а в последующем—открытого лечения под присыпкой (тальк, гипс). Вместо таннина можно применять 5% раствор марг.-кислого калия. При ожогах кислотами немедленное смывание большими количествами воды.

Проф. Ищенко и Лебедева (Киев) считают, что при ожогах, вследствие выключения функции комплемента, происходит нарушение жизнедеятельности клетки и ферментативных процессов в ней. Цель лечения—предотвратить аутоинтоксикацию и шок. Хороший эфект получается при применении красок—метиленовой синьки, генцианвиолета, брилиантовой зелени и т. д.

Т. Василькова указывает на ряд, кроме перечисленных выше, дефектов открытого метода лечения: невозможность его применения при циркулярных ожогах, в местах складок, опасность инфекции даже при тщательном уходе, частые случаи рожи. Рекомендует видоизмененный способ Митшинера: тщательная первичная обработка ожога, с удалением отслоенного эпидермиса при предварительном обезболивании морфием (у детей—настойка опия). После этого накладывается влажная таннин-сулемовая повязка[1]) в 10—12 слоев марли, не сменяемая в течение 8—20 дней, до наступления эпидермизации. По вопросу о применении переливания крови при ожогах не было единодушия. Сторонники переливания (Комиссаров, Рудаковская) считают, что оно поднимает силы организма и ускоряет регенеративные процессы, другие не придают ему значения (Стручков и Самсонова). Спиридонов считает, наоборот, показанным при явлениях токсемии кровопускание в 300—400 *куб. см* с последующим введением физиологического раствора или плазмы крови resp асцитической жидкости.

Проф. Краснобаев с горечью отмечает, что до сих пор при лечении ожогов у взрослых мы получаем около 11,5% смертей. Это—жуткая цифра. В течение ряда лет оппонент работал с меловой повязкой при ожогах у детей. В последние годы перешел на открытый способ, думая, что идет на улучшение. Но когда через несколько лет подытожил свои наблюдения, то получил все тот же процент смертей. Б-ца им. Филатова начала применять ультрафиолетовое облучение и получила снижение смертности. Это казалось успехом. Однако Инст. охматмлада в Ленинграде получил при одном открытом способе, без облучения, 10,3% смертности. Повидимому вопрос этот гораздо сложнее. Ожоги I и II степени дают прекрасные результаты при всяком методе лечения. Другое дело—тяжелые ожоги.

Проф. Зено демонстрировал съезду фильм, иллюстрирующий его метод лечения ожогов всех степеней гипсовой повязкой. При ее наложении не следует стремиться к моделяции, надо стараться достигнуть пористости, не подкладывать ваты и марли. Повязка обладает большой всасывающей способностью. Через 10—12 д. она снимается.

---

[1]) 4% раствор таннина в растворе сулемы 1 : 3000.

Предс. проф. Гориневская с удовлетворением отметила упорную работу врачебной мысли с целью облегчения судьбы этих тяжелейших больных. В настоящее время ведущий метод—открытый, но последнее слово в вопросе лечения ожогов еще не сказано. Способ высушивания требует гораздо большего внимания и тщательного ухода. Дальнейшего снижения смертности и осложнений можно добиться организацией правильного ухода. В самом лечении нужна система, а не суетливый переход от одного средства к другому. Что касается гипсовой повязки Зено, то ее можно рекомендовать при ожогах I и II степ., наоборот, при III ст. она противопоказана. Гипс необходимо, во избежание инфекции, хорошо прокаливать.

Последний день съезд уделяет вопросу о поясничных болях и неправильно сросшихся переломах.

Проф. Ситенко (Харьков) представляет съезду классификацию 12 групп заболеваний, сопровождающихся поясничными болями (п. б.). Аномалии позвонков несомненно могут быть причиной п. б., но для того, чтобы их признать виновными в генезе болей, необходимо, чтобы последние локализовались на месте и на стороне аномалии. Травмы—чаще всего резкое сгибание позвоночника (раздавливание хрящей) и резкая ротация (переломы дужек)—также могут быть причиной этого синдрома. Рентг. снимки обязательны в двух проекциях. Спондилозы—анкилозирующий и деформирующий—могут сопровождаться п. б. Что касается лечения, то основное—покой, создание легкой опоры для позвоночника. В более тяжелых случаях—корсеты с пелотами. При упорных болях—эпидуральные инъекции $^1/_4$% новокаина (40 *куб. см*, 2—3 р. в теч. неск. дн.). Бальнеологическое лечение дает различные результаты, в связи с конституц. особенностями больного. Проф. Нейдинг (Одесса) характеризует роль п. б. в невропатологии. П. б. занимают второе место после головных и наблюдаются при заболеваниях периф. и центр. нервной системы. Все изменения в спинномозговой жидкости могут отразиться на функции поясничных нервов. Качество основного заболевания придает особые оттенки п. б. Так, при раках боли имеют жестокий характер и являются иногда единственным симптомом метастазов в костной системе.

В последнее время снова оживился интерес к невралгиям мышечного аппарата поясницы—возникла теория миофасцикулитов. П. б. при них хорошо поддаются тепловым процедурам.

Доц. Углев остановился на значении п. б. в урологии. Задержка мочи в любой части мочевых путей может дать симптом п. б. вследствие растяжения лоханки.

В заключ. слове предс. проф. Кефер указал, что при диагнозе п. б. необходима чрезвычайная осторожность.

По последнему вопросу—„Неправильно сросшиеся переломы"—выступил с докладом проф. Кефер (Одесса). Обычно считают н. с. п. те, при которых нет спаяния концов костей в анатомически правильном положении. На самом деле опыт нас убеждает, что в ряде случаев рентген обнаруживает неправильное положение костных отломков, а результат в смысле функции конечности и трудоспособности хороший. И, наоборот. Особенно следует отметить приспособляемость и гибкость в смысле перестройки костной системы у детей. В этом возрасте сглаживаются или полностью исчезают и значительные укорочения. Проводя лечение, надо помнить,

что при переломах страдает не только кость, но в патологический процесс вовлечены мышцы, нервная система и кожа. Главные причины н. с. п.—в неправильной диагностике и невыполнении основного правила—проводить вправление отломков под обезболиванием (местным), а в дальнейшем следить за сохранением отломков после их вправления в правильном положении. Автор отдает предпочтение консерв. лечению переломов, к оперативной фиксации прибегает только в случаях, когда не удается достигнуть правильного положения отломков.

Дальберг отмечает, что необоснованное откладывание вправления отломков затрудняет его выполнение. Небольшие деформации хорошо поддаются физиотерапии и разработке движений; при ротациях и боковых смещениях применялась рефрактура (93 сл.).

Смоляк делает сообщение об отдал. результатах н. с. п. в детском возрасте. Изучение рентгенограмм отдал. результатов 204 сл. переломов у детей обнаружило в большинстве полное восстановление анатомических соотношений кости. Особенно благоприятны переломы ключицы, где неправильное сращение под углом, расхождение отломков с образованием большой мозоли не дают нарушения функции.

Переломы проксимального отдела плеча, переломы луча и обеих костей предплечья в нижней трети, переломы голени также дают хороший функциональный результат. Н. с. п. диафиза бедра с укорочением до 3 *см* на протяжении нескольких лет дают исчезновение укорочения. Ограничение функции дают переломы области локтя. Отсюда вытекает, что в детском возрасте не следует спешить с операцией при н. с. п.

Михельсон указывает на недостаточное знакомство врачей с челюстной травмой.

Среди причин н. с. п. проф. Эпштейн отмечает кратковременное применение иммобилизации и прерывание ее без достаточных причин.

Проф. Гориневская констатирует недостаточное уменье массы врачей лечить переломы. В каждом крупном лечучреждении должно быть выделено травматическое отделение.

Подводя итоги, предс. проф. Ситенко согласен, что делу лечения переломов у нас уделяется недостаточно внимания врачами, органами здравоохранения. Неблагополучно и с преподаванием лечения переломов. В деле лечения переломов велика роль рентгена, но в большинстве случаев переломы могут быть правильно распознаны и правильно лечены и без такового. При н. с. п. остеотомия в месте перелома—метод выбора; склетное вытяжение играет вспомогательную роль. Неправильно сросшиеся переломы—это деформация, которая указывает на наше несовершенство. Наша ближайшая задача—так перестроить свою работу, чтобы н. с. п. не было.

Закрывая съезд, председатель оргбюро проф. Кефер отметил, что настоящий съезд хирургов Украины по количеству участников и составу принял характер всесоюзного, что лишний раз подчеркивает братское единение между всеми частями нашего великого Союза.

Следующий съезд намечен на 1939 год в г. Киеве.

Библиография и рецензии.

Jagić и Flaum. *Therapie der Herzkrankheiten, 1935, Verlag v. Urban u Schwarzenberg, Berl. u Wilu.* Авторы, из коих первый пользуется известностью в качестве крупного кардиолога, на 330 страницах своей книги дают подробное изложение современной терапии сердечных заболеваний (за исключением физиотерапии). Книга делится на 3 части: в первой в кратком виде сообщаются общие сведения относительно расстройств кровообращения; вторая часть посвящена общей терапии болезней сердца, а третья—специальной. В этой последней части подробно рассматривается терапия сердечной декомпенсации, заболеавний мио-,эндо- и перикарда, коронарных сосудов, mesoaortitis luetica, расстройства ритма, тиреогенных заболеваний сердца, болезней сердца у женщин. Отдельные главы отведены терапии сердца и кровообращения при острых инфекциях и в хирургии, а также и наперстяночной профилактике. В рецензируемой книге на базе личного громадного опыта дается исчерпывающая обрисовка показаний и противопоказаний к применению каждого из рассматриваемых медикаментов. Особенно четко излагаются противопоказания к digitalis-терапии: авторы противопоставляют шаблонному назначению наперстянки научно-обоснованный вдумчивый подход, тщательно диференцируют все те случаи, где можно рассчитывать на успех от применения digitalis.

Четкость и ясность изложения, оригинальность некоторых взглядов авторов, глубокое знание предмета—все это делает книгу Jagić'a и Flaum'a ценным пособием для каждого врача, которому приходится работать в области кардиологии.

Проф. *А. Хавкин* (Харьков).

Рефераты.

а) Инфекционные болезни, эпидемиология и иммунитет.

Rich, Jang, Brown, Bliss, Holt. *Экспериментальный коклюш у обезьян* (J. Hopkins Hosp. Bull. V. 58, IV, 1936). Введя шимпанзе через рот нефильтрованный трахеальный эксудат больных коклюшем людей, авторы вызвали у них состояние, вполне аналогичное коклюшу: насморк, пароксизмальный кашель, лимфоцитоз и положительную реакцию фиксации комплемента с бацилой Борде-Жангу. Колонии этих бацил, выросли на чашках Петри, поставленных около кашляющего животного. Аналогичное заболевание было вызвано у шимпанзе и после введения им через рот чистых культур бацилы Борде-Жангу. Прививка обезьянам бактериологически стерильной крови и фильтрованного секрета дыхательных путей, взятого в ранней стадии коклюша, вызвала катар верхнего респираторного тракта без кашля. Удалось осуществить перенос заболевания от одной обезьяны к другой, путем введения фильтрованного назофарингеального секрета. Автор полагает на основании этого, что в этиологии коклюша, кроме бацил Борде-Жангу, играет роль еще невидимый вирус, как это имеет место, например, при свиной инфлюенце. *В. Дембская.*

Shope. *Опыты иммунизации вирусом свиной инфлюенцы* (J. Exper. med., 64, 1, 1936).

А. иммунизировал свиней, хорьков и мышей внутримышечно и подкожно живым вирусом инфлюенцы. Животные вырабатывали иммунитет. Однако в дальнейшем у них удавалось обнаружить присутствие вируса в верхних дыхательных путях. Таким образом, этот метод, несмотря на свою эфективность, пока практически неприемлем, так как он может способствовать распространению инфекции в вакцинируемом стаде. *Н. К.*

Sia и Wu. *Сывороточное лечение экспериментального сыпного тифа* (Chinese med. journ. Supplem. № 1, 1936.).

Аа. пользовались лечебной сывороткой Цинссера, полученной путем иммунизации лошади мексиканским сыпным тифом. Инъекции сыворотки производились

различно, но наиболее эфективным оказался тот метод лечения, по которому зараженным животным (м. свинкам) вводили 2 *см*³ сыворотки либо спустя 24 часа, либо за 24 часа до заражения. При этом эфект заключался или в полном отсутствии реакции, или в незначительном подъеме температуры. Предохранительное свойство сыворотки выявлялось как в отношении мексиканского, так в отношении европейского и китайского штаммов сыпнотифозного вируса.

Н. К.

Tannahill. *Частота и клиническое соотношение типов b. diphtheriae в Ромфорде, Эссексе* (Journ. of Hyg. 36, 2, 1936).

А. типировал культуры дифтерийных бацил, выделенные им в 400 случаях у больных дифтерией. Выяснилось, что чаще других встречался тип gravis (62%); однако этот тип не давал того тяжелого течения инфекции, которое обусловливалась присутствием типа intermedius (21,7%). Наконец, тип mitis встречался реже всего (10,59) и давал сравнительно легкое течение болезни. Наличие смертности при заболеваниях этим типом объясняется отчасти тем обстоятельством, что при нем симптомы болезни развиваются сравнительно медленно и больные поздно получают сыворотку.

Н. К.

Tao. *Иммунизация против менингококка через носоглотку* (Chinese med. Journ, Supplem. № 1, 1936).

В качестве антигенов для иммунизации служили как суспензии микробных тел менингококков, так и лизированные культуры. Растворение производилось различными методами (прибавление дестиллированной воды и т. д.). Иммунизация производилась путем вдувания вакцины в носоглотку кроликам. Вдувания делались два раза в день, три дня подряд. После некоторого перерыва вакцинацию возобновляли под контролем веса животных. У всех иммунизированных животных в крови появились агглютинины. Однако у иммунизированных микробными телами титр агглютининов был выше, нежели у прочих.

Н. К.

Wu и Sia. *Благоприятное влияние глицерина на дизентерийную палочку в испражнениях дизентерийных больных* (Chinese med. Journ. Suppelem. № 1).

Испражения подвергались обработке в возможно более свежем состоянии. К 1 ч. испражнений (выбирать следует кусочки с примесью крови, слизи и гноя) добавляли 2 ч. 30% раствора глицерина в 0,6% растворе хлористого натра. Часть материала засевалась обычным образом, без предварительной обработки (контроль!). Пробирки затыкались плотными пробками и оставлялись при комнатной температуре; ежедневно делались высевы на чашки Петри с агаром. Всего таким образом было обследовано 15 порций испражнений от дизентерийных больных. Во всех тех пробирках, куда был добавлен глицерин, дизентерийные бацилы сохранялись дольше, чем в контрольных. Аа. рекомендуют пользоваться этим методом в повседневной работе.

Н. К.

Mikeladze и др. *Лечение брюшного тифа и острых колитов бактериофагом д'Эрелля* (La Médicine, Suppl. № 9, 1936).

При брюшном тифе больным молодого возраста вводят бактериофаг в вену 3 дня под ряд по 1,0 в 200,0 физиологического раствора хлористого натра. Пожилым больным дают бактериофаг per os. Наблюдается значительная общая реакция; тем не менее, общее самочувствие и состояние больного улучшаются, осложнения бывают редко. Смертность снижается, продолжительность заболевания уменьшается. Аналогичное благоприятное действие аа. наблюдали при применении бактериофага в случаях геморагических колитов бактериального происхождения. В таких случаях смешанный бактериофаг назначали per os; прием препарата начинался немедленно после поступления больного в лечебное учреждение до уточнения бактериологического диагноза.

Н. К.

Tsouloukidze. *Применение бактериофага при лечении прободных перитонитов при брюшном тифе* (La Médicine, Suppl. № 9, 1936).

Метод применения бактериофага состоит в орошении брюшины после лапаротомий смесью бактериофагов. Количество бактериофага—8—20 *см*³. Рекомендуется после окончания операции наглухо зашить рану. А. утверждает, что подобный метод лечения приносит больным явную пользу.

Н. К.

Levaditi и др. *Экспериментальное изучение скарлатины* (La presse med. № 70, 1936).

Аа. проверяют работы японских ученых, которым удалось выделить из крови больных скарлатиной специфический вирус и длительно поддерживать его

пассажами через яички кроликов. Аа. пунктуально придерживались оригинальной методики. Однако полученные ими результаты заставляют их категорически отрицать специфический характер тех изменений, которые развиваются в яичках, так как аналогичные изменения им удавалось получать, инъицируя кроликам кровь нормальных людей. *Н. К.*

Ciuca, Balteanu и Constantinesko. *К вопросу об эпидемиологии сыпного тифа. Восприимчивость кошек к заражению сыпным тифом* (Arch. roum de path. expérim. 9, 2, 1936).

Кошки, зараженные вирусом сыпного тифа (эпидемический вирус), проделывали инаппарантную инфекцию. Р. Вейль-Феликса оставалась отрицательной, температура тела не повышалась. Вирус находился в мозгу до 37-го дня после заражения (обнаружение путем свежих морских свинок). Заражение кошек осуществлялось либо pes os, либо в брюшную полость. Обследование мозга кошек, пойманных в местностях, где имелись очаги сыпного тифа, обнаружило случаи спонтанного заражения кошек эпидемическим вирусом. Часть свинок, переболевших таким „кошачьим" вирусом, подверглась впоследствии заражению пассажным штаммом с целью выяснения наличия приобретенного иммунитета. Оказалось, что некоторые свинки приобрели полный, а другие частичный иммунитет. *Н. К.*

Pach. *Роль мух в распространении тифа* (W. m. W. V. 86, 9/V 1936).

Автор уже и раньше опровергал теорию относительно роли домашней мухи в распространении тифа. Он считает ее несоответствующей ни биологии этого насекомого, ни эпидемиологии тифа. В настоящей статье он приводит результат работ Венгерского гигиенического института, которые, по его мнению, с полной очевидностью опровергли распространенное мнение о том, что мухи являются переносчиками тифа. *В. Дембская.*

Schmidt. *Изучение гемолитического стрептококка и свойств антистрептококковой сыворотки. I. Лизис фибрина стрептококками* (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 87, 1936).

Автор подробно изучил обнаруженнную Тилле и Гарнер способность патогенных для человека гемолитических стрептококков растворять фибрин человека. Большое количество проведенных опытов подтвердило наличие этого свойства у данного микроорганизма, причем оказалось, что растворяющая способность его переходит в среду культуры и практически присуща всем гемолитическим стрептококкам, хотя и в разной степени. Другие виды бактерий (пневмококки, энтерококки, кишечные палочки и др.) при тех же условиях опыта никогда не вызывают лизиса фибрина в свернутой человеческой плазме. Исключение составляют лишь некоторые стафилококки, действие которых однако значительно более замедленное. На основании этих фактов автор делает такой же вывод, как Тилле и Гарнер, что способность растворять фибрин человека присуща только стрептококкам.

Гемолитические стрептококки, выделенные при некоторых болезненных процессах животных, также лизируют фибрин человека, хуже фибрин лошади или рогатого скота, и, наоборот, гемолитические стрептококки человека в очень редких случаях растворяют фибрин животных. *П. Р.*

Schmidt. *Изучение гемолитического стрептококка и свойств антистрептококковой сыворотки. II. Задержка фибринолиза антистрептококковой сывороткой* (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 87, 1836).

Автор, установив ранее, что почти все патогенные для человека гемолитические стрептококки растворяют фибрин человеческой плазмы, в данном исследовании показал, что сыворотка переболевшего обладает способностью задерживать лизис фибрина стрептококками. Иммунизируя лошадей стрептококками, автор получил сыворотку, обладающую антилитическим свойствами. Сыворотка нормальных лошадей или лошадей, обработанных другими микробами, этим свойством не обладает. Автор считает, что такие антилитические сыворотки должны найти применение если не с терапевтической, то с профилактической целью безусловно. *П. Р.*

Schlüter и Schmidt. *Изучение гемолитического стрептококка и свойств антистрептококковой сыворотки. III. Стрептококковый гемотоксин* (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 87, 1936).

Авторы подтвердили данные Вельда, указывающие, что, промывая сывороткой гемолитический стрептококк, можно получить очень сильный гемотоксин. По-

лучить этот гемотоксин можно, воздействуя различного рода сыворотками, но не какими-либо другими жидкостями, которые очевидно также экстрагируют его, но не консервируют. Лучше всего для получения гемотоксина применять чистую сыворотку без прибавления каких-либо консервирующих веществ; реакция среды должна быть слабо щелочная (pH=8). Определенным объемом сыворотки можно из данного количества стрептококков получить лишь строго определенную часть часть гемотоксина. Подогревание сыворотки для экстрагирования роли не играет; при увеличении разведения сыворотки количество получаемого токсина падает.

Полученный этим способом гемотоксин, не содержащий микробов, убивает белых мышей при наличии явлений тяжелого разрушения крови (гемоглобинурия), у морских свинок обусловливает при подкожном введении некрозы и у кроликов при внутреннем введении больших доз вызывает смерть при тех же явлениях, что у мышей.

Способность вырабатывать гемотоксин различна у разных гемолитических штаммов и не идет параллельно с инфекционностью последнего. Штаммы, хорошо образующие гемолизин, являются и хорошими продуцентами гемотоксина, что, однако, вовсе не указывает на идентичность обоих этих веществ.

П. Р.

Heymer и Wohlfeil. *Изучение содержания триптофана в сыворотке крови при инфекционном процессе и его клиническое значение* (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 87, 1936).

Автор изучал поставленный вопрос на больных в возрасте до 60 лет (по преимуществу 20—30 лет). Кровь бралась натощак, определение содержания триптофана велось по калориметрическому методу Фюрта. Исследования показали, что содержание триптофана в сыворотке человека при наличии инфекции очень сильно изменяется; при этом высота повышения его содержания различна и зависит от рода и тяжести заболевания. При остро начинающихся и быстро протекающих инфекциях, при которых большую роль играет бактериемия, значительное повышение содержания триптофана быстро наступает и быстро падает, в то время как при медленно развивающихся заболеваниях повышение его количества идет медленно и дольше держится. К последним относятся по преимуществу заболевания, при которых на первом месте выступают токсические явления (тиф, скарлатина). Проявления иммунитета находятся в связи с содержанием триптофана в сыворотке, однако агглютининообразование при тифе не идет параллельно повышению триптофана, как это имеет место в эксперименте (Вольфейль). Наличие повышенного содержания триптофана в крови после окончания болезни имеет место только при инфекциях, оставляющих длительный иммунитет (тиф, скарлатина, дифтерия).

На основании исследования целого ряда инфекций (различные стадии туберкулеза, ангина, скарлатина, пневмония, нефриты, артриты, тиф, паратиф В, дизентерия), автор приходит к выводу, что повышение содержания триптофана является неспецифической реакцией крови, которая однако, указывая на иммунобиологические процессы в организме больного, помогает прогнозу и следовательно имеет ценное клиническое значение. *П. Р.*

б) *Педиатрия.*

Gillard. *Туберкулезная инфекция у детей деревни* (Pr. Med., 43, 1936). Gillard провел туберкулиновую реакцию во Франции у детей 60 деревень, с населением в 500 и 10000 человек. На материале более чем 10000 реакций а. нашел цифры пораженности тбк, значительно более низкие, чем у предшествующих авторов. В то время как Gavois и Lereboullet дают 52—65% пораженности детского возраста, автор дает всего 33—38% для наиболее инфицированного возраста (10—12 лет). Автор пользовался реакцией Моро. Отмечая снижение тбк пораженности, как факт детуберкулинизации населения, а. подчеркивает диагностическое значение туберкулиновых проб. *Крамов.*

Priesel. *Прогноз диабета в детском возрасте* (Wien. kl. Woch. № 49, 1935). До введения в терапию диабета инсулина больные диабетом дети, лежавшие в Венской детской клинике, почти все умирали. Но с введением в детской клинике инсулина наступил сразу резкий перелом. Лежавший 25 лет назад

в детской Венской клинике больной ребенок и первый получивший инсулин, остался тогда в живых и здравствует по сие время. С введением в терапию инсулина наплыв детей-диабетиков в Венскую детскую клинику стал столь огромным, что пришлось открыть при клинике отдельный стационар и амбулаторию для детей-диабетиков.

Венская детская клиника располагает материалом в 192 случая диабета. Диабет у некоторых детей в одной и той же семье наблюдался в 5% случ. При правильной диете (богатой углеводами и белками и бедной жирами) дети-диабетики в дальнейшем развиваются вполне нормально с хорошо выраженными половыми признаками и становятся вполне трудоспособными. В тяжелых случаях инсулин приходится давать продолжительное время и увеличивать дозу в связи с все усиливающейся потребностью в инсулине у ребенка-диабетика в период его роста. Инфекционные заболевания представляют для ребенка-диабетика известную опасность, так как при инфекционной болезни функция поджелудочной железы значительно падает. С другой стороны, не доказано, что при заразных болезнях, в частности при туберкулезе, диабет резко ухудшается. Само собой разумеется, что инсулин нужно давать в весьма умеренных дозах. Эта предосторожность нисколько не отражается вредно на ребенке. Нужно тщательно следить за появлением гипогликемии. Она может наступить внезапно даже в случаях, где лечение инсулина продолжалось беспрерывно. Причиной тому могут служить недостаточная, вследствие поносов, усвояемость, далее усиленная мышечная работа, а также и другие, не всегда легко выясняемые факторы.

Из 192 детей-диабетиков, прошедших за это время через Венскую детскую клинику, в дальнейшем умерло 19, причем 12 от диабетической комы, остальные 7 от разных заразных болезней. О 3 бывших детях-диабетиках сведений не имеется. Остальные дети-диабетики (170) здравствуют и по сие время, хотя 60 из них за это время переносили кому или тяжелую предкому. Насколько поразительно может иногда действовать инсулин, показывает случай диабета с весьма тяжелой комой, где кровь содержала 1430 *млг* сахара. Б-ной был спасен 360 Е. инсулина. *Э. Леви.*

Виланд. *Как выхаживаются недоноски в Базельской детской клинике* (Kinderärftliche Praxis, Fahrg. 6, Heft. 10, 1935). Выхаживание недоносков считается весьма важной задачей. Если не считать случаев, где недоноски умирали уже в первые 24 часа после рождения, и, обычно, как показали вскрытия, от асфиксии и кровоизлияния в мозг, то смертность недоносков составляет 9,8%. Минимальный вес недоноска, где еще есть шансы на сохранение его жизни и его выращивание и дальнейшее развитие, надо считать 1100—1200 *г*.

Неправы те, кто считает, что средства и силы, потраченные на выращивание недоносков, не оправдываются. Автор располагает довольно значительным, продолжительное время прослеженным числом недоносков с первоначальным весом в 1100 *г*, которые в дальнейшем умственно и физически развивались удовлетворительно и не отставали в школе от своих сверстников. Ввиду легкой восприимчивости недоносков к заразным болезням, весьма желательно не держать их в больших переполненных палатах. Нужно заботиться о целесообразном их питании, в особенности недоносков-младенцев. Для последних самое лучшее—свеже-отцеженное женское молоко. Далее важно—рано начать, уже с 3-го месяца их жизни, систематическое антирахитическое лечение, лучше всего Vigantol—1—3 капли, а в дальнейшем, ввиду сопутствующей анемии,—Vigantol с 0,1 Ferri reducti. *Э. Леви.*

в) *Невропатология.*

Longo. *Экспериментальная эпилепсия и эндокринные железы. 1. Поджелудочная железа* (Neopsichiatr., № 1, 1935). Исследователь исходит из экспериментальных выводов Amonteas, который, впрыскивая стрихнин в определенные моторные и чувствительные центры коры, получал соответствующие эпилептогенные зоны на коже. Нанося на последние различные раздражения, вызывал рефлекторные клонические судороги, начинавшиеся в соответствующей мышечной группе, а затем генерализировавшиеся, но не у всех подопытных собак, а только в 25% случаях, у тех, у которых имелось определенное „эпилептиче-

ское предрасположение". Это эпилептическое предрасположение сказывалось и в темпераменте животного, в степени электровозбудимости коры мозга, в содержании К и Са в крови, и объяснялось автором действием различных гормональных факторов. Им производилась тотальная экстирпация поджелудочной железы, под эфирным наркозом у 6 собак с эпилептическим предрасположением. У животных, с выключенным инсулярным аппаратом, экспериментальную эпилепсию вызвать ни разу не удалось, однако у двух животных, прикладыванием к коре ватки, смоченной инсулином, вновь удавалось вызвать припадки. У трех собак, не имевших эпилептического предрасположения, после прикладывания к коре ватных тампонов, смоченных экстрактом панкреаса животных с эпилептическим предрасположением, автором вызывались местные и общем эпилептические судороги. На основании своих опытов исследователь говорит о внутрисекреторной функции поджелудочной железы, обусловливающей эпилептическое предрасположение.

Ш. Геллер.

Marinesco, Nicolesco I. et Nicolesco M. *Двусторонние поражения зрительного бугра* (Encephal. № 30, 1935).

У 39-летней женщины внезапно, без потери сознания, появляется левосторонняя гемиплегия с расстройством чувствительности, вазомоторными расстройствами и приступами болей на той же стороне. Несколько позже на правой половине туловища отмечаются мозжечковые, вегетативные и чувствительные расстройства. Смерть через год. На аутопсии, кроме мелких очагов размягчения, определяется старый очаг кровоизлияния в правом зрительном бугре и более свежий в левом, и поражение чувствительных волокон в мосту.

Ш. Геллер.

Olof Sjöquist. *Внутричерепные аневризмы a. carotis и их отношение к офталмоплегической мигрени* (Nerven Arzt. № 5, 1936).

До введения в неврологическую практику ангиографии сосудов, аневризмы черепного отдела a. carotis interna часто определялись только при операции или аутопсии. При пользовании артериографией диагностика этого тяжелого заболевания значительно облегчилась. А. приводит в статье 5 историй болезни своих случаев, где благодаря артериографии с торатрастом диагноз довольно точно был поставлен при жизни б-ных.

Клиническая симптоматология внутричерепных аневризм a. carotis зависит от кровоизлияния из них в субарахноидальное пространство или же сдавления аневризмой окружающей мозговой ткани. Главный локальный синдром—паралич глазодвигательного нерва, впервые отмеченный Adams в 1869 г. Таким образом получается гомолатеральная офталмоплегия. N. trochlearis поражается чаще, чем отводящий нерв, который благодаря своему боковому положению реже повреждается. Миоз пораженного глаза может наблюдаться так же часто, как и мидриаз, что стоит в зависимости от степени поражения периартериальных симпатических волокон стенок a. carotis. От этого же зависит и выраженность экзофтальма одного глаза, который иногда может совсем отсутствовать. Сдавлением аневризмы вовлекается в процесс 1-я ветвь тройничного нерва, что вызывает сильные боли в области глаза и лба, протекающие по типу тяжелых невралгий. Если одновременно с разрывом стенок аневризмы происходит просачивание крови в субарахноидальное пространство, тогда определяется ригидность затылка, отмечается потемнение сознания и разлитые головные боли. Такие разрывы сочетаются с последующими периодами тромбозирования, во время которых может наступить улучшение или полное исчезновение болезненных симптомов.

Разрывы стенок могут неоднократно повторяться. Триада: 1) боли в области 1-ой ветви тройничного нерва, 2) офталмоплегия и 3) течение в форме острых ухудшений с последующими ремиссиями, чрезвычайно характерна для аневризмы инфраклиноидальной части art. carotis. Этот синдром сходен с описанием офталмоплегической мигрени, данным Шарко, этиология которой малоизвестна. Во многих случаях офтальмоплегическая мигрень связана, по мнению автора, с аневризмой art. carotis. А. подчеркивает возможность врожденных аневризм или проявления их в раннем детском возрасте.

Каждый случай офтальмоплегической мигрени должен исследоваться артериографически. При аневризме art. carotis, лежащей над proc. clinoideus, наблюдаются поражения tractus n. optici, обонятельного нерва; при больших размерах

аневризмы—и душевн. расстройства. Аневризмы супраклиноидальной части вызывают первичную атрофию зрительного нерва, выпадения поля зрения, анемию и расстройства психики. От давления аневризмы может разрушаться и прилежащая костная ткань турецкого седла, и тогда клиническая картина аневризмы art. carotis протекает так, как при опухоли гипофиза.

Останавливаясь на терапии, автор указывает на наложение лигатуры на art. carotis communis или art. carotis interna, но, имея в виду самопроизвольное тромбозирование и рубцевание аневризматического мешка, рекомендует это мероприятие применять только в угрожающих жизни или часто рецидивирующих случаях.

Ш. Геллер

г) *Хирургия.*

Beauchemin, Springer and Elliott. *Интравенозная паральдегидовая анестезия* (Medical Times, June, 1935.)

В психиатрических больницах малая хирургия ставит хирурга в известное затруднение, когда местная или общая ингаляционная анестезия является практически невозможной.

В таких случаях Elliott рекомендует кратковременную интравенозную паральдегидовую анестезию. Средняя доза—9,2 куб. см на 60 *кг* веса вызывает анестезию на 6 мин. Техника проста. Высчитанная доза вливается в шприц и впрыскивается в вену с быстротою 2 куб. см в секунду. Пациент погружается в глубокий сон во время инъекции или немедленно после нее.

Выгода этой анестезии: быстрота и сравнительная безопасность, нет стадии возбуждения, не бывает головных болей, нет ни тошноты, ни рвоты, ни расстройств желудочно-кишечного тракта; нет легочных осложнений и ни разу не приходилось прибегать к сердечным средствам

Действие паральдегида изучалось клинически и лабораторно.

В. Г. Горбатов.

Kondoleon und Dragonas. *Цистография, как способ диагностики и локализации эхинококка мозга* (Zentralblatt für Chirurgie, № 33, 1936).

Аа. в 2 трудно диагносцируемых случаях эхинококковых кист мозга поставили правильный диагноз при помощи артериографии и вдувания воздуха в желудочки мозга. На рентгенограмме ясно обозначилось круглой формы резко отграниченная полость. В этих случаях реакция Кацони была отрицательная. В обоих случаях диагнозы подтвердились рентгенологически. *Юров.*

Grzyva. *Применение надколенника в качестве аутопластического штифта (больцунг) при резекциях коленного сустава по поводу деструктивных процессов в эпифизах бедра* (Zentralblatt fur Chirurgie, № 32, 1936).

При туберкулезных гонитах с деструктивными процессами в эпифизах бедра а., на основании одного наблюдения, рекомендует в качестве больцунга употреблять надколенник. Операция: разрез textor'a. Резекция коленного сустава обычным способом. Экскохлеация пораженных участков в эпифизе бедра. Освежение надколенника спереди, сзади и с боков, причем проксимальный конец остается в связи с сухожилием. В головке tibiae выдалбливается небольшое ложе. Надколенник осторожно молотком вбивается в полость эпифиза бедра, а другой конец его вставляется в полость tibiae. Сухожилие m. quadriceps femoris пришивается к tuberositas tibiae. *Юров.*

Seiffert. *Первичный нервный шов в запущенных случаях инфицированных ран* (Zentralblatt für Chirurgie, № 32, 1936).

В случаях тяжелых инфицированных ранений с разрушением нервов, доставляемых в поздние сроки (8-й день), а. рекомендует применение первичного нервного шва. Сначала иссекается образовавшаяся неврома, а затем концы нервов сшиваются. Сшивать можно бок в бок, с тем, чтобы после окончания гнойного процесса наложить вторичный шов, или же сразу, конец в конец, проводя швы через периневрий. Для предохранения нервного шва а. обертывает его серебряной полоской; тампонада не применяется. Лечение в шине, через 7 недель гальванизация.

В одном случае ранения n. radialis a., после сшивания концов нервов в сильно инфицированной ране, получил хороший результат. Через год функция руки и пальцев была полностью восстановлена. *Юров.*

д) Урология.

Dellinger Barney. *О протезе яичка* (Ztsch. f. Urol. B. 30, H. 6, 1936). На заседании американских урологов автор доложил, что им сконструирован серебряный небольшой круглый шарик, который в целях психического воздействия на пациентов, вкладывается в мошонку в тех случаях, когда у больного имеется крипторхизм или произведена односторонняя кастрация. Это „яичко" не вызывает никакого раздражения в мошонке. *А. Д.*

Dominici. *Ангиомы уретры* (Journ d'urol. T. 42. № 1, 1936). Автор кратко разбирает литературу вопроса. Приводит выдержки из историй болезни случаев, наблюдавшихся до 1935 г., в которых различными авторами была применена та или иная консервативная или радикальная терапия ангиом уретры. Собственное наблюдение автора касается больного мужчины, 24 лет, который обратился в клинику Марионэ в октябре 1935 г. с жалобой на уретрорагию, без каких-либо болезненных ощущений. Уретрорагии наблюдались у больного и раньше и заканчивались без лечения. Больной анемичен, при уретроскопии обнаружена ангиома длиной 5—6 *см*, цвет ангиомы—розово-фиолетовый. Лечение радием дало успех. (Приведена пространная библиография, где совершенно отсутствуют работы советских исследователей и, в частности, работа В. Н. Матвеева с описанием 6 случаев ангиом уретры. Реф.). *А. Д.*

Chauvin. *Первичный туберкулез семенных пузырьков* (Arch. des mal. des reins № 1 и 2, 1936). Пространная монография, напечатанная в двух номерах журнала. Автор допускает 3 пути проникновения инфекции в семенные пузырьки: 1) путь заноса через кровь, 2) путь нисходящий (от яичка к семенному пузырьку) и 3) путь восходящий. Патолого-анатомически автор различает три формы поражения семенных пузырьков: 1) милиарная, 2) узловатая и 3) инфильтративная. Среди симптомов первичных туберкулезных везикулитов упоминается нарушение половых функций в виде эрекций, быстрых эякуляций, ночных поллюций, сперматореи. Далее следуют указания на возможность появления гематурии, гемоспермии, поллакиурии, нарушения акта мочеиспускания (задержка мочи, зуд в головке члена), появление выделений из канала. Среди диагностических приемов для распознавания этого заболевания, автор рекомендует исследование выделений из канала, особенно в тех случаях, когда нет гонококков в них. Пальпаторно per rectum удается иногда обнаружить узловатости в области семенных пузырьков, причем следует обращать внимание на субъективные жалобы больного в смысле локализации болезненности при исследовании per rectum. Исследование и тщательные поиски палочек в моче, в нитях—обязательны. Исследование секрета пузырьков на присутствие палочек также обязательно. Среди терапевтических мероприятий автор указывает на общие медикаментозные средства (иод, мышьяк, кальций), облучение Х-лучами, гемотерапию. При цисталгиях рекомендуется местное применение метиленовой синьки. Местно же на пораженные пузырьки автор применяет суппозитории per rectum. Хирургический метод считается наилучшим. Приведены 4 истории болезни. *А. Д.*

Einar Ljunggren. *Значение пиелографии при подострых повреждениях почек* (Ztsch. für Urol., т. 30, № 9, 1936). Автор горячо рекомендует, как подсобный метод диагностики, пиелографию при подострых повреждениях почек. Вначале рекомендуется проделать внутривенную пиелографию и, в случае, если не будет обнаружена степень повреждения почек, нужно приступить к ретроградной пиелографии. Эти два метода исследования дают возможность решить вопрос о применении консервативной или оперативной терапии. *А. Д.*

Michol. *Лечение инфекций мочевых путей бактериофагом* (La Médecine, № 9, Suppl, 1936). При циститах и простатитах а. рекомендует вводить в мочевой пузырь 3 дня подряд бактериофаг, либо специфический для данного случая, либо смешаный. Количество вводимого фага: 20,0 в первые 2 раза и 10,0 в третий раз. При пиелитах желательно вводить в лоханку 20—30 $см_3$ бактериофага единовременно. После трехкратного введения сделать перерыв, а затем снова возобновить Лечение бактериофагом можно проводить лишь при условии, если моча имеет щелочную реакцию. А. наблюдал очень хорошие результаты при проведении такого лечения. *Н. К.*

е) *Акушерство и гинекология.*

Негрет и Фонтен-Балестра. *Лечение гоноройных вульвовагинитов девочек* (Semana med. Buenos Aires V. 43, 14/V 1936)

Авторы применяли способ Мендеца, состоящий в том, что девочкам, страдающим гоноройным вульвовагинитом, ежедневно впрыскивается под кожу вакцина, приготовленная из всей совокупности их вагинальной флоры. Во влагалище через день вкладывается в количестве 5 *куб. см* мазь, приготовленная из тех же бактерий. Чтобы мазь не вытекала, вульва прикрывается куском гуттаперчи, удерживаемым на месте при помощи липкого пластыря. Таким образом получается местно замкнутая полость. Мытье водой избегается. По утрам больная регулярно получает по ложке растительного масла, во избежание запоров. Микроскопическое исследование повторяется часто. В случае изменения бактериальной флоры приготовляется соответственно новая вакцина. Лечение прекращается после того как из влагалища исчезнут все патогенные микроорганизмы. Преимущества этого метода заключаются в том, что эксудат искусственно задерживается в тесном соприкосновении с вагинальными стенками, а он обладает антисептическими свойствами и стимулирует образование антител. Образованию антител способствует и впрыскивание специфической вакцины и местно вкладываемая мазь, содержащая тех же микробов.

В. Дембская.

Schebat. *Множественные подкожные гонококковые абсцессы, развившиеся в течении послеродовой и послеабортной пиемии* (Bull. soc d'obst. et de gynee февраль 1936).

Описаны два случая. В первом случае—в клинику поступила женщина 24 лет с лихорадкой после родов, которые принимала акушерка 7 дней назад. Температура по утрам 38,3°, вечером 40°. В области обоих локтевых сгибов у больной обнаружены флюктуирующие опухоли, суставы свободны. При пункции обеих опухолей получен гной с наличием гонококков. В дальнейшем появились опухоли в области предплечья слева, левой икроножной мышцы и на тыльной поверхности левой стопы; при созревании этих абсцессов они были вскрыты и в каждом случае в гное находили внеклеточно и внутриклеточно расположенных гонококков. Излечение достигнуто в течение 6 недель. Второй женщине был произведен аборт, и вскоре температура достигла 40°, расстройство сердечной деятельности. В секрете шейки матки были обнаружены гонококки. На 21-й день болезни появилась припухлость и краснота в области левого локтевого сустава; при пункции опухоли обнаружен гной с наличием в нем гонококков. После вскрытия гнойника, температура не спадала. На 30-й день болезни развилась опухоль в области правого предплечья, при пункции которой также найдены гонококки в гною. На 35-й день болезни развились подкожные абсцессы в различных участках тела; при вскрытии каждого гнойника удавалось обнаружить гонококков.

А. Д.

Gatè, Ricard, Guilleret et Riou. *Первичные проявления сифилиса на шейке, симулирующие опухоль* (Bull. Soc. franç. de dermat. et syph. 1936, январь).

Авторы описывают случаи, где первичный шанкр локализировался на шейке матки, но клиническая картина поражения сильно напоминала новообразование. Шейка была резко утолщена, уплотнена и эрозирована вокруг канала шейки. Пробная биопсия не дала картины эпителиомы. Реакции Вассермана, Кана и Гехта были резко положительны. Несколько времени спустя у больной развились вторичные явления сифилиса. Предпринятое лечение препаратами висмута и мышьяка привело к исчезновению явлений на коже и шейке матки.

А. Д.

Gongerot et Blum. *Вторичный сифилитический оварит* (Ann. mal. ven., № 8, 1936).

Сифилитический оварит характеризуется наличием у больной болей в подреберьях, болезненных менструаций с наклонностью к неправильностям, в смысле сроков и продолжительности их; иногда в случаях злокачественного сифилиса появляется аменорея. Автор наблюдал случай вторичного сифилиса с проявлениями на коже, с положительными серореакциями. Предпринятое ле-

чение препаратами мышьяка и висмута привело к исчезновению явлений на коже, но серореакции оставались положительными. Пальпаторно и объективно был диагносцирован оварит. Произведена кастрация больной. Яичник был кистозно изменен, увеличен, спирохет в жидкостях из кист не было обнаружено, RW с жидкостью из кист—положительна. Дальнейшее лечение специфическими средствами быстро привело к переводу положительной RW в отрицательную. *А. Д.*

Hanne. *Рентгеновское освещение при начинающемся пуэрперальнам мастите* (D. m. W. V. 62, 24/IV 1936).

На основании своих наблюдений за 30 пациентками, автор пришел к убеждению, что рентгеновская иррадиация является самым подходящим методом лечения при начинающемся пуэрперальном мастите. Он применял 20% кожной эритемной дозы при напряжении в 170 киловольт с 0,5 *мм* медным и 0,5 алюминиевым фильтром при фокусном расстоянии в 30 *см* от кожи. В зависимости от размера воспаленной области берется поле в 6×8 или 10×15 *см*. Это лечение всегда оказывалось эфективным, и после него никогда не приходилось прибегать к инцизии. Автор предостерегает от 40% э. к. дозы, так как она может слишком вредно отразиться на продукции молока. Доза в 20% и даже меньшая тоже снижает продуктивность молочной железы. Хотя спустя 5 дней молокоотделение возобновляется, но все же оно бывает менее обильно по сравнению с неосвещенной грудью. *В. Дембская.*

Glass. *Мигрень и яичниковая недостаточность* (Endocrinology, Los Angelos, V. 20, V, 1936).

У серии больных, упорно не поддававшихся симптоматическому лечению мигрени, автор производил анализы крови и мочи на присутствие эстрогенных гормонов и пролана в различные периоды менструального цикла. Большинство пациенток страдало разного рода аномалиями менструаций. Головная боль у многих из них совпадала с наступлением менструации, но у некоторых появлялась и в межменструальном периоде. У 8 женщин хорошие результаты были получены после введения эстрогенных субстанций. Анализ крови и мочи, произведенный после эстрогенизации, обнаружил исчезновение гонадостимулирующего гормона. Автор пришел к заключению, что избыток этого последнего, оставаясь непронейтрализованным ввиду недостаточной функции яичника, и приводит к болезненному состоянию (мигрени). Под влиянием адекватной эстрогенизации не только проходила головная боль, но упорядочивалась менструальная функция и улучшалось общее состояние больной. Улучшение простиралось на период времени от 6 до 36 месяцев. Приходилось наблюдать рецидивы головных болей и нарушение гормонального равновесия. Автор объясняет их недостаточной дозировкой эстрогенных субстанций и рекомендует вводить их в количестве от 8000 до 32000 единиц. *В. Дембская.*

Kairis. *Фистулы мочевого пузыря редкой этиологии* (Ztschr. für Urol., т. 30, № 9, 1936).

Приводятся две истории болезни женщин. У первой, 40 лет, болеющей более месяца, появилась мутная моча, дизурические явления. При цистоскопии обнаружена фистула мочевого пузыря в области верхней стенки; из этого отверстия выделялся густой гной. При рентгеновском исследовании было обнаружено типичное для туберкулезной инфекции поражение симфиза. У второй больной, 22 лет, болеющей уже 15 лет, в детстве был гнойник в области левой пупартовой связки, гнойник был вскрыт, но боли в левой половине таза держались. Пять лет тому назад образовался абсцесс, самопроизвольно вскрывшийся, из которого выделилось значительное количество гноя и разрушенная костная ткань. 4 года спустя появились симптомы поражения мочевого пузыря. При цистоскопии была обнаружена фистула на левой стенке мочевого пузыря. Моча гнойная, дизурические явления. При рентгеновском исследовании обнаружено разрушение головки и шейки бедренной кости. Кусочки костной ткани, попавшей в мочевой пузырь, были удалены с помощью хирургического цистоскопа. *А. Д.*

ж) Ото-рино-ларингология.

Barany. *Влияние внутривенно введенных анестезирующих средств на ушные шумы* (Acta oto-laryngologica, V. XXIII, F. 2, 1935). А. сообщает о своих наблюдениях над действием интравенозно введенных анестезирующих средств

на ушные шумы. Для этой цели применялся 1% novocain, 0,05—0,1% percain или 0,1% pantocain в количестве 5 *см*³. Автор отмечает, что вскоре после инъекции ушные шумы у многих пациентов становились слабее или даже совершенно исчезали. Действие различных веществ проявляется неодинаково. При новокаине положительный эфект продолжается от 20 минут до 1 часа, при перкаине—от 1 до 18 часов. Наиболее слабым является пантокаин, действие получается только в случае постоянных (непульсирующих) шумов. Ежедневные повторные инъекции вредного действия не оказывают. *В. Громов.*

Burger. *Два случая синдрома парафарингеального пространства* (Acto oto-laryngologica, V. XXIII, F. 2, 1935). А. приводит два случая параличей IX, X и XII пары нервов, из них один вследствие карциномы hypopharynx'a, другой—опухоли paratis. *В. Громов.*

Burger. *Диагностические ошибки лаборатории* (Acto-oto-laryngologica, V. XXIII, F. 2, 1935). А. на основании двух случаев, в одном из которых две чрезвычайно авторитетные лаборатории нашли tbc (гортани), а в действительности оказался lues, в другом во взятой во время озноба крови была установлена тяжелая инфекция, тогда как через день состояние заметно улучшилось, говорит об особой осторожности, с которой нужно относиться к данным лабораторий. Последние должны иметь далеко не абсолютное значение, и лишь в связи с данными клинических исследований составляют материал, на котором клиницист обосновывает свой диагноз. *В. Громов.*

Armstrong и Harrisson. *Профилактика интраназальной невротропной инфекци* (Public Health Reports Washington. V. 51, 28/II 1936). Испытав различные химические вещества, авторы остановились на 0,32%—0,64% растворе тринитрофенола (пикриновая кислота). Сам по себе или в комбинации с алюминиевым натрием тринитрофенол оказался значительно более эфективным, чем другие испытанные вещества. В вышеприведенной концентрации пикриновая кислота не вызывает никаких неприятных побочных действий. После 16-кратного распыления друг другу в ноздри, авторы ни разу не получили ни малейшего раздражения. Они полагают, что кислота действует местно протективно, либо понижая проходимость (пермеабильность) слизистых оболочек для инфекционного начала, либо непосредственно влияя на вирус, либо одновременно действуя двояким способом. Применение ее мешает образованию иммунитета у мышей после интраназальной инстилляции энцефалитического вируса. Пикриновая кислота, введенная мыши за один или два дня до инстилляции вируса, или в один день с ним, или на один—два дня позже, приводила каждый раз к уменьшению чувствительности по отношению к нему, по сравнению с неподготовленными животными. Протективное действие 0,32% раствора тринитрофенола по отношению к интраназальной инстилляции вируса полимиелита держится от 4 до 7 дней, после последнего введения. *В. Дембская.*

Заседания медицинских обществ.

Хирургическое общество АТССР.

Заседание 28/IX 1936 г.

I. Демонстрации.

1. Д-р Назаров продемонстрировал б-ную в порядке консультации. Заболевание трактуется как тератоидная опухоль крестцово-подвздошной области, разрешившаяся в нагноение.

В прениях. Ратнер Ю. А. Случай представляет диагностический интерес. Для нас неясно, имеем ли мы здесь дело с туберкулезом или с тератоидной опухолью. Возможно одинаково допустить туберкулез, как и врожденную аномалию. Возможность тератомы основывается главным образом на существовании теней на снимке и расщеплении крестца. Терапия и при том и при другом страдании будет консервативной.

Л. И. Шулутко. У представленной докладчиком б-ной имеется свищ на ягодице и плотной инфильтрат в левой подвздошной области. Пальпация левой крестцово-подвздошной области дает резкую болезненность. На Rö-грамме имеется смазанность в области левого крестцово-подвздошного сочленения, очаг разрежения в области подвздошной кости, недалеко от отмеченного выше сочленения. Затемнение большой части подвздошной кости объясняется наслоением опухоли, лежащей в левом подвздошном отделе. В анамнезе у б-ной tbc легких. Все отмеченное выше несомненно говорит за наличие в данном случае туберкулезного процесса с локализацией очагов в крестцово-подвздошном сочленении и подвздошной кости.

Имеющееся на Rö-грамме расщепление нижнего отдела крестца является совершенно нормальным вариантом строения этого отдела скелета.

Председ. проф. Н. В. Соколов (резюме). Течение процесса и главным образом разбор Rö-граммы дают больше оснований высказаться за туберкулезный характер данного процесса.

2. Д-р Любина демонстрирует *случай кисты яичника* у девочки 10 лет. Опухоль содержала стерильную жидкость. Останавливается на литературе вопроса.

Проф. Герцберг интересуется—был ли обследован во время операции apendix?

Д-р Еляшевич указывает, что кисты яичников в детском возрасте не редки. Рейн, Бутковский сообщают о кистах яичника в шестилетнем возрасте. Столыпин при чревосечении у новорожденных наблюдал простую кисту яичника. О кистах яичника в раннем детском возрасте сообщают Холодковский, Доберт. Демонстрируемый случай интересен с точки зрения раннего вмешательства (во избежание перекручивания) и ранней диагностики.

Проф. Н. В. Соколов (резюме). Кистозные образования яичников у девочек не являются редкостью, однако представляют большой практический интерес. В отдельных случаях, перекручиваясь, они могут симулировать ileus.

Д-р В. Н. Помосов. *„Случай спонтанного разрыва селезенки, симулировавшего разрыв мочевого пузыря“*. Автор сообщил о прослеженном им нынешним летом случае спонтанного разрыва селезенки на почве малярии у старика 60 лет. Интерес случая в том, что ведущими симптомами в клинической картине были явления со стороны мочевого пузыря: беспрестанные, резко болезненные императивные позывы к мочеиспусканию, выраженная болезненность в области мочевого пузыря, тотальная анурия. Дооперационный диагноз—разрыв мочевого пузыря; на операции, предпринятой через 86 часов после разрыва, обнаружен поперечный разрыв значительно увеличенной малярийной селезенки. Произведена спленектомия, б-ной через $^1/_2$ часа после операции умер.

Основанием к постановке диагноза „разрыв мочевого пузыря“ послужили: 1) возраст больного (60 лет), 2) анамнестические указания о том, что б-ной накануне, с целью лечения, выпил около $^1/_2$ литра водки; 3) внезапное начало и бурное течение: 4) отсутствие резко выраженных явлений внутреннего кровотечения; 5) невыраженность явлений со стороны живота; 6) наличие резко выраженных явлений со стороны мочевого пузыря: значительная пальпаторная болезненность пузыря, беспрестанные тенезмы, двудневная тотальная анурия при неопределяемом пальпацией мочевом пузыре, при наличии свободной жидкости в брюшной полости, характерное положение б-ного, как при камнедроблении, постоянные подхватывания руками нижних отделов живота и характерные заявления б-ного: „Мне бы помочиться, я был бы здоров“.

Автор относит тотальную анурию в первую очередь за счет резкого снижения кровяного давления и за счет резкого обезвоживания организма. Тенезмы и частые позывы к мочеиспусканию объясняет давлением излившейся крови, токсическими свойствами этой крови, сопутствующими воспалительными явлениями, влиянием алкоголя и т. д. Данный случай лишний раз показывает, какое разнообразие клинических форм могут дать разрывы селезенки, какие значительные отступления от обычного и общеусвоенного может принять их течение.

Прения. Проф. Б. Г. Герцберг указал на наблюдавшиеся им случаи разрыва мочевого пузыря и остановился на диагностических деталях.

Проф. С. М. Алексеев отметил, что клиническая картина, описанная докладчиком, очень сходна с картиной разрыва мочевого пузыря. Дает объяснения некоторым симптомам, повлекшим к ошибочному диагнозу.

Проф. В. А. Гусынин. Случай интересен с двух точек зрения. Случаи не так редки, докладчик имеет их четыре. Считает, что разрывы мочевого пузыря встречаются значительно реже, нежели разрывы селезенки. Указывает на свое

образный симптомокомплекс при спонтанных разрывах селезенки. Отмечает интересное течение в случае д-ра Помосова, где наслоение симптомов разрыва мочевого пузыря затемнило истинную картину.

Д-р В. М. Осиповский для иллюстрации затруднительности диагностики спонтанных разрывов селезенки поделился личным наблюдением оперированного им в клинике неотложной хирургии ГИДУВ'а б-го, шедшего под диагнозом острого аппендицита и оказавшегося с разрывом селезенки. Пато-гистологическое исследование показало малярийную спленомегалию (демонстрация удаленного препарата). Исход—в выздоровление.

Проф. Г. М. Новиков считает постановку доклада своевременной, так как самопроизвольные разрывы селезенки становятся не так уж редкими; последнее он ставит в связь с широким поражением населения малярией; останавливается на симптоматологии и клинических проявлениях разрыва селезенки.

Проф. Н. В. Соколов. Диагноз разрыва селезенки в наблюдавшемся докладчиком случае был не легок. Но было бы неправильным оправдывать автора в его диагностической ошибке: не все методы диагностики были автором использованы и в частности не была испытана целостность пузыря введением в него через катетер жидкости. Анурия в этом случае может быть объяснена обескровливанием больного, с одной стороны, и раздражением брюшины излившейся кровью—с другой.

Председатель проф. *Н. В. Соколов.*
Секретарь д-р *В. М. Осиповский.*

Хроника.

85. В декабре в Харькове состоится II Всеукраинский съезд рентгенологов и радиологов. В программе съезда: 1) рентгенодиагностика и р-терапия заболеваний центральной и периферической нервной системы; 2) современная рентгенодиагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы; 3) рентгенодиагностика воспалительных нетуберкулезных заболеваний легких и плевры; 4) терапия злокачественных заболеваний лучистой энергией; 5) ошибки в рентгенологии и 6) дозиметрия. Кафедра рентгенологии Казанского ГИДУВ, получившая приглашение на этот съезд, представила 5 докладов.

86. 23—27 января 1937 года в г. Ростове-на-Дону состоится 1-й Азово-Черноморский краевой съезд детских врачей. Программа съезда: 1) основы организации лечебно-профилактической помощи детям; 2) детская малярия; 3) летние детские поносы; 4) острые детские инфекции.

87. В Москве в конце января 1937 года состоится Всесоюзная конференция урологов. Тематика: нефролитиазис, недержание мочи, место урологии в системе советского здравоохранения, иммунотерапия гоноройных заболеваний (совместное заседание с съездом венерологов). По всем вопросам, связанным с конференцией, следует обращаться к председателю оргбюро, заслуженному деятелю науки профессору Р. М. Фронштейн, по адресу, Москва. Арбат, Серебряный пер., 5, кв. 3.

88. Первый советский томограф для рентгенографии плоскостных срезов тела без обычных наслоений сконструирован по указаниям зав. кафедрой рентгенологии Казанского ГИДУВА, проф. Р. Я. Гасуль. рентгенотехником кафедры т. Новиковым, 14/X этот томограф был демонстрирован профессором Гасуль на заседании О-ва рентгенологов.

89. В последние годы в Америке произведено несколько удачных операций удаления легкого, главным образом в связи с злокачественными образованиями. Подобные операции произведены у двух больных с односторонней бронхоэктазией, в одном случае с удалением левого легкого, в другом—правого. Больные поправились. В 1932 г. Хайт (Мичиган) успешно произвел такую же операцию у девочки 13 лет. До 1931 г. случаев удачного удаления всего легкого не наблюдалось.

90. Физиологической лабораторией Пенсильванского университета сконструирован прибор для измерения кожной и подкожной температуры у человека.

Прибор, являясь видоизмененной обыкновенной термопарой, дает возможность точного и быстрого измерения температуры (с точностью до +0,1°). Производившиеся одновременно измерения в области разгибателей предплечья, тыльной поверхности кисти и на дельтовидной мышце плеча показали, что кожные температуры колеблются в пределах 0,5° на участке 1 *см*, а подкожные превышают кожные на 0,3—0,5°, в зависимости от глубины.

91. При клинике легочных болезней Башкирского тубинститута в текущем году открыто отделение легочной хирургии. За второй квартал произведено 26 операций на грудной клетке: френикоэкзерез, алкоголизация, торакопластика.

92. Институт травматологии, ортопедии и протезирования будет строиться в Москве. Генеральный план строительства ин-та одобрен наркомом здравоохранения СССР т. Каминским. При институте будут выстроены центральная лаборатория и поликлиника, с пропускной способностью 1500 чел. в день.

93. В Петропавловске-на-Камчатке открыт первый рентгеновский кабинет. В недавно же открытом физиотерапевтическом кабинете производится десять видов процедур. Среди первых пациентов кабинета были приняты несколько девушек-чукчанок, попросивших снять татуировку, сделанную им по национальному обычаю в детстве.

94. При винодельческом комбинате „Массандра" (Крым) решено построить завод виноградных соков. Завод будет работать в сети предприятий Наркомпищепрома. В первый год завод выпустит около 40.000 декалитров виногр. сока. До сих пор виноградный сок производился всего в количестве 2—3000 декалитров в год.

95. По заданию Национального географического общества в Вашингтоне Роджерс и Мейер сконструировали аппарат для собирания бактерий в стратосфере. Аппарат, прикрепленный к парашюту, может сбрасываться со стратостата на любой высоте. Коллектор состоит из стеклянного цилиндра, через него воздух попадает в аппарат. Стенки цилиндра изнутри покрыты слоем агара. Цилиндр закрывается затвором автоматически на высоте 35.000 футов.

96. Новый гормон поджелудочной железы, регулирующий жировой обмен, открыли Драгштедт, Прохаска и Гармс. После удаления поджелудочной железы у собаки, последняя обычно погибает при явлениях очень резкой жировой инфильтрации печени, несмотря на введение инсулина.

Введение нового гормона, совместно с инсулином, предупреждает жировую инфильтрацию печени.

97. Великобританское офталмологическое общество назначило трехлетнюю конкурсную премию в 100 англ. фунтов за лучший очерк на темы, избранные советом этого общества. Участие в конкурсе могут принимать дипломированные врачи любой национальности. Очерк должен быть написан на английском языке.

Тема для первой премии: „Цереброспинальное заболевание и его соотношение к зрительному нерву". Срок подачи написанных работ на эту тему—31 декабря 1938 г.

Имя автора не должно значиться на очерке, который может быть подписан „псевдонимом" или помечен какою-нибудь условной цитатой. Имя и адрес автора должны быть приложены к очерку в отдельном запечатанном конверте, на котором должны значиться „псевдоним" автора или избранная им цитата.

Адресовать работы следует почетному секретарю Офталмологического общества, по адресу: to the Honorary Secretary, Ophthalmological Society of the United Kingdom. 5, Racquet Court. Fleet Street. London E. C. 4, England.

Л. И. Еляшевич

1 октября 1936 года трагически погиб ассистент Хирургической клиники Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, кандидат медицинских наук, доктор Леонид Иосифович Еляшевич. Он пал жертвой дикого случая, попав под автомобиль у крыльца своей квартиры.

Л. И. умер в расцвете сил. Ему было всего 35 лет. Глубокой скорбью, искренней печалью были проникнуты речи, посвященные памяти покойного. Так нелепо, так рано оборвалась жизнь молодого талантливого хирурга. Полный энергии, жизнерадостный, кипучий, настойчивый в своих исканиях, искусный хирург, блестящий лектор, мастер пения, артист по натуре — вот далеко неполный образ ушедшего товарища. Смерть Л. И. большая потеря для клиники, в которой он проработал всего 2 года, но сумел оставить глубокий след. Он увлекался работой и умел увлекать других. Порывистый, стремительный, он не жалел своих сил в практической и научной работе. Особенно много работал покойный в области переливания крови. Он первый в Казани стал применять переливание трупной крови. Его перу принадлежит несколько весьма ценных работ по переливанию крови. Л. И. одновременно состоял ассистентом Казанского института переливания крови, где он также выдвинулся, как сильный и ценный работник. В области переливания крови Л. И. был большим мастером, опытным и эрудированным. Покойный Л. И. с большим успехом читал в клинике курс переливания крови прикомандированным врачам.

Друзья, сотрудники, слушатели института сохранят в своей памяти образ яркого незаурядного человека и хирурга, каким был Л. И. Еляшевич.

Ратнер.

Проф. Г. И. Мещерский

Умер Герман Иванович Мещерский, профессор 1-го Московского медицинского института, заслуженный деятель науки, крупнейший дермато-венеролог Советского Союза.

Г. И. родился в 1874 г. В 1898 г. окончил медицинский факультет Московского университета и с этого времени непрерывно работал в кожной клинике — сначала ординатором, затем ассистентом, с 1910 г.—доцентом, а с 1920 г.—профессором.

Г. И. известен и у нас, и за границей, как крупнейший специалист-энциклопедист, великолепный педагог и общественник. Начиная с июня 1917 г. он включается в работу общественных организаций по борьбе с венеризмом. После Октябрьской революции он принимает самое активное участие в создании противовенерической организации и до самых последних дней жизни сам работал в ней. Г. И. — неизменный активный организатор и участник всех всесоюзных дермато-венерологических съездов и наш представитель на дермато-венерологических зарубежных съездах. Г. И. в течение многих лет — непременный и активный участник методических комиссий НКПроса, затем ГУС'а.

Г. И. — один из организаторов и активный участник редакций всех наших дермато-венерологических журналов. Он считался

лучшим референтом. Его умело составленные рефераты заполняют не только дермато-венерологические журналы, но и «Советскую клинику», Центр. мед. журнал» и др. Он—активный работник БМЭ.

Г. И. напечатано более 100 научных работ, из которых ряд работ является крупнейшим вкладом в дермато-венерологию. Его диссертация «К учению об идиопатической прогрессивной атрофии кожи и об отношении ее к склеродермии» является образцом, как нужно писать подобного рода работы.

Ко всему сказанному необходимо прибавить, что под редакцией Г. И. с его примечаниями переведено много учебных пособий, монографий с иностранных языков на русский. Свободно владея 5 иностранными языками, к тому же обладая феноменальной памятью, Г. И. сумел оживить эти переводные руководства и они стали чрезвычайно ценными пособиями для каждого специалиста дермато-венеролога.

Г. И. был учеником основоположника русской дерматологической школы проф. Поспелова, впитав в себя достижения мировых школ, особенно французской, создал свою собственную школу. Его ученики разбросаны по всему Союзу, из них шесть занимают самостоятельные кафедры.

Г. И. был настоящим советским ученым. Он неоднократно в своих публичных выступлениях клеймил позором специалистов-вредителей, людей типа «академика» Лузина и т. д., предающих интересы нашей великой родины.

Умирая, Герман Иванович обратился к своему ученику и спросил: «Скажите, выполнил ли я долг гражданина социалистической родины?».

Не стало ученого, не стало учителя, не стало друга, горячо преданного делу советского здравоохранения и любящего свою родину.

Прощай, дорогой учитель!

Проф. *Олесов*

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ.

Глубокоуважаемый тов. редактор!

В редактируемом вами журнале (№ 1 за 1936 г.) помещена статья доц. Ю. А. Ратнера под названием „О методах оперативного лечения травматических стриктур уретры".

В указанной статье автор пишет:

„*Мы предлагаем простейшее ушивание тканей над катетером, как метод восстановления целости уретры в наиболее трудных случаях, когда из-за большого дефекта не удается приблизить и сшить конец в конец*". (Курсив автора).

В довершение всего Ратнер пишет, что он в доступной ему литературе не нашел каких-либо указаний на такой способ лечения стриктур уретры,

и выражает крайнее сожаление по поводу того, что такой простой метод не нашел еще места в руководствах по урологии.

Трудно не присоединиться к такому „справедливому“ протесту автора. Метод, действительно, очень простой и заслуживает того, чтобы он широко пропагандировался. Но, в целях восстановления истины, мы должны сообщить, что предлагаемый Ратнером метод обработки уретры был предложен и экспериментально обоснован проф. А. В. Вишневским еще в 1911 году. Работы проф. Вишневского по этому вопросу печатались в целом ряде журналов (Хирург. архив Вельяминова, 1911 г., кн. № 1; Каз. мед. жур., 1911 г., т. XI; Вест. хир. и погр. обл.), не говоря уже о том, что он выступал со своим материалом на XV съезде хирургов.

После всего этого, статья доц. Ратнера, замалчивающая указанные работы проф. Вишневского, вызывает у читателя—по меньшей мере—недоумение.

Проф. С. Алексеев, проф. Г. Новиков, проф. Н. Домрачев

НОВЫЕ КНИГИ:

Боголюбов В. Л. проф. Основы общей хирургии, т. I, руководство для врачей и студентов, изд. 2-е, испр. и дополнен., 647 стр., с рис., цена 11 р., 1936 г., т. II, печатается.

Русецкий И. И. проф. Вегетативные центры гипоталямической области большого мозга, с рис., цена 2 р. 50 к., 1936 г.

Соколов Н. В. проф. и Лапков Д. М. доц. Краткое руководство по хирургической анатомии, с рис. цена 7 р. 50 к., 1935 г.

Терновский В. Н. проф. Анатомическая препаровка мышц, связок и внутренностей. Изд. 2-е, с рис., цена 1 р. 70 к., 1936 г.

Фридланд М. О. проф. Частная ортопедия. Изд. 2-е, испр. и дополн., с рис., цена 11 р., 1936 г.

Крамов Н. А. Кумыс и его действие. 274 стр., с рис., цена 4 р. 95 к., 1936 г.

Фридланд М. О. проф. Курс ортопедии, ч. I общая, цена 6 р. 50 к.

Русецкий И. И. проф. Коленный рефлекс, с рис., цена 3 р. 50 к.

Гусев А. Д. проф. Врачебные ошибки и врачебные поеступления. Эпштейн Т. Д. проф. Источники врачебных ошибок и пути их устранения, цена 75 к.

Новиков Г. М. доц. К патогенезу и лечению трофических язв конечностей, ц. 1 р.

Новицкий и Волосович. Влагалищное грязелечение, 1936 г., ц. 1 р.

Груздев В. С. проф. Материалы к вопросу о внематочной беременности, 1932 г., ц. 1 р.

Сборник трудов Гос. инст. усоверш. врачей имени В. И. Ленина, т. IV, 541 стр, 1935 г., 10 р.

Вильде А. А. Лекарствоведение. Учебник для среднего медиц. персонала. (Выйдет в январе).

Труды Казанского Гос. Медицинского Института

За 1935 г., т. III, т. IV (посвящ. 100-летию акуш.-гинек. клиники КМИ, 70-летию заслуж. деят. науки проф. В. С. Груздева и 45-летию его деятельности) и т. т. V—VI.

1. Сборник работ клиники болезней носа, горла и ушей, т. III, ц. 3 р.
2. Сборник хирургической клиники, т. I, ц. 3 р.
3. Сборник работ хирургической клиники им. проф. Вишневского и клиники патофизиологии Всесоюзного института эксперимент. медицины, т. II, ц. 5 р.
4. Сборник работ кафедры нормальной анатомии человека (посвящ. 100-летн. юбилею Анатомического ин-та), ц. 6 р.
5. Сборник работ клиники нервных болезней, кафедры гистологии и кафедры фармакологии, ц. 3 р.
6. Сборник работ теоретических и клинических кафедр (посвящ. 15-летию Автономной Татарской ССР), ц. 6 р., 1935 г., т. I—II.

Труды Татарского института теоретической и клинической медицины, вып. II и III.

КНИГИ ВЫСЫЛАЮТСЯ НАЛОЖЕННЫМ ПЛАТЕЖОМ.

Требования направлять по адресу:

Казань, ул. Баумана, 9/11, книжному магазину № 6 Книготорга Татгосиздата.

ОБЪЯВЛЕНИЯ

Медико-генетический научно-исследовательский институт Наркомздрава им. М. Горького (бывш. Медико-биологический)

ОБЪЯВЛЯЕТ ПРИЕМ АСПИРАНТОВ

по следующим дисциплинам: 1) генетика человека, 2) цитология человека, 3) внутренние болезни, 4) психиатрия.

В аспирантуру принимаются лица, удовлетворяющие требованиям постановления СНК СССР от 13/I 1934 г. („Известия" от 14/I 1934 г.).

Тт., прошедшие отборочную комиссию при Институте, подвергаются испытаниям: 1) по избираемой специальности, 2) по диамату и 3) по одному из иностранных языков—немецкому или английскому.

Запросы и документы направлять по адресу Института: Москва, Кропоткинский пер. 7, тел. Г—6—71—03.

Минусинский Райздрав приглашает на службу в г. Минусинск врачей для работы в стационаре и амбулатории: офталмолога и оториноларинголога. Ставка по соглашению. Проезд и проч. по КЗОТу.

Заявления адресовать: гор. Минусинск, Красноярского края, Райздраву.

Райздрав.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ.

В интересах авторов рукописей редакция настоятельно просит придерживаться следующих правил:

1. Статьи, присылаемые в редакцию без предварительного согласования, не должны превышать $1/2$ печ. листа (20000 печ. знаков), т. е. *10 страниц на пишущей машинке.*

2. Статьи должны быть *перепечатаны на пишущей машинке на одной стороне листа* (первый оттиск, а не копия) с двойным интервалом между строками и небольшими полями (не менее 3 см.) с левой стороны—*на бумаге, допускающей правку чернилами* (не папиросная и не цветная).

3. Переписанные на машинке рукописи *должны быть самым тщательным образом выверены* (особенно фамилии иностранных авторов) *и исправлены вполне разборчиво чернилами* (не красными).

4. Изложение должно быть *ясным и кратким.* Литературное введение и история вопроса допускаются только в самом сжатом виде. Протоколы истории болезни должны быть средактированы возможно кратко.

5. *Количество рисунков, диаграмм и таблиц должно быть минимальным* (самые необходимые), причем рисунки должны быть выполнены так, чтобы они допускали непосредственное воспроизведение (контрастные фотографии, рисунки тушью и т. п.).

6. Фамилии иностранных авторов, упоминаемые в статье, пишутся *русским шрифтом.*

7. Библиографические данные—*только самые необходимые*—должны быть написаны *разборчиво* (особенно иностранные источники) и помещены в конце статьи в алфавитном порядке (сначала русские, а затем иностранные).

8. В конце статьи обязательно ставятся *собственноручная подпись автора и его почтовый адрес.*

9. Авторам настоятельно рекомендуется *оставлять у себя копии* статей, посылаемых в редакцию. Редакция оставляет за собой право рукописи ненапечатанных работ не возвращать.

10. Редакция оставляет за собой право *сокращать и исправлять* рукописи.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

НА

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

в 1937 г.

ИЗДАНИЕ СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСКОЙ АССР

Орган Казанского медицинского института и Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

ГОД ИЗДАНИЯ XXXIII

Журнал выходит ежемесячно книжками до 9 печ. листов каждая

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА

с доставкой и пересылкой на год (12 №№)—15 руб.;
на 1/2 года (6 №№)—7 р. 50 к.

ПОДПИСКУ НАПРАВЛЯТЬ

ПО АДРЕСУ:

Г. Казань. Редакции „Казанского медицинского журнала"

Ответ. редактор проф. М. И. Мастбаум. Лит. ред. Г. Д. Шапиро. Тех. ред. Г. Е. Петров

7¼ п.л. В п. л. 59400 зн. Т. 4700+115. Упол. Татглавлита № в-745. Наряд № 01165. Сдано в произ. 22/X 36 г. Подп. к печ. 10/XII 36 г. Бум. ст. ф. 62×94 см.

Татполиграф при НКМП Тат. АССР. Казань, ул. Миславского, 9. 1936.