

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Издание Совета филиалов научных медицинских обществ Татарской АССР

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

1938 г.

(Год издания XXXIV)

№ 1

ЯНВАРЬ

КАЗАНЬ

РЕДАКЦИЯ:

заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский (ответств. редактор), д-р Г. Г. Кондратьев (ответств. секретарь), проф. А. Н. Миславский, проф. В. К. Трутнев.

В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

Проф. А. Ф. Агафонов, проф. В. Е. Адамюк, проф. С. М. Алексеев, проф. М. П. Андреев, проф. З. Н. Блюмштейн, проф. Л. М. Броуде, проф. И. П. Вильев, засл. деят. науки проф. А. Е. Вишневский, проф. Р. Р. Гельцер, проф. Б. Г. Герцберг, доц. Б. С. Гинзбург, доц. Д. Е. Гольдштейн, доц. М. И. Гольдштейн, проф. Н. К. Горяев, засл. деят. науки проф. В. С. Груздев, проф. А. Д. Гусев, проф. В. А. Гусынин, проф. И. В. Домрачев, проф. А. В. Кибяков, доц. Л. Н. Клячкин, проф. И. Ф. Козлов, проф. Р. И. Лепская, проф. Б. Л. Мазур, проф. З. И. Малкин, проф. П. В. Маненков, проф. М. И. Мастибаум, проф. В. К. Меньшиков, проф. В. В. Милославский, проф. А. Н. Мурзин, д-р М. В. Нежданов, проф. Г. М. Новиков, проф. Л. И. Омороков, проф. И. Н. Олесов, проф. Я. Д. Печников, доц. Ю. А. Ратнер, проф. И. И. Русецкий, проф. Н. В. Соколов, проф. А. Г. Терегулов, проф. В. Н. Терновский, доц. Л. И. Шулутко.

Адрес редакции: Казань, ул. Толстого, № 14, тел. 34—02.

СОДЕРЖАНИЕ:

Стр.

Социалистическое здравоохранение, социальная и профессио- нальная гигиена, профпатология.

Проф. Н. В. Соколов (Казань). Пути и достижения Советской хирургии за 20 лет Октябрьской революции	1
Проф. В. К. Меньшиков (Казань). 20 лет советской педиатрии	12
Доц. П. Д. Буев (Казань). Советская ото-рино-ларингология за 20 лет	17

Клиническая и теоретическая медицина.

Б. В. Коржавин (Новый Петергоф). Переливание крови при гнойно-септических заболеваниях	26
И. Е. Виноградов (Мар.-Посад.). Опыт применения сернокислой магнезии в целях борьбы с послеоперационными болями	32
В. С. Юров (Архангельск). К вопросу об осложнениях при длительном пребывании пули в позвоночнике	38
С. И. Штерн (г. Шахты). 400 случаев внематочной беременности	42
З. И. Замятина (Ижевск). Материалы к обезболиванию родов путем блокирования пудендальных нервов	46
А. А. Калинкина (Ижевск). К вопросу о методах обезболивания при операциях искусственного аборта	49
М. И. Гольдштейн (Казань). К рентгенокимографии желудка	53
Х. Д. Давлетбаев (Казань). К методике исследования и к интерпретации гликемической реакции после нагрузки глюкозой	(8)
В. Н. Смирнов (Казань). Меркузал при отеках сердечного происхождения и асцитах	80
И. И. Вишневецкий (Киев). К вопросу о неспецифических реакциях иммунитета при туберкулезе	87

Из практики.

А. Ф. Рогова (Ижевск). Случай ямы	92
И. М. Кузнецов (Астрахань). Hernia diaphragmatica	94
М. И. Прянишников (Родники, Ив. обл.). Случай самопроизвольного отхождения крупного желчного камня	97

(Окончание см. 3 стр. обложки)

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1

ЯНВАРЬ
Год издания XXXIV

1938

Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Пути и достижения советской хирургии за 20 лет
Октябрьской революции.

Проф. Н. В. Соколов.

Великая Октябрьская социалистическая революция, оказавшая громадное влияние на все стороны жизни нашей страны, в корне изменившая общественные и экономические условия, создавшая условия для мощного роста индустриализации страны, коллективизации сельского хозяйства, не могла не оказать влияния на мысль и практику советских хирургов.

Я не буду останавливаться на частных вопросах хирургии, по ряду которых имеются определенные достижения, а фиксирую внимание на тех основных путях, по которым шла в своем развитии советская хирургия, на основных проблемах, которыми она занималась, и на тех результатах, которых она достигла за 20 лет со дня Великой революции.

Первым общественным смотром, где была отображена работа советских хирургов за первые 5 лет после революции, был XV съезд российских хирургов в 1922 году, первый съезд после революции.

На фоне обширной и разнообразной программы съезда (где фигурируют и вопросы лечения тbc, и вопросы лечения язвы желудка, и послепифозные реберные хондриты, и лечение номы, и завороты сигмы, и ринопластика) выгодно выделялись комплексные доклады двух школ — проф. Шевкуненко и проф. Оппеля, которые говорили о систематической работе в строго определенном направлении.

Проф. Военно-медицинской академии Шевкуненко и плеяда его молодых учеников выступили с рядом докладов о типовой анатомии человека и значении ее для практической хирургии. В этих докладах ясен отказ от прежних понятий „нормы“ в анатомии и ярко подчеркивается необходимость связи практической хирургии с анатомией. И в дальнейшем, до настоящего времени, в непрерывной работе школа Шевкуненко оказывает сильное влияние на хирургическую мысль, на понимание ряда патологических процессов, на выработку методов хирургического вмешательства.

Проф. Оппель со своими учениками выступил с докладами на тему: „Патогенез и клиника спонтанной гангрены“. Оппель выступал со своей теорией, объясняющей спонтанную гангрену как результат гиперфункции надпочечников с избыточным выделением в общий поток кровообращения надпочечникового секрета. С верой фанатика шел Оппель к решению этого вопроса, его школа затратила массу труда в поисках той эндокринной формулы, которая могла бы с математической точностью доказать правильность его положений. Последовательный в своих исканиях, он предложил при спонтанной гангрене удаление надпочечника и с решимостью ученого, убежденного в своей правоте, широко проводил это в жизнь. Вопрос об этиологии спонтанной гангрены не решен до сих пор; возможно, он будет решен не в пользу мнения проф. Оппеля, но эндокринологическое направление, принятое Оппелем, прошло через всю его школу и нашло последователей. В дальнейшем он выступал с рядом новых предложений на основе опять-таки исканий эндокринной формулы, отображеной в крови. Так, обнаружив при анкилозирующем полиартрите гиперкальциемию, автор трактовал это заболевание как заболевание, возникающее на фоне гиперпаратиреоидной конституции, и не без успеха предложил для его лечения одностороннюю паратиреоидектомию.

Ему же принадлежит развитие учения о спазмофилии и ее стадиях и ряд предложений для ее лечения. Он считал спазмофильические состояния проявлением гипофункции паращитовидных желез, предлагал в одних случаях пересаживать мертвую кость из расчета усилить баланс кальция, в других (например, при бронхиальной астме)—пересадку паращитовидных телец. В этом же смысле надо понимать предложение Розанова при генуинной эпилепсии пересаживать *gl. parathyreoidae*. В настоящее время эндокринологическое направление нашло своих последователей на Украине, где оно связано главным образом с работами проф. Коздобы.

Если исключить работы школ Шевкуненко, Оппеля, то разнобразие и случайность тем XV съезда создают впечатление, что у большинства хирургов в первую пятилетку после революции еще не было осевого стержня в работе, не было руководящего направления.

Не случайным было яркое выступление проф. С. П. Федорова с протестом против механистических подходов в хирургии, против изобилия бумажного малосодержательного творчества хирургов, что заставило Федорова высказать свои опасения за пути советской хирургии.

Но эти опасения были напрасны.

В условиях советской жизни найти руководящий маяк в работе хирургам было нетрудно. Основные лозунги: наука на службу трудящимся, строящим социализм, связь науки с жизнью были восприняты и воплощены в жизнь советскими хирургами.

Если труды первого съезда хирургов в 1922 году отображали работу хирургов вообще, то на последующих съездах выя-

вляется работа в определенном направлении, диктуемом условиями советской действительности, условиями потребности текущего дня.

В стране, где так высоко расценивается здоровье трудящихся, в стране, где строится новая, культурная жизнь и где в то же время все должны быть готовы к защите новой жизни от посягательств извне, работа хирургов должна определяться исканием наиболее эффективных методов лечения, стремлением скорейшего восстановления трудоспособности больных, стремлением к изучению вопросов оборонного порядка.

Такое направление в действительности и было принято хирургами.

Уже на втором после революции съезде, в 1924 г., ведущей темой докладов было лечение ран. В докладах был подытожен опыт лечения ран в мировую войну, подчеркнуто значение антисептических средств и начаты искания новых более эффективных средств и способов лечения.

В этом вопросе советскими хирургами проведена большая работа и достигнуты значительные результаты. Детально изучен вопрос биологии раны (проф. Гирголав, его школа, проф. Петров, проф. Руфанов) и в основу лечения положены данные изучения биологических раневых процессов. Так как этот биологический процесс зависит, во-первых, от инфекции, во-вторых, от реакции ткани раневой зоны и далее — от реакции всего организма, то и лечение ран в современном понимании должно преследовать воздействие на микрофлору, содействовать наиболее выгодным процессам в раневой зоне и мобилизовать защитные силы организма в целом.

Проф. Збарским предложен препарат „бактерицид“, который оказался прекрасным дезинфицирующим средством, но не вошел в широкую практику при лечении ран из-за раздражающего действия его на раневую поверхность.

Препарат д-ра Шауфлера (Саратов) „хлорацид“ — кислое хлорсодержащее вещество, действующее свободным хлором, — в значительной мере ослабляет в ране жизнедеятельность микробов и не раздражает раневую ткань.

Но особенное внимание в последнее время привлекло предложение д-ра Ермолаева лечить раны аммиачным раствором солей серебра.

Лечение ран, особенно их септических осложнений, солями серебра не составляет новости, но заслуга Ермолаева состоит в том, что он своими исследованиями разбил старое положение Креде, согласно которому действующим началом серебряных солей является металлическое серебро, образующее в организме соль молочной кислоты. Действующим началом, по Ермолаеву, является аммиачный раствор солей серебра. Аммиак всегда образуется в организме в результате жизнедеятельности тканей и, соединяясь с металлическим серебром, образует соли. Бактерицидное действие этого препарата необычайно эффективно. В условиях эксперимента в отношении стафило-

кокка и стрептококка бактерицидность аммиачных солей серебра выявляется в растворе 1:50.000.000. Практически при лечении ран нашло применение раствора серебра — 1:20.000, 1:40.000. Особено эффективным оказалось внутривенное применение раствора аммиачных солей серебра при сепсисе.

Большим сдвигом в вопросе о предупреждении развития нагноения в свежих ранах является, несомненно, внедрение в практику первичного иссечения ран по Фридириху.

Эффективность этого метода очевидна из следующих данных проф. Гориневской: на 4445 иссечений краев раны с зашиванием наглоухо зажило первичным натяжением — 3886, т. е. 87%; с нагноением 559, т. е. 13%. Широкое внедрение этого метода значительно раньше восстанавливает трудоспособность и сокращает срок пребывания больных на больничном листке.

Хорошими стимулирующими средствами, влияющими на заживление вялых ран, а иногда дающими хороший эффект и при сепсисе, являются переливание крови и новокаиновый блок, предложенный проф. А. В. Вишневским.

Озабоченные риском, связанным с общим наркозом, советские хирурги уделили особое внимание местному обезболиванию и провели большую работу по выработке методики его и по внедрению его в практику; это отражено в руководстве Юдина, широко работающего с спинномозговой анестезией, в руководстве Андреева и Шаака, работающих с проводниковой анестезией, и в руководстве А. В. Вишневского, широко разработавшего и глубоко внедрившего в практику метод инфильтрационной анестезии. Для иллюстрации значения этих методов я позволю себе привести небольшую справку проф. Юдина о результатах резекции желудка по его данным на 1930 год.

При резекции желудка при язвах под общим наркозом он терял 25% больных; при резекции под спинномозговой анестезией — 10%; при резекции под местной — 4%.

В условиях советской действительности, где инициатива научных работников находит заинтересованность, отклик и помощь партии и правительства, имеются все возможности для широкой организационной и научно-исследовательской работы хирургов. Это особенно очевидно по организации и развитию переливания крови, нейрохирургии, травматологии, изучению злокачественных новообразований.

Робкими шагами кажутся сейчас первые выступления хирургов после революции по вопросам переливания крови. В русской армии во время мировой войны переливание крови не применялось, но опыт переливания крови в армиях Антанты, спасший не мало жизней бойцам, не мог пройти мимо советских хирургов. Начатое в 1917 году Еланским и Шамовым переливание крови с открытием в Москве в 1926 г. Института по переливанию крови получило мощное развитие, объединив хирургов-одиночек в многолюдный коллектив, широко ведущий и теоретическую и практическую разработку вопроса.

Метод прямого переливания крови был отвергнут нашими

хирургами, прежде всего, из-за трудности его организации в условиях военного времени. В условиях мирного времени широко используется донорство с применением цитратного метода; но так как в условиях военного времени связана с трудностями и организация донорства, то советские хирурги пошли по пути разрешения проблемы консервирования крови. Приоритет в этом отношении принадлежит у нас Беленькому, консервировавшему кровь с помощью глюкозы. В настоящее время для консервирования наиболее часто применяется жидкость ИПК, которая дает минимальную реакцию, и при которой кровь сохраняет свой лечебный эффект в течение 3 недель. Транспортировка такой крови, так необходимая в условиях фронта, испытанная перевозкой из Москвы в Тбилиси и обратно, не влияет на свойства крови.

По инициативе Спасокукоцкого используется кровь экламптичек и гипертоников. По инициативе проф. Малиновского используется с 1933 г. пуповинная кровь.

После экспериментов Шамова на собаках, Сакоян и Юдин применяли переливание трупной крови и на людях, что у нас в Казани сделано д-ром Еляшевичем. Проф. Гальперн испытал действие гетерогенной крови.

Показания к переливанию крови, которое наиболее эффективно при острых кровопотерях, сейчас на основании большого количества наблюдений в хирургической практике расширены. Оно применяется при хронических малокровиях на почве геморроя, злокачественных опухолей; благодаря переливанию крови больные нередко переводятся из неоперабильного в операбильное состояние. Переливание крови является прекрасным средством при холемических кровотечениях. При ileus'е переливание крови производится в целях борьбы с интоксикацией. Незаменимым средством является переливание при шоковых состояниях. Сущность действия перелитой крови сводится к субSTITУЦИИ, стимуляции и к повышению свертываемости крови.

Работы по переливанию крови дали возможность с успехом выступить советским делегатам на Международном Римском конгрессе, где проф. Кончаловский блеснул громадным материалом Московского института, а проф. Богомолец своим блестящим докладом о сущности посттрансфузионных катастроф подвел строго научные обоснования под многотысячный практический материал по переливанию крови. Нужно сказать, что французы сдержанно отнеслись к переливанию консервированной крови, сомневаясь в ее полноценности, а вопрос о трупной крови конгрессом вообще был встречен отрицательно, особенно итальянскими представителями, религиозный кругозор которых мешал мириться с использованием трупного материала.

Успехами в области переливания крови мы обязаны организационным формам, в которые вылилось у нас переливание крови. В настоящее время в Союзе имеется, кроме Центрального института по переливанию крови, 49 филиалов и 449 опорных пунктов. За год производится около 22.000 переливаний крови.

В стране, с Октябрьской революции интенсивно развивающей индустриализацию, организовавшей мощное социалистическое сельское хозяйство с машинной обработкой земли, хирурги должны были вплотную подойти к вопросу о травматизме, и мы являемся очевидцами организации больших травматологических институтов в Москве, Ленинграде, Харькове, на Урале, Новосибирске. Институты эти сумели развить работу по вопросам изучения травматизма, мер борьбы с ним, по организации наиболее правильной и эффективной лечебной помощи травматикам со скорейшим восстановлением трудоспособности; они играют ведущую роль в деле борьбы с травматизмом и добились действительного снижения травматизма. Такую роль играет Московский институт, возглавляемый Гориневской, в Харькове, возглавляемый Ситенко, на Урале, возглавляемый Чаклиным. В связи с травмой много внимания уделяется изучению и шока, работы по которому связаны главным образом с именем Бурденко.

Дефекты тканей, которыми нередко сопровождаются травмы, не могли не направить внимания хирургов на разработку методов пластических операций. В этом отношении, несомненно, громадную роль сыграла предложенная Филатовым пластика на мигрирующем лоскуте, при которой путем многократных перебросок лоскута можно издалека переносить кожу вместе с хрящевой и даже костной тканью. Идея Филатова нашла широкое применение в пластической хирургии и открыла широкие возможности к закрытию, казалось, непоправимых дефектов.

Послевоенный травматизм с травматическими неврозами, каузалгиями и др. нервными явлениями, не мог не привлечь к себе внимания советских хирургов. Так был дан толчок к развитию нейрохирургии—хирургии нервной системы. Нет сомнения, что на необъятном пространстве нашей родины многие хирурги занимаются и работают в области нервной хирургии. В условиях советской действительности вопрос о нейрохирургии принял совершенно особое направление.

Так, уже в 1921 г. мы видим в Ленинграде организацию первой нейрохирургической клиники, возглавляемой проф. Полено- вым. Не случайно Ленинград оказался колыбелью нейрохирургии. Проф. Бурденко в одном из своих докладов высказал глубоко справедливую мысль, что Ленинград—это лаборатория идей, и центральной фигурой этой лаборатории был И. П. Павлов, а блестящими продолжателями его идей—Орбели и Сперанский. Идеи, исходящие от этой плеяды, вовлекли в орбиту и хирургов, в первую очередь, ленинградцев—Шамова, Поленова, Сазон-Ярошевича, Молоткова.

За Ленинградом шла Москва, где Нейрохирургический институт организован и возглавляется проф. Бурденко, затем Харьков, где Нейрохирургический институт возглавляется Геймановичем.

Уже в 1921 г. Шамов опубликовал 32 наблюдения над язвами на нижних конечностях после повреждения nervi ischiadicis и вы-

сказал свои соображения относительно нейротрофической природы этих язв.

В 1926 г. на XVII всероссийском съезде хирургов Поленов и Молотков выступили с докладами о значении невротомии при хронических деструктивных процессах после повреждения периферической нервной системы.

Молотков еще в 1920 году предложил для лечения трофических расстройств конечностей, развивающихся после частичного повреждения нервов, делать полную перерезку раненого нерва и получал заживление. Следовательно, он предложил выключать область трофических расстройств из сферы нервного влияния. Молотков исходил из наблюдений военного времени, когда в случаях полного перерыва нервных стволов трофические расстройства, не поддающиеся обычной терапии (как это имеет место при частичном повреждении нерва), не развиваются. Заживление наступало только после перерезки нерва выше, а не ниже места повреждения; иначе говоря, трофические расстройства при повреждении нерва связаны с заболеваниями центростремительных путей, а не центробежных; они представляют явления рефлекторного порядка. Самым правильным методом Молотков считал иссечение всего поврежденного нерва с последующим швом. Полагая, что рефлекс идет из поврежденного нерва по чувствительным путям, автор взамен невротомии предложил перерезку чувствительных корешков, т. е. радиоктомию. К тому же заключению пришел и Поленов. Кроме того, оба автора отметили, что путем перерезки нерва можно получить заживление процессов, связь которых с нервной системой до этого и не подозревалась: язвы голени на почве венозного расширения вен, обморожения, язвы на почве самопроизвольной гангрены, язвы после сыпного тифа, несросшихся переломов.

В дальнейшем борьба с различного рода трофическими процессами вылилась в применение целого ряда консервативных операций на нервах, как на симпатической, так и на соматической системе: *ramisectio*, десимпатизация артерий, иссечение ганглий.

Проф. А. В. Вишневский, ставший на точку зрения Сперанского о значении нервной системы для понимания патологических процессов, предложил для лечения процессов трофического характера, взамен кровавых операций, химическую невротомию в виде новокаинового блока; это делается в расчете не только на химическую перерезку рефлекторной дуги, но и в расчете на изменение сложившихся внутри нервной сети патологических комбинаций в смысле учения Сперанского о воздействии на нервную систему путем раздражения.

Для группы заболеваний и, в первую очередь, для трофических язв конечностей метод блокирования новокаином полностью оправдался.

В дальнейшем, отмечая благоприятное влияние местной инфильтрационной анестезии на течение ран, на течение воспали-

тельно-гнойных фокусов, воспалительных отеков, проф. Вишневский объединил эту группу воспалительных заболеваний одной концепцией, трактуя их как процессы, где нервный компонент играет в возникновении, патогенезе и обратном развитии несомненную роль. Исходя из этого он решил воздействовать на процесс тем же способом, т. е. введением новокаина, имеющего избирательное отношение к нервной ткани, с целью изменить течение процесса в благоприятную сторону. Сущность действия новокаиновой блокады до сих пор остается не совсем ясной, но факты остаются фактами: новокаиновая блокада влияет на течение воспалительных процессов в смысле их благоприятного и скорейшего разрешения, чем и оправдывается внедрение этого метода в практику. Новокаиновый блок нашел сейчас в клинике и диагностическое применение. При его посредстве иногда удается разрешить вопрос о природе опухолей; не влияя на истинное новообразование, новокаиновый блок содействует разрешению воспалительных опухолей.

Советская нейрохирургия сделала большие успехи в области лечения патологических процессов в центральной нервной системе, и, в частности, лечения опухолей. Так, проф. Н. Н. Бурденко, сделавший громадные вклады в хирургию мозга, недавно на французской неделе в Москве (1937 г.) демонстрировал предложенную им бульботомию при тяжелых формах дрожательных параличей.

Поленов добился хороших результатов при оперативных вмешательствах на мозжечке по поводу опухолей. В 1913 г. Краузе при операциях по поводу опухолей мозжечка имел 86% смертности; Поленов в 1929 г. имел 68% смертности, а в 1934 г. он добился уже снижения смертности при этих операциях до 28%.

Своими успехами, своим движением вперед советская нейрохирургия обязана в значительной мере тому, что ее представители не ограничились простой разработкой лечебного метода; они поставили перед собой проблему—в увязке с физиологией, патологической физиологией, биохимией, патологической анатомией овладевши оперативным методом на основе оперативных вмешательств на центральной нервной системе, разрешить ряд вопросов—установить связь соматической и вегетативной нервной системы, выяснить патогенез эпилепсии, шока, отека мозга и др. Нужно побывать в Нейрохирургическом институте в Москве, возглавляемом проф. Бурденко, чтобы убедиться, как широки возможности организации дела в условиях Советского Союза и как широки перспективы в разработке поставленных нейрохирургией перед собою проблем. В штате Института имеются невропатологи, ото-ларинголог, окулист, патофизиолог, патолого-анатом, биохимик; при Институте имеется прекрасно оборудованное экспериментальное отделение.

Недаром недавние американские и французские гости пришли в восторг от постановки дела и достигнутых на коротком сроке результатах Нейрохирургического института.

Нельзя не остановиться на работе советских хирургов и по вопросу о злокачественных новообразованиях, вопросу, к которому приковано внимание всего мира.

И здесь сказалась советская установка на широкую организацию вопроса. Мы видим ряд институтов, из которого Ленинградский, возглавляемый проф. Н. Н. Петровым, на базе своих лабораторий и клинических коек ведет широкую работу экспериментального характера и разработку клинических наблюдений. В Москве имеется мощный Раковый институт, возглавлявшийся долгое время проф. Герценом. Правда, при наличии больших достижений в области эксперимента мы и до сих пор стоим перед неразгаданной этиологией злокачественных опухолей и не имеем гарантийных методов лечения. Здесь уместно будет упомянуть о попытке Молоткова приложить к опухолям неврогенную теорию их развития и о его предложении лечить опухоли невротомией. Вокруг этого вопроса в свое время разыгралось не мало страстных дискуссий. Опыт и клиника не оправдали предположений Молоткова. Предложенная им невротомия бывает иногда эффективной при кожных раках, но опухоли, проникшие под кожу, не поддаются воздействию невротомии. Как *ultimum refugium* операция Молоткова нашла применение при неоперабильных раках. Во всяком случае, идея Молоткова о значении нервной системы для развития опухолей находит некоторый отклик в экспериментальных работах.

Многое было сделано в Союзе за эти годы и по разрешению проблемы хирургического туберкулеза; работы в этом направлении связаны главным образом с именами Краснобаева, Корнева, Изергина, Шенка. В вопросе о лечении костного туберкулеза нет однообразной установки. В то время как Шенк (Москва), высказываясь только за консервативное лечение, настаивает на лечении костного туберкулеза лишь в условиях южного климата, Краснобаев и Корnev доказывают на своих больных, что консервативное лечение костного туберкулеза может быть успешным в любом климате, иначе говоря,—у себя дома. Корnev возглавляет тех хирургов, которые пропагандируют активное оперативное лечение костного туберкулеза, переходя, следовательно, при известных показаниях к старому методу, от которого надолго отказалась хирургия после открытой Ролье.

Большая инициатива проявлена за этот период и по организации ортопедической помощи. Если до революции в России была только клиника проф. Турнера и отделение Вредена в Ленинграде и Медико-механический институт в Харькове, то сейчас в Советском Союзе имеется целая сеть ортопедических учреждений: в Москве с Бонном, Зацепиным, Шенком, в Одессе с Кефером во главе, в Харькове, где работает Трегубов, в Киеве, Казани, Днепропетровске и ряд других.

Вот те основные проблемы, над которыми работали советские хирурги за истекшие 20 лет. Это, конечно, не значит, что не разрабатывались и другие отделы хирургии; наоборот, в каждой области шла эта разработка.

Многое сделано в хирургии сердца, что отображено в прекрасной монографии Джанелидзе. Шов раненого сердца перестал быть достоянием отдельных хирургов, и вошел в обиход хирургии. В хирургию легких не мало внесли Спасокукоцкий, Бурденко, Линберг. Нельзя не подчеркнуть, что бронхэктомия легких удачно лечится лобэктомией—иссечением целой доли легкого. В хирургии желудка нельзя обойти имен Гальперна, Левита, Успенского, Юдина, в области хирургии желчных путей—имен Мартынова, Федорова, Финкельштейна, Вишневского, Часовникова. Хирургия мочеполовой системы связана с именами Федорова, Мыши, Хольцова, Соловова, Фронштейна и др. Хирургия сосудов и пластики связана с именем Богораза. Разумовский, отошедший от большой хирургии, не мало внес в историю русской хирургии. По вопросам военно-полевой хирургии известны работы Диттерихса, Опокина, Павленко и ряда других. Мельников работает над анаэробной инфекцией.

Считаю своим долгом кратко остановиться и на работе казанских хирургов за этот 20-летний период. С именем проф. В. Л. Боголюбова связан ряд оригинальных предложений, например, по лечению расхождения мышц брюшной стенки, пролабирования прямой кишки, и двухтомное руководство по общей хирургии. Его ближайший сотрудник проф. Гусынин в диссертационной работе отобразил свои искания по пластической хирургии; его ученик Ю. А. Ратнер разрабатывает вопросы легочной и почечной хирургии.

Проф. А. В. Вишневский создал себе имя работами по местной анестезии, новокаиновой блокаде и по ее обоснованию; его ближайшие ученики проф. Алексеев, Домрачев, Новиков ведут дальнейшую разработку поставленных им вопросов.

Проф. П. М. Красин в бытность на кафедре оперативной хирургии разработал несколько оригинальных оперативных методов, а его ученики (Огнев, Сызганов) вели широкую работу по вопросам типовой анатомии.

Мне удалось внести свою лепту в вопрос о биологической сущности успеха и неуспеха пересадок тканей и органов („гомотрансплантация с точки зрения иммунологии“). Совместно с ассистентом Лапковым нам удалось издать руководство по хирургической анатомии. Заведуемая мною клиника в основном занята изучением методов скорейшего восстановления трудоспособности после оперативных вмешательств, ранений, нагноительных процессов, используя переливание крови, новокаиновую блокаду и ряд новых препаратов (стрептоцид и др.).

Работа ортопедической клиники, организованной за эти годы при активном участии проф. М. О. Фридлянда, отображена в его руководстве по ортопедии и продолжается его учеником доц. Шулутко.

Хирургические искания, опыт и достижения советских хирургов естественно требовали своего отображения в печати. Неутомимой энергией Я. О. Гальперна уже в 1921 году соз-

дан первый советский хирургический журнал „Новый хирургический архив“, пользующийся громадной популярностью. В 1922 г. проф. И. И. Грековым было начато издание второго хирургического журнала „Вестник хирургии и пограничных областей“, который после смерти его основателя называется „В. Х. имени Грекова“. В 1925 г. были основаны журналы „Новая хирургия“ и „Современная хирургия“, которые в 1931 г. слились в один журнал „Советская хирургия“, издающийся в настоящее время (под названием „Хирургия“) под редакцией проф. Левита.

Можно с уверенностью сказать, что советские хирурги не остались в стороне от жизни и с напряжением ведут свою работу на стройке социалистического здравоохранения.

Чему же обязана советская хирургия своими успехами?

Она обязана этим Великой Октябрьской социалистической революции, создавшей условия для правильной организации медицинской работы, хирургической в частности, создавшей особо-благоприятные условия для научно-исследовательской работы. В самом деле, чему, как не условиям советской жизни, мы обязаны организацией мощных институтов переливания крови и широкой сети филиалов с многотысячными, спасающими жизнь больных, переливаниями крови? Ведь, если в 1926 г. я, читая в Казани пробную доцентскую лекцию о переливании крови, мог говорить всего о 10 случаях переливания крови в Казани, то за 1936 г. Казанский филиал насчитывает более 1500 переливаний.

Разве не разительны организация и размах работы нейрохирургических институтов? И не случайно говорили врачи-иностранныцы, что такой размах работы немыслим в условиях, где нет участия в этом деле государства и общественности.

А мощные травматологические учреждения? А Институт скорой помощи им. Склифосовского с его организацией, благодаря которой дежурный врач, связанный непосредственно телефоном со всеми медицинскими точками громадной столицы, немедленно высыпает на место несчастья машину с врачом, сестрой и санперсоналом — и больной через 10—15 минут оказывается в учреждении, где все готово к оказанию немедленной помощи, как бы она сложна ни была.

До революции скорая медицинская помощь была организована только в Москве, Киеве, Харькове, Одессе, Варшаве и Тифлисе. В 1931 г. имелось уже 154 станции скорой помощи, а в 1936 году их насчитывалось 426. Многие из институтов неотложной хирургии (Московский, Ленинградский, Всеукраинский) кроме практической работы ведут и широкую научную работу.

На базе такой организации, естественно, советские хирурги развернули работу, которой они смогли блеснуть не только на своих, но и на международных съездах.

На XV съезде в 1922 году лучшие хирурги только пропагандировали метод резекции желудка при язвах в „холодной“ стадии, выступая со скромной казуистикой в 8—10 случаев, а в 1936 году проф. Юдин сообщил о 1000 резекциях желудка

при перфоративных язвах, которые дали % смертности ниже, чем при паллиативных операциях.

В заключение я должен сказать, что в последние годы работа советских хирургов идет особенно слитно с жизнью страны. Все внимание фиксируется на вопросах оборонного характера—лечении ран, лечении ожогов, обморожений, этапном лечении ран и, в частности, лечении ран-тихт, лечении открытых переломов, переливании крови и т. д.

„Всегда готов к труду и обороне”—лозунг, который вошел в плоть и кровь советских хирургов. Многое еще предстоит разработать советским хирургам. Они должны идти вперед, чтобы быть достойными своей эпохи, эпохи великой Стalinской Конституции.

20 лет советской педиатрии.

Проф. В. К. Меньшиков.

Впервые в истории народов трудящиеся массы обрели настоящую родину, которая окружила их заботой и вниманием, как любящая мать. Забота о человеке, о его здоровье и жизни наибольшее воплощение приобрела со времени Великой Октябрьской революции. Классовый характер старой медицины отошел в область преданий, медицина стала общественным достоянием и всецело отдает себя на службу трудящимся. Исключительное внимание уделяется заботам о здоровье матери и ребенка. В связи с этим создаются все условия для мощного развития и педиатрии; пройденные ею после революции 20 лет действительно свидетельствуют о широком развитии этой области медицины.

Если оглянуться назад, то мы должны отметить, что признание педиатрии равноправным предметом преподавания в медицинских факультетах России наступило сравнительно поздно. Многими выдающимися клиницистами оспаривалось право педиатров на самостоятельность в академическом преподавании. Казалось, что педиатрия—лишь часть клиники внутренних болезней и ее самостоятельность может проявиться разве в сооружении специальных больниц ввиду необходимости их особенного устройства и ухода за детьми. Лишь в 80 годах прошлого столетия педиатрия вышла из-под опеки внутренней медицины. Ничтожное количество детских клиник и специальных детских больниц, существовавших главным образом за счет частной благотворительности, не могло служить в старой России достаточной базой для развития педиатрии. Но это не помешало педиатрии идти своим путем. Детская медицина развивалась на почве прямого клинического наблюдения у постели больного ребенка, пользуясь простыми способами непосредственного наблюдения

больного. Отсюда и возник ряд блестящих клинических картин в руководствах и лекциях педиатров этой эпохи, привлекавших внимание своей простотой, ясностью рисунка и художественным колоритом. Припомним славные имена Филатова, Гундобина, Раухфуса, давших ряд ярких клинических картин в своих руководствах и оставивших после себя школу своих учеников. Все же русская дореволюционная педиатрия находилась под влиянием иностранных педиатров. От этого влияния педиатрия получила возможность избавления только со времени Октябрьской революции. Начинается изучение физиологии и патологии детей при помощи новейших достижений в области лаборатории и клиники. Педиатр выходит из стен клиники и лабораторий; быт, социальная среда, а также массовые наблюдения за здоровым и больным ребенком служат базой для дальнейшего развития педиатрии; начинает ярко выступать работа по предупреждению заболеваний,

Успехи в области здравоохранения сказались в снижении детской смертности. Смертность за годы после революции снизилась более чем на 40%, тогда как в царской России, как известно, даже за 50-летний период смертность детей снизилась только на 6%. Причиной такого успеха является забота о женщине, готовящейся стать матерью, и о ребенке. Создание консультаций для матерей, домов отдыха для беременных, отдых до и после родов, государственное пособие многодетным—это мероприятия, каких нет ни в одной стране, кроме нашего Союза.

Значительный охват детского населения профилактической и лечебной помощью, создание сети консультаций для детей, открытие молочных кухонь и пунктов для сбора сцеженного грудного молока, устройство яслей в городе и особенно широкое развитие яслей в деревне, организация передвижных яслей в летнюю рабочую пору, работа летних оздоровительных площадок, лагерей и санаторий—все эти мероприятия не имели места ранее; если и оказывалась детям кое-какая помощь в крупных центрах, то ее совершенно не было в деревне. Так, по данным, приводимым проф. Масловым, в России вместе с Украиной в 1914 году существовало всего 9 консультаций, и то—только в городах. В 1936 году в городах уже имелось 2094 консультации и в селах—1335.

Число яслей по СССР было в 1936 г. 5789 в городах и 157.399 в селах.

В Татарской Республике за 1936 г. работали 39 консультаций. Постоянных яслей по городу было 35 с охватом 2354 детей. Сезонных яслей в районах—3559 с охватом 140259 детей.

Не было специальных приемов по детским болезням, за исключением ничтожного количества приемов в клиниках и некоторых больницах в городе. Коечный фонд для детей ограничивался преимущественно только детскими клиниками. В настоящее время в нашем Союзе имеется уже до 40.000 детских коек.

Показателем роста коечной помощи может служить и наша Казань. До революции в Казани была только одна детская клиника с 30 койками и детские койки для заразных больных в земской больнице. В настоящее время клиника Мединститута уже расширена до 70 коек и пропускает в год до 1200 детей, тогда как ранее было не более 120—150 детей в год. Возникла детская клиника института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, имеющая в настоящее время 70 коек и расширяющаяся до 120 коек; эта клиника также ежегодно пропускает 1000—1200 больных.

Громадный рост лечебной и профилактической помощи детям потребовал и соответственного увеличения кадров врачей-педиатров; 45 лечебных факультетов, 14 педиатрических факультетов в мединститутах и Ленинградский педиатрический институт дают эти кадры. Казань за годы революции из своих клиник дала ряд высококвалифицированных педиатров—профессоров, занимающих в настоящее время ответственные кафедры в медвузах; так, из Казанской клиники, заведуемой проф. Меньшиковым,—проф. Пичугин (Пермь), проф. Воробьев (Краснодар), проф. А. Ф. Агафонов (Казань), проф. Кливанская-Кроль (Свердловск), проф. Ф. Д. Агафонов (Горький), проф. Беляев (Астрахань); из клиники ГИДУВ, заведуемой проф. Лепским,—проф. Макаров (Архангельск) и доцент Лукьянчикова (Ленинград).

Большое значение имеют в настоящее время созданные в крупных центрах научно-практические институты ОММ и ОЗД.

Ранее научная работа в области педиатрии замыкалась стенами клиник; теперь она ведется широкой массой врачей, работающих в многочисленных детских больницах и профилактических учреждениях. Работа эта находит отражение и критику на Всесоюзных съездах детских врачей и на областных съездах. Периодические съезды вносят плановость в работу, предлагают тематику, что дает возможность проводить разработку вопросов широким коллективом, вовлекая в эту работу и специалистов по смежным областям. Объединение врачей-педиатров проводится в о-вах детских врачей.

Изучение детского организма, его анатомо-физиологических особенностей, обмена веществ, роли эндокринного аппарата, конституциональных особенностей, питания здорового и больного ребенка, влияния окружающей среды и ухода нашло за истекший 20-летний период отражение в многочисленных докладах, печатных работах, в русских учебниках и монографиях, посвященных этим вопросам. У нас возник ряд педиатрических журналов— „Советская Педиатрия“, „Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства“ и специальные журналы по охране материнства и детства. Среди наших педиатров мы должны указать на проф. Маслова и его учеников, проф. Сперанского и сотрудников возглавляемого им института, внесших большой вклад в физиологию пищеварения, обмена веществ и диетику раннего детского возраста. Вопросам диететики,

как одной из важнейших проблем педиатрии, посвящены и работы наших казанских клиник, клиники мединститута и клиники ГИДУВ, тематика которых за последнее время сосредоточивается на вопросах питания и болезней питания. Вопросу о значении витаминов в диетике ребенка особенно внимание уделяется клиникой Ленинградского института ОММ в лице проф. Менделевой и ее сотрудницы Лукьянчиковой. Этим вопросом были заняты и наши казанские педиатрические клиники. Так, вопросу о витаминах и авитаминозах, преимущественно рахиту, посвящены многие работы из клиники проф. Лепского и нашей клиники. Разработкой клиники аномалий конституции, эндокринопатий и учения о вегетативном тонусе советская педиатрия обязана главным образом Медовикову, Молчанову и Маслову. Возрастные особенности крови, группы крови, гемотерапия и переливание крови подробно разработаны советскими педиатрами (Соколова-Пономарева, Николаев, Меньшиков, Беляев, Чекалин, Басыр и др.).

Клиника малярии у детей, лечение ее, применение новых синтетических препаратов широко освещены трудами проф. Киселя, Осиновского, Беляева, Серебрийского и Игнатова, Лопатина, Короваева и др. Борьба с острыми инфекциями, а равно и борьба с внутрибольничными инфекциями получила у нас за 20 лет строго научные обоснования. Активная иммунизация против дифтерии, испытанная на сотнях тысяч детей, дала снижение заболеваемости, что дает твердую уверенность в необходимости и обязательности этих прививок. Нашим русским педиатрам обязана медицина и иммунизацией против скарлатины. Хотя эффективность этих прививок не может считаться вполне доказанной, все же нельзя отказаться от дальнейших массовых прививок против скарлатины. Профилактика детских инфекций многим обязана совместной работе педиатров и микробиологов. Мы должны назвать имена Данилевича, Молчанова, Агафонова и микробиологов Аристовского, Белоновского, Здродовского и др. Большая работа повсюду у нас проведена и в области лечения заразных заболеваний как специфической сывороткой, так и иными средствами. Успехами здесь мы обязаны многим педиатрам и особенно Молчанову, Данилевичу, Колтыпину и нашим казанским педиатрам.

У нас есть твердая уверенность, что широкое проведение профилактики кори при помощи человеческой сыворотки снизит заболеваемость и смертность от кори в нашем Союзе. В этом направлении много уже сделано; разработка новых методов профилактики этой болезни даст возможность еще эффективнее выполнять эту задачу (работы Николаева, Голомба и др.).

Дореволюционная Россия—страна с огромной детской смертностью, особенно от летних детских поносов, была беспомощна в борьбе с этим злом. Великая Октябрьская революция создала возможность планомерной борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями у детей; в связи с этим мы уже отмечаем значительное снижение смертности от этих заболеваний. По данным, ука-

зывающим проф. Масловым, детская смертность от субтоксической диспепсии снизилась с 26—33% до 10—15%, от колитов—с 35 до 18—20%, от гипотрепсии—с 30 до 11,5%, от атрепсии—с 50 до 23%. Такому факту мы обязаны научно-исследовательской работе в этой области клиник и институтов (Сперанский, Маслов, Менделева, Шаферштейн и др.), а равно интересу к борьбе с острыми желудочно-кишечными расстройствами у детей со стороны всей врачебной массы и общественности. Участвуя в санитарно-просветительной работе среди матерей, выступая на съездах педиатров, привлекая внимание широкой общественности и организуя профилактическую и лечебную помощь детям, коллектив врачей-педиатров добился значительных успехов в борьбе с детскими поносами. В настоящее время большое внимание уделено дизентерии, ее лечению и профилактике. В этом направлении проделана большая работа украинскими педиатрами.

Проблема ревматизма за последнее время подвергается всестороннему изучению. Особенный энтузиазм в изучении этой болезни проявляют проф. Кисель и его сотрудники.

Значение пневмоний в патологии детского возраста служит предметом исследований ряда педиатров. В настоящее время мы подходим к разрешению вопроса о возбудителе и терапии этих заболеваний. Укажем на работы клиник Маслова, Медовикова, Молчанова, Кливанской-Кроль и нашей клиники (Бобинская и Максутова).

Изучение клиники туберкулеза у детей, вакцинация по Кальметту, мероприятия по повышению сопротивляемости детей—все, что в настоящее время предпринимается в борьбе с туберкулезом, могло быть осуществлено так широко только благодаря мерам, проводимым Наркомздравом. Система диспансеризации семей и детей, больных туберкулезом, взятие на учет детей со дня рождения и постоянное врачебное наблюдение дали у нас в Союзе снижение заболеваемости туберкулезом. Как наиболее активных борцов с туберкулезом мы должны отметить Киселя, Медовикова, Цимблера, Изергина, Краснобаева, Маркузона.

За последнее время наши педиатры включаются в работу по противогазовой обороне в детском возрасте.

Всесторонне изучается вопрос о курортном лечении детей, большое внимание уделяется благоустройству курортов (Кисель, Медовиков, Воробьев).

На очереди стоит вопрос о развитии курортов и климатического лечения на местах. Этому вопросу уделяется внимание нашей клиникой.

В краткой статье нет возможности перечислить все многообразные проблемы, разрешением которых заняты наши советские педиатры. Наша педиатрия освободилась от иностранных влияний и идет своим путем. За короткий двадцатилетний период сделано много. Все клиники наших медицинских институтов, институтов ОММ и др. внесли свой вклад в педиатрию.

Ни одна страна не имеет таких возможностей для научно-исследовательской работы, как наш Советский Союз. Эти возможности еще мало использованы. Кадры врачей-педиатров растут с каждым годом, расширяется сеть детских лечебных учреждений; перед нами стоит задача поднять эффективность научно-исследовательской работы в нашей области и добиться успехов в снижении заболеваемости и детской смертности путем повышения знаний всего коллектива работников педиатрии и путем улучшения качества всей медицинской работы.

Победа социализма в нашей стране обеспечила непрерывный рост материального благополучия трудящихся, навсегда избавив их от нищеты, безработицы, голода и лишений. Наша родина из убогой и нищей, какой она была при царизме, сделалась могучей, непобедимой социалистической страной. У нас теперь созданы все условия, позволяющие выращивать здоровую и жизнерадостную молодежь. В этом деле нам, педиатрам, отведена почетная роль. И мы даем твердое обязательство нашему гениальному вождю и учителю товарищу Сталину и возглавляемой им коммунистической партии все силы свои и знания и опыт отдать на заботу о здоровье детей.

Из клиники болезней носа, горла и ушей Гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. В. К. Трутнев).

Советская оториноларингология за 20 лет.

Доц. П. Д. Буев.

Мощный толчок для своего развития ЛОР специальность получила только при советской власти. Несмотря на сравнительно короткий срок послеоктябрьского развития, советская оториноларингология достигла такого расцвета и обогатилась такими успехами, что сразу выдвинулась на почетное и самостоятельное место, заняв его вполне заслуженно рядом с другими дисциплинами советской медицины. Мало понятная не только широким массам, но и врачам до 1917 года, оториноларингология после Октябрьской революции совершенно по-новому преломляется в сознании как советских врачей, так и трудящихся нашей социалистической родины, на служение которых она и развилась.

Датой 27 декабря 1892 года, когда был открыт прием амбулаторных больных в клиническом отделении горловых и ушных болезней Военно-медицинской академии, началась история развития русской оториноларингологии. Много настойчивости и энергии было положено пионерами русской оториноларингологии

тии на преодоление препятствий к выделению ЛОР в самостоятельную кафедру, еще больше положил энергию академик Н. П. Симановский на организацию и создание первой в России оториноларингологической школы, основоположником которой он по праву и называется.

С 1892 г. началось обслуживание населения ЛОР помощью сначала в Петербурге, а потом в Москве, Киеве, Одессе и других крупных городах России, но обслуживание это, носившее чаще характер частнопрактикующей помощи, охватывало лишь привилегированные верхушки царской России. Об организации бесплатной квалифицированной ЛОР помощи, несмотря на то, что число ЛОР специалистов в России к началу мировой войны значительно возросло, нельзя было и мечтать в силу своеобразной „заботы“ царского правительства по здравоохранению многомиллионного населения.

Октябрьская революция с коренной перестройкой здравоохранения в СССР открыла новую эру в области ЛОР. Рост сети медвузов и институтов усовершенствования врачей и уравнение оториноларингологии с другими отраслями практической медицины поставили дело обслуживания трудящихся ЛОР помощью на новые рельсы. Советская оториноларингология стала обязательным предметом преподавания во всех медвузах и институтах усовершенствования врачей. Быстро растет кадровый состав ЛОР специалистов и число оториноларингологических клиник. В дореволюционное время на всю Россию было всего лишь 5 ЛОР клиник (3—в Ленинграде, 1—в Москве, 1—в Саратове). Теперь же число их по Советскому Союзу достигает 50. Помимо этих развернутых в центральных городах Союза оториноларингологических клиник возникли в значительном количестве периферические ЛОР точки, обеспечивающие квалифицированной лечебно-профилактической помощью промышленно-заводские и колхозные пункты. Увеличилось число ЛОР специалистов. В дореволюционной России число оториноларингологов едва достигало трехсот на весь многомиллионный народ, теперь же число их достигает 3.000. Рост кадрового состава позволил советской оториноларингологии расширить и приблизить к населению коечную ЛОР сеть. Так, за последние годы по РСФСР ЛОР сеть возрасла почти втрое, увеличившись с 1209 коек до 3136.

Каждая область, край, республика в соответствии с нарастающим запросом на ЛОР обслуживание развертывает из года в год ЛОР сеть, устанавливает интернатуру в специальных ЛОР учреждениях, организует контрактацию врачей и повышает осведомленность врачей-неспециалистов по ЛОР. Создана и развивается ЛОР помощь трудящемуся населению в национальных республиках. Татарская республика, не имевшая до Октября организованной оториноларингологической помощи и уделяющая теперь много внимания вопросам культуры, обогатилась сразу двумя прекрасно оборудованными ЛОР клиниками с числом амбулаторных посещений около 150 тысяч в год. ЛОР-

специалистов в Татарской республике было мало и почти все они занимались ЛОР специальностью по совместительству, являясь представителями других клинических дисциплин (хирургии). Теперь же кадровый состав казанских ЛОР клиник представлен 25 высококвалифицированными специалистами с большой теоретической и практической подготовкой. Территориально близкие к Татарии Башкирская, Удмуртская, Чувашская и Марийская автономные республики, с отсталой культурой в прошлом, с мрачной странницей бытовых и религиозных предрассудков, с крайней антисанитарией, после Октября стали широко развивать у себя народное просвещение и науку. Открыты вузы в Чебоксарах, Иошкар-Ола, развернуты медицинstitуты в Уфе и Ижевске, созданы ЛОР клиники с высококвалифицированными кадрами специалистов, организована полноценная ЛОР помощь населению, которая по Башкирской республике охватывает около 100 тысяч человек в год. Прекрасной иллюстрацией размаха ЛОР помощи в национальных республиках является существующая сеть амбулаторной и стационарной оториноларингологической помощи в Белоруссии и на Украине. До Октября специальной ЛОР помощи здесь не существовало вовсе, теперь же оториноларингологи обслуживают в одной Украине 30 городов и 86 районов. В прошлом, даже крупные города, как Ленинград и Москва, не знали тех темпов развития ЛОР помощи, какие обнаружила советская оториноларингология. Время от времени формируются ЛОР отряды, которые обслуживают население специальной помощью там, где таковой еще нет или где ощущается недостаток ее. В бурных темпах советская оториноларингология растет и развивается также в Северном крае, в Западной области, в бывшей Центральной черноземной области, на Северном Кавказе, в Верхнем, Среднем и Нижнем Поволжье, на Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке. В Смоленске после Октябрьской революции открыта новая, прекрасно оборудованная клиника с количеством посещений около 100 тысяч в год; клиника имеет специальное склеромное отделение. Кроме того, в других городах Западной области (Бежица, Брянск, Клинцы) население обеспечивается квалифицированной ЛОР помощью в достаточной степени. В бывшей Центральной черноземной области (куда входили прежние Орловская, Курская, Воронежская, Тамбовская и часть Тульской губерний) до революции не было ЛОР специалистов, теперь же, не считая мощной клиники в Воронеже, организованы стационарные отделения в Тамбове, Мичуринске, Курске, Орле, Ельце и др. городах. Северный Кавказ, получивший первый ЛОР стационар лишь в 1921 году (в Ростове н/Д), к настоящему времени окутан сетью крупных ЛОР стационаров и ЛОР амбулаторий. Новочеркасск, Армавир, Ставрополь, Новороссийск, Туапсе, Сочи, Пятигорск, Новогеоргиевск, Таганрог, Шахты, Грозный и др. имеют стационарные ЛОР отделения, а Краснодар с открытием медицинstitута обогатился оториноларингологической клиникой. Все Поволжье густо покрыто ЛОР

стационарами. Урал обогатился широко раскинувшейся ЛОР сетью после возникновения ЛОР клиник в Перми и Свердловске. В Сибири до открытия ЛОР клиники в Томске (1920 г.) и в Иркутске (1927 г.) не было специалистов оториноларингологов и ЛОР помочь населению была случайной и неорганизованной. Теперь же Западная и Восточная Сибирь имеют до 100 высококвалифицированных специалистов, обслуживающих свыше 600 тысяч жителей в год. Дальне-Восточный край, где еще так недавно не было ни одного специалиста, получил, с открытием медвуза в Хабаровске, ЛОР клинику и развел полноценную ЛОР помочь трудящимся Дальнего Востока.

Советская оториноларингология, укрепленная крупными материальными средствами, предоставленными ей органами НКЗ, развила научно-исследовательскую работу. Лозунгом в творчестве советской ЛОР является максимальное повышение трудоспособности трудящихся масс путем ликвидации ЛОР заболеваний. Проблемы патологии носа, горла и ушей, как известно, до Октябрьской революции не разрабатывались вовсе путем массового изучения. Советская оториноларингология энергично принялась за разработку вопросов, связанных с профессиональными вредностями. Богатый материал по ЛОР профпатологии сконцентрирован в трудах советских исследователей (Трамбицкий, Захер, Малютин, Цытович, Темкин, Попов, Б. Преображенский, Орембовский, Лозанов, Круковер, Михайловский, Бродовский и др.); этими исследованиями выявлены условия работы на целом ряде производств и изучены экспериментально и статистически трудовые процессы с точки зрения их влияния на нос, горло и уши. Можно сказать, что не осталась необследованной ни одна профессия, вредное влияние которой можно было предполагать. Изучаются профессиональные вредности котельщиков, табачников, печатников, деревообделочников, молотобойцев, литейщиков, мукомолов, шахтеров, меховщиков, ткачей, войлочников, бакенщиков, железнодорожников, летчиков, певцов, телефонисток, радио-телефрафистов и пр. В ведущих работах по профпатологии (Малютин, Захер, Шендер, Трамбицкий, Темкин) отчетливо выявлены отрицательные факторы, потребовавшие выработки профилактических мероприятий как технических, так и индивидуальных (противошумы, респираторы, ингаляционные установки). Указывается на необходимость устройства соответствующих помещений для работы, вентиляции рабочих помещений, устройства технических приспособлений (для отвода вредных газов, амортизаторов сотрясений и т. п.).

Советская оториноларингология развернула широкую кампанию борьбы с инвалидностью на почве глухонемоты и тугоухости. Борьба с глухонемотой проводится в тесном контакте с общественной организацией ВОГ (Всероссийское объединение глухонемых) путем санпросвета и пропаганды по профилактике ЛОР заболеваний через печатный орган „Жизнь глухонемых“. Ряд советских оториноларингологов (Белоголовов, Сахаров, Бурак, Ноткин, Лепнев, Свержевский, Преображенский,

Вульфсон, Диллон, Шпайер, Минаева, Комендантов, Шкловский, Компанеец, Скрыпят) указывает на основные отологические принципы смягчения этой тяжкой инвалидности применением тех или иных методов лечения (реедукация на радиоаппаратуре, опыты лечения токами звуковой частоты, замена потерянной слуховой функции другим чувством и пр.), усовершенствует аппаратуру для упражнения слуха (Скрицкий, Кудрявцев), разрешает вопрос эффективного протезирования применением слуховых аппаратов и протезов—искусственных барабанных перепонок. Словом, против всех форм глухоты изобретательская мысль работает безостановочно, и советская оториноларингология стоит на пути к разрешению этого актуальнейшего вопроса.

Профилактической роли советской оториноларингологии посвятила много работ саратовская школа проф. М. Ф. Цытоловича. Научно-исследовательскими изысканиями этой школы, изложенными, главным образом, в „Трудах Саратовского научно-исследовательского института физиологии верхних дыхательных путей“, доказывается, что нормальное состояние верхне-дыхательных путей и ушей весьма важно для общего состояния здоровья организма.

Проблема носового дыхания уже в течение десятилетия находится в поле зрения казанских школ проф. В. К. Трутнева и К. Р. Викторова. Разносторонними исследованиями этих школ были изучены изменения в зависимости от типа дыхания ряда процессов, протекающих в организме. Поставленные в большом количестве опыты на животных опровергли полностью старое утверждение Kayser'a относительно малой роли носового дыхания. Многочисленные эксперименты казанских авторов (Павловский, Лопатина, Чудносоветов, В. К. Трутнев, Громов, Мощин, Щербатов, Н. Трутнев, Бобровский, Соколов, Викторова, Петрулевич, Шахова, Борщев, Матвеев, Алексеев) доказали с несомненностью особо важную роль носового дыхания, выключение которого вызывает чрезвычайно разнообразные и тягостные нарушения функций всего организма в целом. Изучается группа инфекционных заболеваний с входными воротами в верхних дыхательных путях. Оригинальная особенность выявлена В. К. Трутневым и З. И. Вольфсоном в поражении органов слуха в веретенообразной палочкой в симбиозе со спирохетой, где авторы, на основании своеобразной клинической картины, выделяют „Винцентовский мастоидит“ в отдельную нозологическую единицу.

Статистика и эпидемиология склеромы освещается в трудах клиник Л. И. Свержевского, С. М. Бурака, И. Я. Сендульского и др. В работах Цыпкина, Лопотко, Деранже, Потапова, Сендульского, Пфаффенрода, Богомольного, Александрова, Гаменю, Цукермана, Дудоярова, Зарицкого, Иоселева, Сапгир и Яхнина охвачены статистика и распространение склеромы в различных областях и районах СССР. Этиология, бактериология и серология склеромы нашли отражение в работах Лопотко, Чумаченко и Геркеса. Эпидемиология склеромы изла-

тается в исследованиях Алукуера, Евстафьева и Драбкиной. Клинике, диагностике и лечению склеромы посвящены обстоятельные работы С. М. Бурака, Каприлова, Сендульского, Перегуда, За-рицкого, Круковского, Розенфельда, Книга, Певцова, Позняка, Драбкиной, Соловьева, Несвижской и Теплиц, Жуковского, Алукуера, Геркеса, Блоха и Соколовского. В опытах Карпилова, Ярославского, Геркеса и Рубинштейна изучается экспериментальная склерома. Гистологии склеромы посвящены работы Махульской-Горбацевич, Титова и Шведовой-Раше. С. И. Вульфсон из клиники Л. И. Свержевского с успехом разрабатывает рентгенодиагностику склеромы.

Учитывая зависимость ЛОР заболеваний от инфекционных очагов, советская оториноларингология стремится к массовой санации носа, горла и ушей, что получает отражение в разработке проблемы хлор-терапии. Принимая во внимание значительную эффективность хлор-терапии в борьбе с гриппом и широкое распространение ее в качестве лечебного и профилактического метода, во многих ЛОР клиниках Советского Союза (Ленинград, Москва, Саратов, Казань, Пермь, Смоленск, Одесса, Воронеж и др.) разрабатывается вопрос хлорного окуривания с тем, чтобы под метод, эмпирически оказавшийся благоприятным, подвести научно-теоретическую базу и на основе этого широко развернуть рациональную терапию.

Одновременно советская оториноларингология разрабатывает не менее важные задания и в области индивидуальной медицины. Здесь прежде всего нужно упомянуть о широком внедрении в общих оториноларингологической клиники бронхо-эзофагоскопии, играющей чрезвычайно важную роль в диагностике, лечении и профилактике ряда заболеваний дыхательного тракта и пищевода. Возникшая, примерно, за 20 лет до Октября, бронхо-эзофагоскопия особенно широко развилаась в период послеоктябрьской оториноларингологии. Трудами Шнейдера, Воячека, Левина, Свержевского, Цытовича, Трутнева и др. достигнуты значительные успехи в бронхо-эзофагоскопии, популяризирующие этот метод как среди больных, так и среди врачей пограничных специальностей. Здесь следует вспомнить хотя бы о рекомендации метода бронхоскопии в терапии легочных заболеваний. Сторонник бронхоскопии при нагноительных процессах легкого проф. В. К. Трутнев подкрепил свою точку зрения клиническим материалом и представил данную проблему в изученном виде.

Не менее успешно разрабатываются соответствующие отделы ЛОР в части анатомо-физиологической, диагностической, патобиологической и в разделе оперативной техники. Исследования И. Я. Сендульского о лицевом нерве, А. И. Фельдмана и М. Ф. Иваницкого о крылонебном узле, И. П. Волошина о направлении тока крови в *v. emissaria mastoidea*, И. Фаермана об анатомическом обосновании различных подходов к *bulbus v. jugularis* интересны и имеют большое значение для усовершенствования оперативной техники. Изыскания Г. С. Циммермана и Н. Ф. Тю-

мянцева детализируют изучение функции отолитового аппарата. Опыты Л. Д. Работнова проливают свет на значение бронхиальной мускулатуры при пении, а экспериментальные исследования Д. Т. Алексеева интересны выяснением зависимости сокращения бронхиальных мышц от типа дыхания. Физиология обоняния обстоятельно исследуется С. Ф. Гамаюновым, а функция мерцательного эпителия — Н. Д. Ходяковым. О слуховой адаптации приводят исследования Винник, Ахматов, Комендантов, Шкловский. Утомляемости слуха посвящены работы Л. Е. Коменданрова, А. Т. Бондаренко, И. М. Круковера и Стрелова. Гистология внутреннего уха освещается в исследованиях Н. Ф. Попова, К. Л. Хилова и др. Л. А. Андреев своими опытами подтверждает резонаторную теорию слуха. В. Ф. Ундриц, Л. Ф. Тальпис, А. Шейнман, А. П. Мельников совершают лабиринтную диагностику. На влиянии наследственности при некоторых оториноларингологических заболеваниях останавливают свое внимание В. И. Воячек, Распопов, Вольфович. Рентгено-диагностика при различных формах ЛОР заболеваний прочно входит в обиход советской оториноларингологии, благодаря трудам Гинзбурга, Диллона, Вульфсона, Каплана, Райнberга, Шлифера и др. Проф. Л. И. Свержевским разработано применение в ЛОР специальности диатермии при злокачественных новообразованиях; им же чрезвычайно полно освещено состояние слухового органа при тифозных заболеваниях. Н. А. Паутовым, А. И. Гешелиным и О. М. Мукосеевой произведены гистопатологические исследования сосцевидного отростка. Некоторыми авторами вводятся и углубляются понятия о новых патологических формах. К. А. Орлеанский описывает глубокие верхушечные мастоидиты, а К. Б. Штейнман — особую окраску барабанной перепонки, патогномоничную для мукозного мастоидита. Кутепов освещает вопрос о значении конституционального момента в патогенезе ушных заболеваний. Озена, продолжая оставаться актуальной, усиленно разрабатывается клиниками Воячека, Левина, Свержевского, Компанейца, Цитовича, Коменданрова, Бурака и др. В сообщениях Н. В. Зака, Боржима, Рейнуса, Миссионжик, Соломонова, Рукавишникова, Тартаковского, Фальковича, Ильиной, Вирабова, Гальперина, Дайхеса, Гамаюнова, Гинзбурга, Дубровинского, Хаютина, Фрумина, Черняк, Тамариной, Эльтермана и др. нашли широкое отражение вопросы патогенеза и терапии данного страдания. А. А. Вирабов выясняет много оригинальных особенностей во взаимосвязи озены со склеромой. О проказе помимо наблюдений В. П. Беловидова, Л. Д. Любощица, А. Т. Бондаренко, дают исчерпывающую трактовку проф. И. М. Круковер и доц. Гольдфарб. Пластическая хирургия в ЛОР с успехом разрабатывается Минской, Саратовской и Киевской клиниками. Рядом авторов предложены те или иные варианты хирургических способов лечения. Л. Е. Комендантов описывает особый способ мастоидальных операций. С. К. Прокуряков предложил свой вариант косметической операции кончика носа и пластический способ операции при

зарашении слухового прохода. Д. М. Зимонт сообщает о модифицированной операции на небе. Е. М. Харшак видоизменяет операцию Галле и Лаутеншлягера при озене, а Миссионжик рекомендует новый пластический метод хирургического лечения этого страдания. Н. М. Асписов предлагает оперативное лечение эпистаксиса. Бокштейн, Хилов, Пучковский и Орембовский делятся своими опытами при операциях на слезноносовых путях, причем последний предлагает свою модификацию операции Веста, которую он называет „трансапертурной дакриоцисториностомией“. Ряд консервативных операций для исправления искривлений носовой перегородки описывает В. И. Воячек. На последующем лечении полостей среднего уха после их оперативного вскрытия останавливается Д.И. Зимонт. Об аномалиях костной ткани в придаточных полостях носа сообщает А. Г. Фетисов. Вопросам лабиринтологии уделяет много внимания заслуженный деятель науки проф. В. И. Воячек. О новом кумулятивном принципе исследования вестибулярного аппарата при профотборе на летную службу сообщают К. Л. Хилов и Н. Н. Лозанов. Проф. Корсаковым поднят вопрос о роли гиперпластического воспаления придаточных полостей носа в происхождении носовых полипов, о патологической анатомии и патогенезе хронических гайморитов сообщают И. Ф. Герасимов, Лейтман, М. К. Даль и М. П. Пугач. Вопросам эмбрионального развития носа и его придаточных полостей посвящены исследования В. А. Чудносоветова, Б. Н. Лебедевского, Н. К. Трутнева, Ф. В. Кастрорского и др. Работы Вознесенского, Распопова, Добромульского, Дашевской, Бомаша, Басенко, Блоха, Кувичинского, Любомудрова, Пучковского, Шнейдера и др. стремятся к разрешению проблемы борьбы с гортанным туберкулезом путем тех или других лечебных воздействий. Исследования А. Ф. Иванова, Ильяшенко, Харшака, Бондаренко о хронических стеноzах гортани превращают тернистый путь борьбы со стенозами в широко-изученную дорогу. О лизатотерапии при заболеваниях верхне-дыхательных путей ишей сообщают Серебренников, Деев, Мареев, Сычев, Пугач, Соломонов, Широ, Преображенский, Рудицкий, Журавлев и др. Опытом применения гравидана при некоторых от.-рин.-лар. заболеваниях делятся Мукосеева, Заседателев, Коломийченко и др. Богатым опытом, основанным на многочисленных наблюдениях по светолечению в оториноларингологии, делится пр.-доц. Гордышевский. О тесной взаимосвязи нашей специальности с офтальмологией сообщают С. М. Бурак и С. П. Яхонтов. О лечении рака глотки и гортани по методу Кутара сообщает Домшлак.

Номенклатуре и классификации оториноларингологических заболеваний уделяют внимание Орлеанский и Гальперин. Большие заслуги перед советской оториноларингологией имеет заслуженный профессор С. М. Компанеец, который, состоя ответственным редактором основанного им журнала ушных, носовых и горловых болезней, отдает много энергии и труда делу редактирования и издательства. Являясь в последние годы редактором

и инициатором советского оториноларингологического руководства, С. М. Компанеец взял на себя задачу отразить успехи и расцвет советской оториноларингологической мысли в капитальном труде. Результаты многолетнего изучения отохирургических приемов при самых тяжелых заболеваниях уха сообщает Л. Т. Левин в своем руководстве „Хирургические болезни уха“.

Трудно в сжатом очерке исчерпать все стороны послеоктябрьского развития нашей специальности, нелегко в конспективном перечне охватить все достижения советской оториноларингологии. Но на основе ретроспективного анализа пройденного ею пути можно утверждать, что советская ЛОР доступными ей средствами содействует социалистическому строительству.

Клиническая и теоретическая медицина

Из хирургического отделения Петергофской больницы (глав. врач М. Б. Шмерлинг, зав. отделением В. И. Мушкатин).

Переливание крови при гнойно-септических заболеваниях

(по материалам Петергофской больницы за 1935—1936 гг.)

Б. В. Коржавин.

Переливание крови больным, страдавшим газовой гангреной, было впервые произведено Кененом в 1917 году с блестящим успехом. Габерланд в 1921 г. рекомендует трансфузии при сепсисе. Положительные отзывы о трансфузиях при гнойно-септических заболеваниях мы встречаем у Линдеманна, Миллера, Гофмана и др. С другой стороны, Гемпель не отмечает успеха от переливания крови при гнойно-септических заболеваниях, а Элекер является прямым их противником.

Вторым этапом в развитии трансфузии при гнойно-септических заболеваниях является предложение Райта переливать кровь от иммунизированных доноров, что, по его мнению, дает хороший терапевтический эффект. Указанного взгляда придерживаются Райзер, Дервисье и др. Наоборот, Ленинградский ИПК не отмечает существенной разницы от переливания иммунизированной и неиммунизированной крови.

В общем, следует отметить, что значительное большинство авторов подтверждает эффективность переливания крови при тяжелых гнойно-септических заболеваниях и в настоящее время принципиальных противников этого метода мы не встречаем.

Однако в области объяснения механизма действия перелитой крови, показаний к переливаниям и методики переливания при гнойно-септических заболеваниях имеется много неясного и даже противоречивого.

Предположение Спасокукоцкого о поглощении циркулирующих в крови реципиента токсинов перелитыми эритроцитами страдает односторонностью, и в последнее время сам автор начинает от него отходить. Фальта, предполагавший, что трансфузия побуждает ретикуло-эндотелиальную систему к выработке иммунных тел, имеет многочисленных единомышленников. Однако, все же яснее всего можно представить себе механизм действия перелитой крови в свете теории академика Богомольца о коллоидо-клизическом шоке.

В действии перелитой крови на организм реципиента необходимо различать два момента: субSTITУЦИЮ и стимуляцию. СубSTITУИРУЮЩЕЕ (замещающее) действие перелитой крови не требует пояснений и может иметь значение при хрониосепсисе, в особенности в связи с наступившей вторичной анемией. Сюда входит влияние трансфузии на тонус сердца и сосудов,

увеличение дыхательной поверхности крови и введение в организм значительного количества веществ, необходимых для его жизнедеятельности.

Стимулирующий эффект заключается в явлениях коллоидоклазии: „трансфузия активирует обмен веществ и специфические функции органов. В основе активации лежат явления коллоидоклазии, вследствие которых гибнут наиболее старые, наиболее изношенные белковые частицы. Коллоидоклазия распространяется не только на белковые частицы крови, но и на тканевые элементы“ (Богомолец).

Гнойно-септические заболевания относятся к разряду таких, где мы от трансфузии ждем преимущественно стимулирующего эффекта, общего или местного, способного активировать в клеточных элементах обмен веществ и связанные с ним процессы регенерации и повышения иммунитета.

Переходя к вопросу о показаниях к переливанию крови при гнойно-септических заболеваниях следует в числе немногочисленных противников метода отметить Еланского, Гемпеля, Дюпюи де Френеля, Елекера и др. Противников трансфузии при остром сепсисе имеется больше. С другой стороны, многочисленные сторонники метода (Спасокукоцкий, Владос, Напалков, Свержевский, Кенен, Гофманн, Габерланд, Брейтнер, де ла Камп и др.), рекомендуя переливание крови при гнойно-септических заболеваниях, ставят разные показания. Прежде всего указывается на необходимость своевременного вскрытия гнойного очага с обеспечением хорошего оттока гноя, что в сущности само собой разумеется. Далее подчеркивается необходимость наличия еще резервных сил организма; в далеко зашедших и необратимых случаях, где налицо истощение сил и токсическое дегенеративное изменение паренхиматозных органов, эффекта или вовсе не бывает, или он чрезвычайно кратковременный. Не бывает успеха и при бурно развивающемся (молниеносном) сепсисе. Наконец, при хронически протекающем сепсисе успех зависит от степени поражения ретикуло-эндотелиальной системы: в фазе необратимого септического блока отмечается 100% неудач (Напалков). Однако, некоторые исключительно тяжелые случаи могут кончиться выздоровлением в результате применения дробных трансфузий, что наглядно иллюстрируется приводимыми двумя выписками из историй болезни:

1. И. М., 46 л. Ист. б. № 362. Переведена 20/III 1936 г. из терап. отд. (где находилась с 15/II) по поводу левостороннего гнойного плеврита. Пункцией получен густой слизкообразный гной, давший при посеве рост стрептококка. 8/IV резекция 9-го ребра по подмышечной линии с опорожнением большого количества жидкого гноя. В дальнейшем, несмотря на хороший отток гноя из плевральной полости, ремитирующая температура держится, состояние больной продолжает оставаться тяжелым. В моче отмечается белок в нарастающих количествах от 0,16 (30/IV) до 3,3% (27/V), эритроциты и цилиндры. Суточное количество мочи постепенно падает до 700 см³. Появляются отеки на стопах и голенях. Отмечается повторная рвота, головные боли.

В брюшной полости, в окружности пупка, прощупываются инфильтраты-узлы, неясно ограниченные. Из терапевтических средств продолжительное время применялись внутривенные инъекции уротропина, мочегонных средств, содово-

глюкозные капельные клизмы. 28/V перелито цитратным способом 60 см³ крови одноименной группы (A), что больная перенесла хорошо. Уже через 3 дня можно было констатировать снижение белка в моче с 3,3 (27/V) до 0,66% (30/V) с одновременным повышением диуреза (до 1300 см³). Ремитирующая температура прекратилась в течение ближайших дней, доходя до субфебрильных цифр.

Однако общее состояние больной продолжает оставаться мало удовлетворительным: головная боль, тошнота, отсутствие аппетита. Выделение мочи вновь снижается до 80 см³. Вторая трансфузия 4/VI (100 см³) дает подобный же эффект: белок в моче снижается до 0,16% (5/VI). Диурез вновь увеличивается, отеки окончательно ликвидируются. Благоприятный эффект двух первых трансфузий довершен третьей 15/VI (80 см³). До дня выписки больной наблюдалось двукратное повышение температуры в связи с задержкой гноя в плевральной полости, ликвидированное восстановлением закрывающегося свища. Моча постепенно приходила к норме. 6/X больная выписалась в хорошем состоянии с закрывшимся плевральным свищом и нормальной функцией почек.

2. Б-а А., история болезни № 905, 23 лет, переведена из гинекологического отделения 31/VII 1936 г., где находилась на излечении по поводу септического аборта с 14/VII. Состояние больной тяжелое: ремитирующая температура, резкая общая слабость, гнойный артрит правого голеностопного сустава, 31/VII артrotомия без широкого вскрытия сустава с выделением значительного гноиного экссудата. Температура продолжает держаться на высоких цифрах, общее состояние не улучшается, сон и аппетит резко нарушены. В моче появляется белок до 1,65%, свежие эритроциты и цилиндры. 7/VIII перелито 150 см³ крови, одноименной группы (O) цитратным способом. Реакция благотворная — в моче белка 0,033% (9/VIII), единичные эритроциты. 11/VIII на тыле левого предплечья — гнойник, который вскрыт. Через 15 дней вновь повышение температуры и 6/X вскрыт подобный же гнойник под правыми ягодичными мышцами. Состояние больной хотя и улучшается, но все же продолжает оставаться неудовлетворительным: резкая общая слабость, плохой аппетит, истощение, в моче белка 0,099% (2/IX). 27/IX перелито 250 см³ крови одноименной группы (O) цитратным способом, что довершило выздоровление больной, и 3/X она выписалась в хорошем состоянии с зажившими свищами на месте разрезов.

Эти два случая красноречиво свидетельствуют о прекрасном эффекте переливания крови. Первая больная клинически казалась в безнадежном состоянии, и благоприятный исход заболевания в значительной мере должен быть приписан трансфузиям. Наличие в обоих случаях поражения почек не удержало нас от трансфузий, которые дали весьма благоприятный результат.

Предложение переливать кровь септическим больным от реконвалесцентов не имеет особой ценности, так как при гноино-септических заболеваниях у хирургических больных мы имеем дело со стрепто-стафилококками, не вызывающими образования соответственных антител в организме.

Также не получило широкого применения предложение Райта переливать кровь от иммунизированного донора. Далее, некоторые авторы рекомендуют переливание массивных доз крови (Напалков, Крамаренко, Спасокукоцкий и др.), другие же — небольших доз (Бюрkle, де ла Камп, Брейтнер, Корхов). Последними подчеркивается необходимость повторных переливаний.

Переходим к разбору материала о переливании крови при гноино-септических заболеваниях в хирургическом отделении Петергофской больницы за 1935—1936 гг.

I. Тяжелое септическое состояние на почве остеомиелита костей конечностей и туловища потребовало переливания крови у трех больных (1 смерть, 2 выздоровления), причем во всех

случаях переливание крови производилось через 15—35 дней после оперативного вмешательства. Всего при данной группе заболеваний произведено 4 переливания по 100—200 см³.

3. В. А., история болезни № 140, 19 лет, поступил по поводу тяжелого остеомиелита головки правой плечевой кости 23/I 36 г.

7/II—резекция головки правой плечевой кости. Несмотря на вмешательство состояние больного остается тяжелым в течение долгого времени. Высоко ревматизирующая температура, появление новых гнойных затеков, резкая, общая слабость, истощение, анемия. Инъекции уротропина внутривенно, аутогемотерапия.

8/III—широкое дополнительное вскрытие гнойных затеков в области ключицы и лопатки, без особого успеха в смысле течения заболевания. 16/III переливание 200 см³ цитратной крови одноименной группы (А). 18/III—вскрытие еще ряда затеков, после чего наступило снижение температуры до субфебрильных цифр и общее удовлетворительное состояние больного. Гнойных выделений много, свищи без наклонности к закрытию.

20/IV переливание 100 см³ одноименной группы, 21/IV вскрытие еще одного затека, после чего гладкое течение заболевания, и больной выписан в хорошем состоянии 8/VI 1936 г.

Данный случай свидетельствует о благоприятном стимулирующем действии перелитой крови при тяжелом сепсисе на почве остеомиелита.

II. Сепсис на почве эмпиэмы вызвал необходимость переливания крови у 3 больных (1 смерть, 2 выздоровления). Оперативное вмешательство (резекция ребра) у всех больных потребовало переливания крови на 15—40-й день после операции. Всего было произведено 6 переливаний по 50—250 см³ (см. историю болезни № 1).

III. В связи с гинекологическим сепсисом сделано 4 переливания крови двум больным (1 смерть, 1 выздоровление). У одной больной развились тяжелые пищевые явления до гнойного артрита включительно, потребовавшие многочисленных разрезов и ликвидированные опять-таки в связи с переливанием крови (см. вып. из ист. бол. № 2).

IV. В 2 случаях септические явления развились при отграниченном перitonите с образованием гнойника (1 смерть, 1 выздоровление), причем переливание крови производилось в первом случае (смерть) через 2,5 и 3 м-ца после оперативного вмешательства (150 и 200 см³).

Во втором случае, у ребенка 4 лет с гематогенным перитонитом (гемолитический стрептококк и пневмококк), произведено 2 переливания крови по 60 см³ до операции, что только и дало возможность довести ребенка до вскрытия ограниченного гнойника брюшной полости. Третье переливание (60 см³) довершило выздоровление.

4. Г-я А., 4 лет, история болезни № 647, поступила в хирургическое отделение 5/VI в весьма тяжелом состоянии с подозрением на перитонит аппендикулярного происхождения. Высокая температура типа continua, рвота, резкое исхудание, учащение пульса и одышка. После ряда исследований и консультаций был установлен диагноз пневмококкового перитонита.

10/VI—переливание 60 см³ крови одноименной группы. В течение ближайших дней после переливания в состоянии ребенка существенных перемен не произошло. Лишь 15/VI отмечается улучшение самочувствия, прекращение поносов, улучшение аппетита, появляется сон. Состояние ребенка вновь стало ухудшаться

с 22/VI, когда опять появились боли в животе, поносы, бессонница и пропал аппетит. 2/VII в области пупка определился инфильтрат, постепенно увеличивающийся в размерах. Исхудание прогрессирует, изредка рвота. 9/VII переливание 60 см³ крови одноименной группы. 10/VII состояние несколько лучше, боли меньше, инфильтрат в брюшной полости контурируется лучше. 13/VII под местной анестезией вскрыт отграниченный гнойник брюшной полости.

В гное обнаружен гемолитический стрептококк и пневмококк. Вскоре после операции состояние резко улучшилось—появился аппетит, рвоты и поносы прекратились. Однако уже через 5 дней резкое исхудание и прогрессирующая общая слабость при субфебрильной температуре вновь поставили ребенка в тяжелое положение.

21/VII—третье переливание крови (60 см³). В течение пяти дней после переливания состояние продолжает оставаться тяжелым (резкое истощение, рвота) и лишь с 30/VII наступило постепенное улучшение, завершившееся выздоровлением 13/VIII 1926 г. Токсическое поражение почек после каждого переливания давало значительные ремиссии в смысле улучшения состава мочи и размера отеков.

Разобранная история болезни свидетельствовала о крайне тяжелом, казалось необратимом, течении болезни. Резкое истощение и исхудание ребенка указывало на самый плохой прогноз. Однако, переливание крови с его стимулирующим эффектом каждый раз повышало сопротивляемость организма и в конечном результате привело его к выздоровлению.

V. Септико-пиемическое состояние, развившееся у молодого и крепкого субъекта в связи с перенесенным костным панарицием, потребовало однократного переливания крови (150 см³). В течение полутора месяцев, несмотря на оперативное вмешательство, явления общего сепсиса нарастили, и переливание крови произвело перелом в ходе болезни.

VI. Переливание (однократное) при септической ангине успеха не дало, что подтверждает и Назаров (Свердловск), имеющий значительный опыт в этой области.

VII. При тяжелом пиемическом состоянии неизвестной этиологии с развитием большого количества мелких гнойников в подкожной клетчатке получился прекрасный эффект от одного переливания (200 см³) крови.

Таким образом, за указанный период нами произведено 22 переливания крови 13 гнойно-септическим больным. Результат: 8 выздоровлений (15 переливаний) и 5 смертей (7 переливаний).

Приведем для сравнения данные других авторов: Назаров—60 случаев—30 смертей; Филатов—55 случаев—35 смертей; Крамаренко—71 случай—41 смерть; Корхов—13 случаев—5 смертей.

Мы обращали внимание на картину крови и мочи у реципиента под влиянием перелитой крови. У всех наших больных до трансфузии в картине белой крови наблюдался нейтрофилез с резким сдвигом влево и токсической зернистостью; в некоторых случаях значительное уменьшение лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов, часто до полного исчезновения последних. В каждом случае переливания мы отмечаем нарастание указанных трех элементов белой крови, что можно было констатировать уже через 2—3 дня после трансфузии. Указанный эффект в неблагоприятно закончившихся случаях был выражен очень

слабо и быстро сводился на нет прогрессирующим заболеванием.

Токсическое поражение почек в связи с гнойно-септическим процессом было отмечено у 3 больных, причем количество белка в моче доходило до 3,3%₀₀. Трансфузия в малых дозах и в этих случаях оказывала благоприятный эффект, уменьшая количество белка, эритроцитов и цилиндов в моче и резко увеличивая диурез, что отмечалось уже через несколько дней после трансфузии.

В случаях бурно текущего сепсиса мы отмечаем неблагоприятное влияние трансфузии на общее состояние. Следует отметить, что у всех наших больных одновременно с трансфузиями упорно и продолжительно применялось лечение внутривенными инъекциями уротропина, аутогемотерапия и прочее, т. к. сепсис следует рассматривать как чрезвычайно многообразное заболевание, требующее применения всего арсенала имеющихся средств.

Установившееся мнение, что при заболеваниях сердца, легких и почек трансфузия противопоказана, верно лишь относительно в отношении переливания массивных доз. Наша практика показывает, что в случаях даже тяжелых поражений почек, доходящих почти до полной анурии с выраженным отеками, трансфузии малых доз хорошо переносились и в комбинации с глюкозо-содовыми клизмами (капельными) вызывали значительный диурез и выводили больных из, казалось, безнадежного состояния (см. ист. болезни 1 и 4).

На основании наших наблюдений мы пришли к заключению, что при бурном сепсисе трансфузии зачастую ведут к ускорению гибели больных, так что мы в последнее время в таких случаях к ним не прибегаем. При бурном сепсисе организм наводнен продуктами распада белковых тел и находится в состоянии тяжелейшего коллоидоклазического шока. При не бурно текущем сепсисе ретикуло-эндотелиальная система не блокирована, и коллоидо-клазический шок, получаемый по Богословцу при трансфузиях, в конечном итоге способствует освобождению организма от ненужных и вредных продуктов распада. При бурном же сепсисе наслоение распада введенной крови и собственных белковых и тканевых элементов реципиента на почве наступившей коллоидоклазии способствует еще большему усилению блокады, наводнению организма продуктами распада и ускорению смерти.

Выводы. 1) Необходимо своевременно вскрывать все выявившиеся очаговые поражения.

2) При бурно текущих септических заболеваниях результаты трансфузий неблагоприятны.

3) В менее острых случаях результаты лучше.

4) При не слишком запущенных гнойно-септических процессах результаты исключительно благоприятны.

5) Переливание крови рекомендуется производить повторно небольшими дозами в расчете на стимулирующее влияние на

кроветворные органы; при массивных дозах возможна перегрузка пострадавших от основного процесса паренхиматозных органов.

6) Переливание крови, действуя преимущественно стимулирующим образом на организм, не может заменить другие способы борьбы с сепсисом (уротропин, стрептоцид, инсулин-глюкоза и т. д.), а должно применяться параллельно с ними.

7) Для определения показаний к трансфузиям следует сочетать анализ прогрессирующих изменений в картине красной и белой крови, свойственных гнойно-септическому процессу, с изучением клинической картины заболевания.

8) Токсическое поражение почек, обусловленное текущим гнойно-септическим процессом, ни в коем случае не должно служить противопоказанием для небольших трансфузий, а скорее наоборот.

Литература: 1. Напалков, Переливание крови при гнойно-септических заболеваниях, Нов. хир. арх., т. XXXIII, стр. 322.—2. Мухадзе, Показания и противопоказания к переливанию крови. Вест. хир. им. Грекова, т. XLVII (кн. 17—118) стр. 19.—3. Корхов, Тимофеев, Ланцман, Переливание крови при септической хирургической инфекции, Труды Всеукраинского института неотложной хирургии и перелив. крови, вып. 1, стр. 150.—4. Акад. Богомолец, О механизме действия трансфузии крови, Труды Всеукраинского института неотложной хирургии и перелив. крови, вып. 1, стр. 72.—5. Карташевский и Левин, Переливание крови при общей гнойной инфекции, Вестн. хир. им. Грекова, т. XXXVI, 103—104, 106 стр.

Поступила 7/V 1937 г.

Из хирургического отделения (зав. И. Е. Виноградов) Мар-Посадской больницы Чувашской АССР.

Опыт применения сернокислой магнезии в целях борьбы с послеоперационными болями.

И. Е. Виноградов.

В то время как вопросом обезболивания во время операции хирурги занимаются повседневно, вопрос об уничтожении послеоперационных болей (п. б.) очень редко ставится на разрешение.

Между тем необходимость борьбы с п. б. диктуется рядом соображений.

Боль отражается на деятельности сердечно-сосудистой системы, секреторных органов, нарушает трофику, вызывает парез кишечника и мочевого пузыря. Проф. Андреев свою статью о боли и ее влиянии на организм заканчивает словами: „борьба с болью не есть только симптоматическая терапия, которую применяет врач из гуманитарных соображений к страждущему больному, но подчас это есть могущественное средство лечения болезни и сохранения сил организма“.

Нужно ли доказывать, что это сохранение сил особенно важно в послеоперационном периоде?

Какими же средствами располагаем мы в настоящее время для борьбы с п. б.?

Здесь, в первую очередь, нельзя недооценивать значения таких профилактических мероприятий, как предоперационная подготовка, особенно нервной системы и психики больного, техника нежного оперирования, тщательное соблюдение асептики с устранением всего, что может вызвать воспалительную реакцию в ране, и, наконец, правильный послеоперационный режим с предоставлением больному разумного, отнюдь не вынужденного, покоя. Однако и при соблюдении всех этих условий, операционная рана, как только прекращается действие обезболивающих средств, начинает болеть; проявляется то, что Дитерихс называет чувством ранения. Эти боли различны по своей интенсивности в различных случаях.

Для облегчения болей приходится прибегать к медикаментозным средствам. Испытанным средством здесь является морфий, и хирурги широко им пользуются.

Однако морфий в борьбе с п. б. можно рассматривать лишь как паллиатив. Прежде всего, морфий является далеко не безобидным средством. Как отмечает в своей работе Савич, морфий вызывает падение диуреза, повышает внутриренинное давление, а у беременных вызывает симптомы эклампсии. Во-вторых, назначение морфия при уже развившихся болях, часто по просьбе стонущего больного, плохо увязывается с принципом сохранения сил больного. Наконец, как показывает практика, морфий в послеоперационном периоде нередко приходится назначать повторно, чем создается угроза привыкания.

Все это побуждает к изысканию средств, предупреждающих появление болей в ране.

Разумовский предложил с этой целью алкоголизацию нервных стволов. Развивая эту мысль, Шуцкий применил алкоголизацию операционной раны. А. В. Вишневский ввел в практику послеоперационного ухода клизмочки из красного вина, отмечая их благотворное влияние и на п. б.

Проведя несколько случаев обезболивания родов по схеме Занченко при помощи сернокислой магнезии, автор настоящей работы задался мыслью перенести идею обезболивания родов по этой схеме в хирургическую практику в целях борьбы с п. б.

Сернокислая магнезия применяется в хирургии при различных видах обезболивания, главным образом при общем наркозе для усиления действия наркотических средств. По этому вопросу имеется значительная литература и выработанные схемы; так, например, имеется предложенная Гватмеем схема комбинированного морфийно-магнезиального наркоза, согласно которой дача магнезии начинается за два часа до операции, повторяется три раза, причем больной изолируется от окружающих и в полусонном состоянии доставляется в операционную. Работавшие с магнезией советские авторы (Соловов, Ясногородский, Ерхун и Магазинник) отмечают благотворное влияние магнезии не

только на течение наркоза, но и на послеоперационное состояние больного.

Не отказываясь от использования синергического действия магнезии и в то же время желая использовать ее в большей степени в целях борьбы с п. б., я сознательно отступил от упомянутой схемы, приблизившись к той комбинации морфия с магнезией, какую применяют акушеры при обезболивании родов.

Вначале я взял такую схему: 5 см³ 25% раствора магнезии вместе с 1 см³ однопроцентного раствора морфия вводил внутримышечно за полчаса до операции и тотчас после операций еще 5 см³ того же раствора магнезии без морфия. По такой схеме было проведено 20 операций.

Наблюдая подготовленных таким образом больных, я мог подметить, что даже при такой упрощенной схеме общий, особенно эфирный, наркоз течет несомненно лучше: короче период возбуждения, ровнее сон, меньше тратится наркотических средств.

Совсем другая картина поведения больных отмечена при операциях под местным обезболиванием. Однократная дача морфия с магнезией за полчаса до операции в моих случаях не только не успокаивала больных, но, приводя их в состояние оглушения, в некоторых случаях вызывала во время операции своеобразное возбуждение, при котором больные бурно реагировали на манипуляции, обычно болью не сопровождающиеся. Их состояние отдаленно напоминало состояние возбуждения при общем наркозе. По такой схеме под местным обезболиванием я провел 8 операций и получил у трех больных состояние возбуждения, что вынудило меня в двух случаях перейти на общий наркоз. В девятом случае я провел обезболивание с предварительной дачей только морфия без магнезии и наблюдал то спокойное поведение больного, которое обычно бывает при несложных операциях под местным обезболиванием. Магнезию я ввел этой больной после операции.

Переходя к оценке влияния магнезии на п. б. по первоначально принятой мною схеме, я должен, прежде всего, сказать, что правильная оценка—дело довольно трудное. Нужно учитывать, что послеоперационное состояние больного, неодинаково тяжелое в разных случаях, определяется не столько п. б., сколько состоянием и работой многих органов, нарушение функций которых вызывает ощущение общего недомогания с различными местными проявлениями. Дифференцировать эти ощущения от п. б. в узком смысле слова не всегда легко, и субъективизм в толковании здесь неизбежен. Но все же судить можно, не рискуя сильно ошибиться.

Больные после несложных операций в состоянии анализировать свои ощущения и на вопрос о болях отвечают с достаточной категоричностью, подкрепляя свои слова соответствующим поведением. Наблюдая больных после тяжелых операций, можно до некоторой степени судить об испытываемых ими болях, но первые часы после операции—не время для бесед на эту тему.

С такими больными разговоры о п. б. я откладывал до момента снятия швов, считая, что рассказы больных по памяти в достаточной мере соответствуют действительности. Наконец, можно воспользоваться методом сравнения, выполняя последовательно одну и ту же операцию на 2 больных, из которых один в качестве контроля проводится без магнезии.

Из двадцати случаев, прослеженных мною на первом этапе наблюдения, под общим наркозом было проведено 11, из них под эфирным наркозом—7 и под хлороформным—4. Это были: антrotомия—1 случай, радикальная операция среднего уха—2, операция по поводу непроходимости кишок—1, овариотомия—1, вентрофиксация—1, грыжесечение—1, разрезы при подчелюстной флегмоне—1 и панариции—3. Кроме того, в 2 случаях операция начата под местным обезболиванием и закончена под общим эфирным наркозом. Это были: ампутация бедра и грыжесечение по поводу паховой грыжи.

Во всех этих случаях послеоперационный период протекал без осложнений, п. б. были незначительны или совсем отсутствовали. Особенно эффективно было отсутствие п. б. у детей. Таких было три случая, причем в возрасте до 10 лет магнезия в уменьшенной дозе вводилась без морфия.

Под местным обезболиванием было проведено 7 операций: радикальная операция рака губы—1, резекция желудка по поводу язвы—2, грыжесечение по поводу паховой грыжи—3 и двусторонняя водянка яичка—1.

У этой категории больных п. б. были незначительны в тех случаях, где послеоперационный период протекал без осложнений. Таких случаев было 5. В шестом случае (грыжесечение) к вечеру, в день операции у больного наблюдалось повышение температуры до 38°, что сопровождалось появлением болей на месте операции. Седьмая больная, которая была оперирована под местным обезболиванием с предварительной дачей только морфия и которой магнезия была введена тотчас после операции, жаловалась на боли в течение часа днем и на возобновление боли в еще более сильной степени вечером, при температуре 37,8°. Помимо указанных 20 операций в это же время проведены две операции, которые могут расцениваться как контрольные.

У больного К. под общим наркозом (эфирным) без магнезии был сделан разрез по поводу сухожильного панариция. У него же через двое суток повторная операция под общим наркозом (эфирным) с предварительной дачей магнезии. Разница совершенно очевидная в пользу магнезии.

Второй случай касается больного П., 52 лет, страдавшего раком поджелудочной железы с желтухой в течение трех м-цев. Здесь магнезия не была применена из опасения усиления кровоточивости, и больной был оперирован под общим эфирным наркозом без магнезии. Произведена холецистогастростомия. Наркоз протекал тяжело, п. б. потребовали применения морфия.

Общее впечатление после двадцати наблюдений при двух контроллях можно сформулировать следующим образом:

Магнезия, вводимая до операции вместе с морфием, значительно облегчает течение общего, особенно эфирного, наркоза.

Послеоперационные боли при операциях, произведенных под общим наркозом с дачей магнезии до и после операции, сводятся к небольшой чувствительности, иногда же совершенно отсутствуют.

По отношению к местному обезболиванию создается впечатление, что предварительная дача морфия с магнезией по нашей схеме не только не ведет к успокоению больного, но в некоторых случаях вызывает состояние повышенной психической возбудимости. Послеоперационные боли при операциях, произведенных под местным обезболиванием с дачей магнезии до и после операции, меньше, чем п. б. при обезболивании без магнезии.

Считая полученный результат удовлетворительным для операций, проведенных под общим наркозом, и неудовлетворительным для операций под местным обезболиванием, я сохранил в дальнейшем первоначальную схему для первой категории случаев. Для второй же категории стал применять такую схему: до операции 1 см³ 1% раствора морфия и после операции 0,5 см³ 1% раствора морфия и 5 см³ 25% раствора магнезии.

Так было проведено еще 15 операций. Под общим наркозом 5: антrotомия—1, радикальная операция среднего уха—1, операция паховой грыжи у ребенка—1, разрезы при флегмоне бедра—1 и панариций—1. Под местным обезболиванием 10 операций: радикальная операция рака губы—1, экстирпация зоба—1, аппендектомия при остром аппендиците—3, абдоминальное кесарское сечение при доношенной беременности—1, грыжесечение по поводу паховой грыжи—3, и иссечение варикозно-расширенных вен голени—1.

Впечатление о послеоперационном состоянии больных, оперированных под общим наркозом, оставалось попрежнему благоприятным. Результаты опыта при местном обезболивании меня попрежнему не удовлетворяли. Однократная дача магнезии вместе с морфием после операции заметно уменьшала послеоперационные боли, оттягивала время их появления, но боли все же ощущались, хотя и были, по словам больных, терпимы.

Лишь одна больная после кесарского сечения болей совсем не отмечала.

Стало очевидным, что однократная дача морфия с магнезией недостаточна. Мысль о возможности устранить п. б. однократным введением какой-либо комбинации морфия с магнезией—неверна. При борьбе с п. б. правильнее будет более последовательное применение схемы обезболивания родов, т. е. сначала дать небольшую дозу морфий-магнезиальной смеси, а затем повторно, периодически, вводить одну магнезию.

Наблюдая оперированных больных можно установить, что после операций, произведенных под местным обезболиванием, п. б. появляются спустя 15—30 минут, иногда—час, смотря по продолжительности операции, и держатся час, два и больше—

в зависимости от операционной травмы и других обстоятельств. Морфий с магнезией начинает проявлять свое обезболивающее действие через 20—30 минут после введения и сохраняет его в течение часа и дольше. Исходя из этого, можно было считать, что введенная тотчас после операции магнезия вместе с небольшой дозой морфия успеет проявить свое действие до появления болей в ране, а повторное введение одной магнезии через час после операции предупредит появление п. б. и в дальнейшем. Последующие наблюдения показали пригодность такой схемы, т. е. 0,5 см³ 1% раствора морфия плюс 5 см³ 25% раствора магнезии тотчас после операции и через час еще 5 г раствора магнезии.

По этой схеме проведено 50 операций под местным обезболиванием. Полное послеоперационное обезболивание получено в 29 случаях, в 19 больные отмечали умеренную чувствительность в ране. Ясно выраженная послеоперационная боль наблюдалась в двух случаях, и она объяснялась допущенными во время операции техническими погрешностями.

Каких-либо осложнений в связи с применением магнезии мы подметить не могли.

Приведем несколько примеров.

1. Больная Т. Е., 14 лет. Лимфангиома подключичной области. 27/XII 1936 г. операция под местным обезболиванием. Перед операцией 0,3 см³ раствора морфия. Операция протекает болезненно в силу недостаточно методически проведенного обезболивания.

После операции 0,2 см³ раствора морфия и 5 см³ раствора магнезии. Некоторое время держится чувствительность в ране. Через час еще 5 см³ раствора магнезии. Больная заснула. Проснувшись, на боли не жалуется. Вечером ничего не болит.

2. Больная А. Н., 12 лет; подострый аппендицит. 5.I 1937 г. операция под местным обезболиванием без предварительной дачи морфия. Удаление отростка. Тотчас после операции 0,2 см³ раствора морфия и 3 см³ раствора магнезии. На боли не жалуется. Через час 3 см³ раствора магнезии. Ничего не болит. Вечером температура нормальная. Болей нет.

3. К. А., 10 лет. Водянка яичка и семенного канатика. 9.I операция под местным обезболиванием без предварительной дачи морфия. Произведено удаление общей оболочки. После операции 0,2 см³ раствора морфия и 3 см³ раствора магнезии. На боли не жалуется. Через час 3 см³ раствора магнезии. Болей нет. Вечером нормальная температура. Ничего не болит.

4. Н. И., 53 лет. Язва 12-перстной кишки. 5.I 1937 г. под местным обезболиванием задний анастомоз. Перед операцией 1 см³ 1% раствора морфия, тотчас после операции 0,5 см³ раствора морфия плюс 5 см³ раствора магнезии. На боли не жалуется. Через час 5 см³ раствора магнезии. Болей нет. Вечером ничего не болит. Температура нормальная.

5. Контроль. К. А., 58 лет. Грыжа надчревная и пупочная, расхождение прямых мышц живота выше пупка. 5.I под местным обезболиванием ликвидация грыж и ушивание апоневроза. После операции жалуется на сильные боли днем. Вечером температура нормальная. Боли держатся.

6. Е. Е. Двусторонняя паховая грыжа. 28/IV под местным обезболиванием операция по Жирару с обеих сторон. Поведение на столе беспокойное. После операции типичное обезболивание. На боли не жалуется, вечером ничего не болит.

7. Контроль. В. С. Двусторонняя прямая паховая грыжа. 28/IV 1937 года под местной анестезией операция по Жирару с обеих сторон. Операция идет очень гладко, поведение на столе спокойное. Послеоперационный период без обезболивания. Через полчаса „невыносимо болит“, больной стонет. Дан морфий с магнезией. Боли стихли. Вечером ничего не болит.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что идея обезболивания родов может быть частично использована в борьбе с п. б.; в частности здесь уместно применение морфийно-магнезиальной смеси. Наши наблюдения показывают, что дача небольшой дозы морфия вместе с магнезией тотчас после операции оттягивает срок появления п. б., уменьшая их интенсивность, а дополнительная дача магнезии через час после операции может вообще предупредить появление п. б.

В комбинации с магнезией, как видно из работ Савича, резче проявляются положительные свойства морфия и ослабляются отрицательные; сама же магнезия в применяемых нами дозах может считаться совершенно безвредной для организма.

Литература: 1. Абрамсон, НХА, № 146, 1936.—2. Андреев, Вестник хирургии 1928.—3. Ерхун и Магазанник, НХА, № 76, 1929.—4. Савич, Сов. врач журнала, 1936.—5. Соловов, Новая хирургия. 1926.—6. Разумовский, Врачебное дело, 1927.—7. Он же, Клиническая медицина, 1927.—8. Шуцкий, НХА, № 78.—9. Ясногородский, НХА, № 76, 1929.

Поступила 7/VII 1937.

Из факультетской хирургической клиники (зав. проф. И. Л. Цимхес)
Архангельского мед. института.

К вопросу об осложнениях при длительном пребывании пули в позвоночнике.

В. С. Юрлов.

В мирное время огнестрельные повреждения позвоночника встречаются редко. Частота же ранений позвоночника в военное время колеблется от 1 до 2% (Гулеке, Мокин, Гарре, Борхард и др.).

По данным Корнева, на 100000 раненых, прошедших через ленинградские госпитали за время минувшей войны, было около 0,3% ранений позвоночника. Низкий процент ранений позвоночника может быть объясняется тем, что некоторая часть раненых, особенно в комбинированных случаях, когда пуля проходит через позвоночник, а затем грудную или брюшную полость, погибает на поле битвы. Такие ранения ускользают от статистики.

По наблюдениям Айзельсберга ранения позвоночника чаще производятся пулями, и по характеру своему они бывают сквозные; реже позвоночник ранится осколками снарядов, шрапнелью, и такие ранения бывают слепые.

Согласно Франкенгейму по частоте локализации ранения позвоночника идут в следующем порядке: грудной, поясничный, крестцовый и шейный отделы позвоночника. Ввиду того, что раненые в шейный отдел позвоночника и спинной мозг быстро погибают, не попадая в госпиталь, ранения шейного отдела встречаются в статистике реже всего.

В Северо-Американскую войну смертность при ранениях позвоночника была равна 63%, в других войнах—55—80%; в мировую войну 1914—1918 гг. она составила 80%. Смерть наступает или от шока, или от инфицирования спинного мозга и оболочек (менингит). В благоприятных случаях инородное тело инкапсулируется и может длительное время не причинять расстройств.

В других случаях пуля может вызвать своим давлением или развитием воспалительных инфильтратов и рубцовых тканей патологические явления со стороны спинного мозга и корешков.

Течение болезни после ранения позвоночника будет обусловлено степенью тяжести повреждения и локализацией инородного тела. В случаях, когда инородное тело повреждает спинной мозг (интрадуральное положение), особенно в шейном отделе от C₁ до C₄, быстро наступает смерть. При повреждениях спинного мозга от C₄ до D₁ наступает паралич конечностей и через короткий срок смерть. При повреждениях спинного мозга с D₅ и ниже больные гибнут от осложнений (паралич сфинктеров, пролежни, трофические язвы и т. д.).

В случаях же, когда инородное тело застревает в теле позвонка, дужках или отростках (экстрадуральное положение), картина болезни может быть иной. Вначале нет симптомов, отличающих эти два вида ранений друг от друга (Поленов). В первые 3—5 дней преобладают явления шока. Часто исход—смерть.

Во втором периоде с пятого дня до 8-й недели преобладают нагноение раны, развитие гнойников, остеомиелит, менинго-миелиты, свищи, тромбофлебиты вен позвоночника. Нередко в этом периоде больные гибнут от осложнений.

В третьем периоде (от 8-й недели до нескольких лет) клиническая картина болезни более или менее стабильна (параличи, парестезии, трофические язвы и т. д.) Но иногда, даже спустя несколько лет после ранения, могут появиться осложнения в виде параличей или атрофий. Это может быть следствием усилившегося давления от сместившегося инородного тела или от реактивного воспаления, образования гноя и последующего рубцевания. Пуссен описал случай, когда пуля под влиянием тяжести сместила вдоль позвоночника вниз и вызвала симптомы сдавления спинного мозга. По вопросу о терапии огнестрельного ранения позвоночника существуют различные мнения. Одни (Гоберман, Завадский, Франкенгейм, Дерби, Барр, Покотило, Цеге фон Мантейфель) высказываются за немедленное вмешательство во всех случаях огнестрельного ранения позвоночника и рекомендуют устраниить по возможности все нанесенное травмой, т. к. иначе могут произойти неустранимые изменения.

Другие (Гирголав, Самарин), наоборот, держатся консервативного взгляда. Самарин, работая над вопросом регенерации спинного мозга, убедился, что эта ткань чрезвычайно чувствительна к давлению и травме. Раны с малой зоной повреждения, т. е. пулевые, он не рекомендует оперировать в первые дни, т. к. первичные тяжелые явления пойдут на убыль. Гирголав стоит за умеренный активизм потому, что гематома рассасывается и явления

будут улучшаться. В неясных случаях он рекомендует ламинэктомию. Шок маскирует тяжесть повреждения, рентген часто не дает возможности правильно определить положение пули, поэтому в ранних случаях активный метод опасен (Южелевский). При наличии перелома дужек можно рекомендовать раннюю операцию (7-й день), в остальных случаях—не раньше двух месяцев после ранения.

Удлинение срока оперативного вмешательства может ухудшить процесс. Во всяком случае будущее больного зависит от характера оказанной первой помощи.

По данным Лойда, где Кервена смертность при раннем активном вмешательстве доходит до 70%, при осторожном подходе она снижается до 30%. По Ярицкому смертность равна 58%, у Поленова—5%.

В отношении предельных сроков вмешательства некоторые считают, что наилучшие результаты будут на 3—4-й неделе и не позже года (Бабнин). Другие указывают, что предельный срок для оперативного вмешательства „год с лишним“, т. к. наступившие после этого изменения (вялые параличи, переходящие в спастические и т. д.) будут неустранимы (Полисадова). У Поленова описано два случая ранения позвоночника, в которых оперативное вмешательство было предпринято через 12 лет, в одном случае удалена пуля. Эти больные страдали параличом с момента повреждения. В обоих случаях наступило значительное улучшение. Из этого можно сделать вывод, что показания к операции при огнестрельных ранениях позвоночника не следует ограничивать сроком (Поленов).

Все это касается тех случаев повреждений, которые рано дают заметные клинические симптомы. Очевидно, там, где пуля не оказывает влияния на здоровье больного, ее не удаляют, считая, что нет для этого достаточных показаний.

Какой прогноз можно поставить в этих последних случаях, достаточных данным нам найти не удалось.

Ярицин на 150 случаев огнестрельного ранения позвоночника указывает, что в 18 случаях были удалены пули и наступило заметное улучшение, но все эти случаи, надо полагать, относятся к раннему периоду (второму).

Встретившийся в нашей клинической практике случай показывает, как иногда наличие инородного тела в позвоночнике через длительный срок все же вызывает довольно тяжелые осложнения. На материале нашей хирургической клиники за время с 1934 до половины 1937 г. на 922 случая травм повреждение позвоночника было 22 раза, т. е. 2,3%. Случаев же с пулями в позвоночнике было—2, т. е. 0,21%. Приводим историю болезни одного из этих больных.

Больной Л. Ф. В., 35 лет, поступил в городскую больницу 11/IX 1935 г. с диагнозом *tabes dorsalis*.

Безуспешная специфическая терапия, отрицательная R. W. дали возможность заподозрить у больного поперечный миелит, и больной был переведен в нервное отделение.

13/X рентгенография определила инородное тело (пулю) на фоне тел D₅—₆.

позвоночника. 16/XII по консультации с проф. Цимхес больной был переведен в факультетскую хирургическую клинику Архангельск. гос. мед. ин-та с диагнозом: симптомокомплекс сдавления спинного мозга в области D₅—6—7 и наличие пули в позвоночнике. Больной раньше не болел.

При поступлении в клинику жаловался на общую слабость, опоясывающие боли, на расстройство мочеиспускания и дефекации, невозможность ходить. В 1920 году получил ранение в спину в Перекопских боях, после чего находился без сознания несколько дней в Херсонском госпитале. Больной вскоре поправился и был выписан, свободно ходил, но иногда чувствовал боли в ногах. В 1929 году лечился на курорте в Лимане, хорошо поправился. В 1933 году боли в ногах обострились, после лечения в физ. лечебнице наступило улучшение. В 1935 году—снова обострение болей; был отправлен на курорт в Сольвычегодск, где течение болезни настолько ухудшилось, что больной без посторонней помощи не мог передвигаться.

Объективно: больной правильного телосложения. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечено. Стул и мочеиспускание задержаны. В нижних конечностях активные движения отсутствуют, за исключением слабых движений в пальцах; рефлексы повышенны, клонус стоп, рефлекс Бабинского резко выражены. Отсутствие болей, тактильной и термической чувствительности обеих нижних конечностей, а также всей нижней половины туловища до уровня regio epigastrica спереди и у остистых отростков D₁₂ и L₁ сзади. На коже спины справа на 3 ноперечных пальца от средней линии до уровня D₇ имеется едва заметный атрофический рубец, округлой формы, размером с 15-копеечную монету. Рубец спаян с подлежащими тканями (входное отверстие пули). Давление на остистые отростки всего позвоночника неболезненно. Исследование крови и спинномозговой жидкости на реакцию Вассермана—отрицательны. Реакция Nonne-Arppelt'a—положительная. В спинномозговой жидкости микрофлоры и лейкоцитов нет. Рентген: на фоне D₅—6 проецируется инородное тело (пуля), косо расположение, острым концом направленное вверх и вправо. Суставная щель между D₅ и D₆ нечеткая, смазанная. В боковой проекции инородное тело не определяется.

20/XII 1935 года операция (проф. Цимхес) под местной анестезией (1½% новокаин). Разрез мягких тканей над остистыми отростками от D₄ до D₇, после скусывания щипцами кусачками Luer'a остистых отростков D₅—D₆ обнаружен гной, а после удаления части дужек D₅—6 найдена пуля, направленная внутрь в сторону спинномозгового канала. Пуля подвижна, после дополнительного скусывания вокруг нее кости извлечена. Из капсулы выделился гной в небольшом количестве.

Мозолисто-рубцовая ткань в области dura mater. Риванолевый тампон. Швы.

Послеоперационное течение: первые четыре дня температура до 38°, а затем 36,8—6,9°. На шестой день появились движения в правой ноге. На седьмой день—движения в левой ноге.

30/XII сняты швы: Prima intent. С 7/I 1936 года, т. е. на 18-й день после операции, больной мог уже вставать и с посторонней помощью передвигаться по комнате. Движения в ногах не координированные. Правую ногу поднимает над плоскостью кровати на 40 см, левую на 50 см. Появляется чувствительность всех видов. Акт дефекации и мочеиспускания самостоятельный, без задержек. Через год больной показался в клинику—свободно ходит, не ощущая никаких болей. Работает.

Таким образом, наш больной в течение 15 лет носил пулю в позвоночнике, о которой он не знал, сначала она не причиняла беспокойства больному. Это можно объяснить только благоприятной локализацией пули—экстрадуральной—в дужке позвонка без повреждения спинного мозга.

С 1929 до 1935 года стали появляться боли в ногах, временами усиливающиеся, а затем затихающие. Очевидно, вокруг пули, как вокруг всякого инородного тела, „древляющая инфекция“ вызывала воспалительные реактивные изменения тканей (Соловьев, Греков). Воспалительный инфильтрат мог увеличивать давление

на чувствительные (задние) корешки—боли усиливались (Дитерихс). По мере ослабления инфекции и уменьшения воспалительных явлений боли стихали.

Вокруг инородного тела может происходить гнойное расплавление тканей, что может способствовать появлению некоторой подвижности его.

В таких случаях инородное тело смещается в сторону спинного мозга и может вызвать явления сдавления его. Это, очевидно, и произошло с нашим больным в 1935 году, когда у него сразу появились параличи, приковавшие его к постели. Устраниением этих двух факторов давления (инфилтрат с гноем и пуля) мы можем объяснить столь поразительное улучшение в нашем случае.

Мы вполне согласны с Трегубовым, что наличие инородного тела в позвоночнике после огнестрельных ранений служит показанием для оперативного вмешательства во всех случаях, как только больной попадет под наблюдение врача. Оставлять пулю в позвоночнике, недалеко от важного для жизни органа, каким является спинной мозг, не следует, т. к. рано или поздно могут появиться тяжелые осложнения, на что указывает и наш случай.

Во всех таких случаях, при появлении первых жалоб на нарушение функции конечностей или другие органы, необходимо проверять на рентгене, не осталось ли в позвоночнике инородное тело.

Поступила 2/VIII 1937.

Из гинекологического отделения Шахтинской городской больницы им. В. И. Ленина (главный врач С. С. Драгицын).

400 случаев внemаточной беременности.

С. И. Штерн.

Литература по вопросу о внemаточной беременности уже весьма обширна, но дальнейшая разработка и накопление клинического материала по внemаточной беременности имеет существенное значение.

Наш материал состоит из 400 случаев несомненной внemаточной беременности, оперированных в гинекологическом отделении больницы за 10 лет (1926—1936 гг.). Подозрительные и не проверенные путем операций внemаточные беременности мы не включаем. За эти годы в гинекологическом отделении Шахтинской городской больницы произведено всего 1686 чревосечений, из которых на внemаточную беременность падает 23,72%.

Количество случаев внemаточной беременности равнялось 2,48% количества родов за то же время по нашей больнице.

Возрастный состав больных таков: 17 лет—1, 18—19 лет—4, 20—24 г.—53, 25—29 лет—141, 30—34 г.—93, 35—40 лет—93, 40—45 лет—15 чел. Как видно, большинство больных падает на молодой, цветущий возраст 25—29 лет, что отмечается и рядом других авторов.

Количество родов и абортов, предшествовавших возникновению внематочной беременности, у наших больных распределено так: роды от 1 до 3—193 чел., 4—5—45 чел., свыше 5—35 чел. АбORTы от 1 до 3—129 чел., 4—5—34 чел., свыше 5—20 чел., неизвестно—44 чел.

Самое большое количество беременностей, предшествовавших операции внематочной беременности, было 24.

Бесплодие встретилось у 38 из наших больных, что составляет 9,5%. Мы не можем говорить поэтому о доминирующей частоте первичного бесплодия в анамнезе больных эктопической беременностью.

Две трети (68,25%) наших больных имели до операции нормальные беременности и рожали, а в 45,75% случаях были абORTы. Не подлежит сомнению, что воспалительные заболевания после абортов или родов играют значительную роль в возникновении последующей внематочной беременности. Но мы не можем установить полную причинную зависимость внематочной беременности от предшествующих абортов.

Далее, хотя мы и не имеем лабораторных исследований в отношении гонорреи у наших больных, которые говорили бы за превалирующее значение этой инфекции среди других этиологических факторов внематочной беременности, но анализ нашего материала заставляет нас предполагать во многих наших случаях наличие слабых (латентных) форм гоноройной инфекции. В таких случаях наблюдается не абсолютное бесплодие, а лишь такие изменения в трубах и тазовой брюшине, когда при сохранении относительной проходимости труб, затруднялось передвижение оплодотворенного яйца. Клиническая картина, те значительные изменения воспалительного характера в придатках, которые были обнаружены у части наших больных при операции, неоднократно склоняли нас к мысли о значении слабых форм гоноройного процесса в этиологии внематочной беременности. Во всяком случае, можно говорить о доминирующей роли воспалительных процессов в этиологии внематочной беременности.

На нашем материале в 264 случаях (66%) мы находили в брюшной полости обширные воспалительные изменения в придатках, в связи с чем приходилось неоднократно удалять придатки с противоположной стороны.

В 68% случаев (272) у больных, подвергавшихся операции, была проверена реакция оседания эритроцитов (РОЭ) по Линценмайеру. Скорость оседания эритроцитов до 1 часа была у 123 больных (30,75%), свыше одного часа у 95 ч. и свыше 2 часов у 54 чел.

Во всех экстренных случаях больные оперировались без определения РОЭ.

Среди наших больных встретились и такие, коим была произведена повторная операция по поводу внематочной беременности. Таких насчитывается 21 случай (5,25%). По возрасту среди них: 1 большая—19 лет, 1—22 лет, 2—23 лет, 1—24 лет,

1—25 лет, 5—27 лет, 2—28 лет, 2—29 лет, 1—30 лет, 1—32 лет, 1—34 лет, 1—35 лет, 1—37 лет, 1—38 лет.

В настоящее время многие авторы опубликовали данные, свидетельствующие об учащении случаев вторичной внематочной беременности.

Пластических операций на беременных трубах мы не производим, беременную трубу удаляем целиком, клиновидно иссекая ее из угла матки. Вторая труба удаляется при наличии макроскопических изменений (четкообразных утолщений, заражений ампулярного конца и др.).

Анатомические (топографические) изменения внутренних половых органов, обнаруженные при операции у наших больных:

Наэматоцеле встретилось 119 раз—29,75%

Наэматома " 135 раз—33,75%

Наэматосальпинх " 9 раз—2,25%

Попутно была произведена операция удаления измененного червебразного отростка в 26 случаях (6,5%).

Из 400 случаев внематочной беременности беременность в правой трубе встретилась 193 раза (48,25%), в левой—175 раз (43,75%) и неизвестно—28 раз (7%), остальные 4 случая падают на чистые формы беременности в зачаточном роге матки. Преобладание случаев беременности в правой трубе отмечается и другими авторами.

С острым внутрибрюшным кровотечением было доставлено 182 чел. (45,5%), в агонии—5 чел. (1,25%). В отношении больных с острым брюшным кровотечением мы обратили внимание на симптом, описанный Штерн и Касогледовым в журнале „Акушерство и гинекология“, № 6, 1936. При покачивании туловища больной на носилках или в коляске, также при обработке брюшной стенки перед операцией Касогледов отметил „колыхание“ брюшной стенки. Проверяя этот симптом „колыхания“ у больных с внематочной беременностью на операции, мы неизменно сталкивались с наличием острого внутрибрюшного кровотечения и большого количества крови в брюшной полости. Таким образом, этот добавочный признак, наряду с другими общеизвестными признаками при острой внематочной беременности, помогал нам в диагностике.

Из топических разновидностей трубной беременности на нашем материале встретились следующие: зачаточный рог матки 5 раз, одна комбинация беременности в трубе и роге матки, интерстициальная беременность 5 раз, интрамуральная беременность 2 раза, трубно-маточная беременность 1 раз, прогрессирующая беременность 2 раза, в истмической части трубы 46 раз, в ампулярной части трубы 105 раз, трубный аборт и разрывы трубы 162 раза, правосторонняя яичниковая беременность 1 раз, брюшная беременность 4 раза (одна из них доношенная).

Из редких осложнений внематочной беременности мы встретили перекручивание беременной трубы в трех случаях (0,75%—один раз правая и два раза левая). Левит отмечает, что ему

удалось найти в литературе всего около 10 таких случаев. Сюда надо добавить еще случай Благодарова.

В послеоперационном периоде отмечено заживление первичным натяжением у 372 больных (93%), нагноения и гематомы— в 28 случаях (7%).

Обработка операционного поля производилась следующим образом: вся брюшная стенка смазывалась обильно 5% спиртовым раствором пикриновой кислоты два раза; в настоящее время обработка производится 5% спиртовым раствором танина, подкрашенного метиленовой синькой или бриллиантовой зеленью. На кожу скобки Мишеля. Клеоловая наклейка.

При чревосечениях—обычно не в экстренных случаях—мы применяли спинномозговую анестезию (от 4 до 4,5 см³ Sol. Novocaini 3%).

В случаях острого внутрибрюшного кровотечения и значительного обескровливания больной при внематочной беременности мы считаем спинномозговую анестезию противопоказанной, в остальных же случаях большой оперативной гинекологии спинномозговую анестезию мы считаем методом выбора.

В наших случаях при операциях внематочной беременности были применены следующие виды обезболивания: эфир—91, хлороформ—10, смесь (эфир + хлор)—84, спинномозговая анестезия + эфир—12, спинномозговая анестезия—203.

Брюшностеночное чревосечение было применено 332 раза—83%, кольпотомия 32 раза—8%, комбинация—лапаротомия и кольпотомия 36 раз—9%, диагностические пункции были произведены 100 раз—25%, из них одна по Липпману.

Из 400 случаев, оперированных по поводу трубной беременности, умерло 12 чел., что составляет 3%. При сравнении цифры смертельных случаев с данными других авторов наша цифра смертности, не редуцированная, относится к средним. Процент смертности при внематочной беременности колеблется от 0,9 до 3,2% (Отт) и 8,4% у Холмовской.

В отношении терапии эктопической беременности мы придерживаемся следующих положений: в острых случаях—немедленная операция, в хронических—срок операции в зависимости от РОЭ, температуры и состояния больной.

За последнее время при острых кровопотерях мы переливаем больной жидкую кровь из брюшной полости после фильтрования через марлю; эту кровь мы смешиваем с 5% раствором Natr. citricum, и вводим ее интравенозно во время операции или же по окончании; производится также и переливание крови от донора. Сгустки из брюшной полости по возможности все удаляются. Жидкую кровь в брюшной полости стараемся сохранить.

Поступила 1/VII 1937.

Из акушерско-гинекологической клиники Ижевского гос. мед. института
(зав. проф. Н. Н. Чукалов).

Материалы к обезболиванию родов путем блокирования пуденальных нервов.

З. И. Замятин.

Разработка методов, отвечающих требованиям массового обезболивания родов, стоит в порядке дня.

К методу массового обезболивания родов мы должны предъявлять следующие требования: 1) безопасность для матери и плода, 2) простота техники применения, 3) достаточная эффективность действия, 4) применяемые медикаменты не должны относиться к сильнодействующим.

Обезболивание всего родового акта, начиная от первых схваток периода раскрытия до последних мучительных потуг периода изгнания, до сих пор представляет собой важнейшую, нерешенную еще окончательно проблему современной акушерской науки.

Обезболивание второго периода родов, периода изгнания, отличающегося как известно, своей относительной кратковременностью, представляется наиболее доступным и наиболее эффективным.

Целью настоящей работы было выявить эффективность пуденальной анестезии для второго периода родов—периода изгнания, путем блокады пуденальных нервов раствором новокаина.

Как известно, наружные половые органы иннервируются не только N. pudendus, но и N. cutaneus femoris posterior и N. ilioinguinalis и, казалось бы, для полной анестезии необходимо блокировать эти 3 нерва. Однако, опыт показывает, что в значительном проценте случаев достаточно анестезии лишь сплетений срамного нерва, чтобы достичь обезболивания почти всего второго периода родов.

Впервые Ильмер, а затем Зельгейм доказали, что хороших результатов можно достигнуть анестезией N. pudendi, который блокируется на месте перехода из Foramen ischiadicum minor в cavum ischiorectale, причем точного попадания в вышеуказанный нерв не требуется, так как, во-первых, нерв непосредственно сопровождают сосуды, а во-вторых, по вступлении своем в cavum ischiorectale он распадается на ряд ветвей.

По имеющейся в нашем распоряжении литературе означенная анестезия с целью обезболивания родов производилась Либензоном, причем полученные результаты на 71 случае были следующие: положительных—46,5%, слабо-положительных—26,75%, отрицательных—26,75%.

Проф. Жмакин на 50 комбинированных случаях получил следующие результаты: положительных—27,4%, удовлетворительных—61,7%, отрицательных—10,9%, причем блокирование пуден-

дальних нервов Жмакин комбинировал с назначением других обезболивающих средств.

Техника нашей анестезии следующая. Роженица укладывается как для операции на наружных гениталиях, и после тщательного туалета вульвы (суллема, спирт, иод), ягодиц и верхней трети бедер, мы приступаем к введению в cavum ischiorectale свежеприготовленного $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина.

Отступив на 2 см в сторону от средины линии, соединяющей заднюю спайку половых губ и anus, продольной инъекцией параллельно большой половой губе мы вводим шприцем с обыкновенной иглой на глубину 2 см—20 куб. см вышеуказанного $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина, а затем вкалываем более длинную иглу (6—8 см) по средине линии, соединяющей Tuber ischii с серединой задней комиссуры половых губ и погружаем иглу в cavum ischiorectale на глубину в среднем 6—7 см по направлению к седалищному бугру и, таким образом, вводим 60 куб. см анестезирующего вышеуказанного раствора, перемещая конец иглы в разных направлениях, соответственно с веерообразным направлением нервных веток N. pudendi. То же самое проделываем и с другой стороны. Всего берется анестезирующего раствора $\frac{1}{4}\%$ новокаина в среднем 120 куб. см.

Необходимо отметить, что при погружении иглы в ткани надо нажимать на поршень шприца, чтобы анестезирующий раствор выделялся впереди иглы, эта предосторожность особенно необходима в этой так богато васкуляризированной области.

Нами произведена пудендальная анестезия у 100 рожениц.

К анестезии мы приступали у первородящих при открытии зева на 4 поперечных пальца или близко к полному открытию, у повторнородящих—на 3—3,5 поперечных пальца при сглаженной шейке (прямокишечное исследование).

По возрасту роженицы распределяются следующим образом: до 20 лет—9%, от 20 до 25 лет—46%, от 25 до 30 лет—29%, от 30 до 35 лет—11%, от 35 до 40 лет—4%, свыше 40 лет—1%.

По количеству предшествующих родов: первородящих—42%, повторнородящих—23%, многорожавших—35%.

Как мы определяли объективно наступление обезболивания?

Расценивать боли только по наружному поведению больной не приходится: одни пациентки во время родов терпеливо переносят очень сильные боли, другие не переносят и малейших болей.

Главное значение мы придавали показаниям родильницы, которые получали от нее путем индивидуальной беседы в послеродовом периоде.

1. Положительный результат мы отмечали, когда родильница утверждала, что ей *совершенно не было больно*, но чувствовала позыв на низ.

2. Близко к положительному результату мы отмечали, когда родильница утверждала, что ей *почти не было больно*, что состояние болей совершенно нельзя сравнить до и после произведенной анестезии.

3. Если роженица указывала, что боли стали *слабее*, но все же было больно, мы отмечали слабо-положительный результат.

4. Если анестезия не давала *никаких* результатов, мы такие случаи относили в графу отрицательных.

Результаты обезболивания по методу блокировки пуденальных нервов на нашем материале таковы:

Положительные и близко к положительному результаты—63%, слабо-положительные—27%, отрицательные—10%.

Средняя продолжительность действия анестезии была не менее 2 часов и, как единичные случаи, от 3 до 8 часов.

Слабо-положительный результат обезболивания и отрицательный мы объясняем отчасти и тем, что в некоторых случаях роды наступали ранее 10—15 м. от начала анестезии (4%), в других же случаях родоразрешение последовало за пределами срока действия новокаина (15%). Возможно, что в некоторых случаях мы вводили анестезирующий раствор преждевременно.

Для успеха обезболивания родов очень важное значение имеет также предварительная подготовка беременных женщин в консультациях и обстановка, созданная в родильном отделении (как-то: отдельный родильный зал для обезболенных, ограждение родильниц от слуховых раздражителей). Недооценка этих моментов весьма резко снижает эффективность мероприятий по обезболиванию родов.

Как одно из сопутствующих осложнений пуденальной анестезии мы должны отметить:

1. Не имеющее практического значения временное ослабление родовой деятельности. На нашем материале это имело место в 3% случаев.

2. Кратковременная остановка родовой деятельности в 3% случаев (1-й случай: прекращение на 3 ч. 40 мин. у первородящей при открытии зева на 4 пальца, 2-й случай: прекращение на 35 мин. у первородящей при почти полном открытии шейки, 3-й случай: схватки прекратились на 5 час. у первородящей).

3. Незначительный отек половых органов в 3% случаев.

4. Гематома (1%) в месте вкола, очень незначительная с одной стороны.

Из оперативных пособий, понадобившихся при пуденальной анестезии, было *abrasio cavi uteri* в 1% у первородящей, послед отошел самостоятельно, рыхлый и рваный. Считаю, что связывать данное патологическое явление с пуденальной анестезией нет оснований.

Разрывы промежности при данной анестезии встретились в 10% случаев (7% у первородящих и 3% у повторнородящих), что не выходит из пределов нормы.

Общая продолжительность родов при пуденальной анестезии на нашем материале такова: у первородящих—16 ч. 55 м., у повторнородящих—9 ч. 56 м.

Если взять роды по периодам, то мы получаем: 1-й период родов: у первородящих—15 ч. 14 м., у повторнородящих—

8 ч. 41 м., 2-й период родов: у первородящих—0 ч. 52 м., у повторнородящих—0 ч. 23 м., 3-й период родов: у первородящих—0 ч. 49 м., у повторнородящих—0 ч. 52 м.¹⁾.

Потеря крови при пудендальной анестезии была в послеродовом периоде на нашем материале в пределах нормы за исключением 1% случаев (800 куб. см у первородящей).

Послед отходил во всех случаях самостоятельно. Послеродовой период протекал нормально.

Мертворождений не было. Асфиксия синюшная отмечена в 2% случаев, в одном случае обвитие пуповины вокруг шейки плода—1 раз, во втором случае—6 раз.

Все дети рождались с громким криком, были активные, подвижные, в последующем хорошо сосали. Общее состояние детей в момент родов, тотчас после родов и в послеродовом периоде до выписки от нормы не уклонялось.

Выходы: 1. Обезболивание родов при помощи блокировки пудендальных нервов безопасно для матери и ребенка.

2. Только в одной трети случаев метод изолированной блокады пудендальных нервов оказывается недостаточно эффективным.

3. Принимая во внимание общие хорошие результаты метода блокады пудендальных нервов, выражющиеся в достижении почти полного обезболивания в 63% случаев (как для первородящих, так и для повторнородящих), мы можем рекомендовать означенный метод обезболивания для второго периода родов.

Поступила 27/II 1937.

Из акушерско-гинекологической клиники Ижевского мед. института
(зав. проф. Н. Н. Чукалов).

К вопросу о методах обезболивания при операциях искусственногоaborта.

A. A. Калинкина.

Вопросам обезболивания при операциях аборта посвящено много работ, и выработан уже ряд практических методов обезболивания.

Рекомендованные некоторыми авторами (Брауде, Какушкин) методы общего наркоза при операции искусственного аборта могут быть нередко прямо противопоказанными, например, в связи с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы и т. п.

Опасности общего, в особенности хлороформного наркоза, хорошо известны и остаются налицо, как бы операция в отдельных случаях ни была кратковременна.

Среди других способов обезболивания при операции искусственного аборта нам известны: параметральная анестезия по

¹⁾ Вообще в нашей клинике принят выжидательный метод ведения 3-го периода родов, метод Кредэ применяется только по показаниям.

Геллерт - Тимофееву, параметрально-шеечной по Варшавскому, обезболивание морфием по Здравомыслову, пантопоном по Грейбо.

Мы поставили себе целью проверить эти методы на собственном материале, кроме того, мы поставили себе задачу опробовать изолированную инфильтрационную анестезию только в шейку матки, без каких-либо дополнительных методов обезболивания.

Всего по всем методам обезболивания нами произведено 500 операций искусственного аборта. Из них методом параметральной анестезии—100, под морфийным обезболиванием—100, с пантопонным обезболиванием—200 и изолированно—в шейку матки—100.

Техника параметральной анестезии у нас заключалась в следующем: $\frac{1}{4}\%$ раствора (свежеприготовленного аптечного стерильного на Aq. destillata) новокаина в количестве 60 куб. см вводился с каждой стороны в клетчатку при помощи вкола иглы на границе бокового и заднего сводов влагалища в направлении (иглы) дорзо-краниомедиально (к plexus cervicalis) и в стороны, на глубину около 2 см.

Материалы и результаты параметральной анестезии наших больных представляются в следующем виде:

По возрасту: до 25 лет—31%, от 25 до 30 лет—30%, от 30 до 40 лет—35% и от 40 до 45 лет—4%. Нерожавших—4%, однократнорожавших—28%, многорожавших—68%. Аборт в первый раз был в 43%, повторно—57%. Сроки беременности до 6 недель—44%, до 2 мес.—33%, до 3 мес.—23%.

Операция начиналась от момента обоестороннего введения новокаина в первой серии (29 случаев) через 7 минут, во второй серии (43 случая)—через 10 мин., в третьей (28 случаев)—через 15 минут.

Первая серия дала следующие результаты. Полное обезболивание получилось в 20,7%, в 48,3% больные отмечали боли в слабой степени; в 31% случаев больные жаловались на сильные боли во все время производства операции.

Во второй серии полное обезболивание получено в 53,4%, в 37,2% больные отмечали боли в слабой степени, без результата—9,4%.

Третья серия дала полное обезболивание в 100% случаев.

Сопутствующие осложнения при анестезии в параметральную клетчатку наблюдались в 8% (тошнота—4%, рвота—3%, головные боли—1%).

Повышения температуры, связанного только с самой операцией, мы не наблюдали.

Сокращение матки во время операции и в послеоперационном периоде особых уклонений от нормы не имело.

Сильное кровотечение при параметральной анестезии имело место в 6% нашего материала.

Таким образом, полное обезболивание при операции искусственного аборта при параметральной анестезии наступает не тотчас же после начала инъектирования, а лишь спустя 15 минут после введения анестезирующего раствора.

Обезболивание морфием произведено нами в 100 операциях искусственного аборта. Техника обезболивания заключалась в следующем. За 20 минут до начала операции оперируемой вводился подкожно 1% раствор Morphii muriatice в среднем 1 куб. см или несколько больше (до 1,5 куб. см в зависимости от веса, роста и общего состояния больной).

Материалы морфийного обезболивания таковы: по возрасту: до 25 лет—23%, от 25 до 30 лет—35%, от 30 до 40 лет—39%, от 40 до 45 лет—3%. Нерожавших не было, однократнорожавших—34%, многорожавших—66%. Первично подвергавшихся аборту было 51%, повторно—49%.

Сроки беременности: до 6 недель—32%, до 2 месяцев—41% и до 3 месяцев—27%.

Результаты: полное обезболивание получилось в 18%, в 73% больные ощущали слабые боли, без результата—9%, т. е. больные жаловались на сильные боли во время операции.

Сильное кровотечение во время операции встретилось в 12%. Сокращение матки после операции вялое было в 10% случаев.

Сопутствующие осложнения при морфийном наркозе: рвота—в 5%, головокружение и слабость—22%, обморочное состояние—3%. Послеоперационный период в общем и целом протекал нормально.

Таким образом, *полное* обезболивание при операции искусственного аборта при обезболивании морфием мы получили только в 18%.

По методу обезболивания пантопоном произведено 200 операций искусственного аборта. Техника обезболивания; за 20 минут до начала операции вводился под кожу 1% раствор пантопона, в среднем 1 куб. см или несколько больше (до 1,5 куб. см, в зависимости от веса, роста и общего состояния оперируемой).

По возрасту наши больные распределяются: до 25 лет—31%, от 25 до 30 лет—30%, от 30 до 40 лет—34,5%, от 40 до 45 лет—4,5%.

Нерожавших было—2%, однократнорожавших—25,5%, многорожавших—72,5%. Первично подвергшихся аборту было 54%, в 46% аборт произведен повторно.

Сроки беременности: до 6 недель—16,5%, до 2 месяцев—53,5%, до 3 месяцев—30%.

Результаты обезболивания морфием таковы: полное обезболивание наступило в 19,5%, слабые боли наблюдались в 73%, без результата—7,5%, т. е. больные жаловались на сильные боли во время операции.

Сильное кровотечение во время операции имело место в 11,5%. Сокращение матки послеоперационное вялое—в 12%.

Сопровождающие операцию осложнения при обезболивании пантопоном наблюдались в 18,5%, из них: рвота—2%, тошнота—1%, шум в ушах—1%, головокружение и слабость—14,5%. Послеоперационный период протекал нормально.

Полное обезболивание при операции искусственного аборта при пантомонном наркозе мы получили только в 19,5%.

Сравнивая результаты трех вышеописанных методов обезболивания при операции искусственного аборта, мы должны отдать предпочтение методу *парааметральной анестезии*, давшему наибольший эффект в смысле обезболивания.

Однако мы считаем этот метод далеко не совершенным по следующим соображениям.

1. Полное обезболивание наступает сравнительно поздно после произведенного введения раствора новокаина, а именно, только через 15 минут после введения анестезирующего раствора.

2. Введение анестезирующего раствора происходит без контроля зрения, т. е. в „темную“ в области весьма ответственной, так как здесь проходят мочеточники и крупные питающие матку кровеносные сосуды, которые случайно могут быть повреждены при производстве данной анестезии. Это и заставило нас пойти по другому пути, а именно испробовать метод *изолированной поверхностной анестезии шейки матки*.

По этому способу нами произведено 100 операций искусственного аборта.

Техника изолированной анестезии в шейку матки заключалась в следующем: шприцем инъицируется 1% раствор новокаина по 5 куб. см в боковые стороны маточной шейки поверхностью с той и другой стороны, то же количество раствора и в переднюю губу влагалищной части на глубину 2—3 см. Кроме того, 10 куб. см того же раствора вводится в заднюю губу шейки матки на глубину 2—2,5 см в дорзо-краниальном направлении.

По возрасту наши больные распределяются: до 25 лет—29%, от 25 до 30 лет—30%, от 30 до 40 лет—37%, от 40 до 45 лет—4%.

Нерожавших было—5%, однократнорожавших—25%, многорожавших—70%. Первоначально подвергавшихся аборту было—39%, а повторно—61%. Сроки беременности до 6 недель—44%, до 2 месяцев—28%, до 3 месяцев—28%.

Начало производства операции от момента введения новокаина (свежеприготовленного) в первой серии (55 случаев)—через 5 минут, во второй серии (45 случаев)—через 10 мин.

Первая серия дала *полное обезболивание* в 98,2%, слабые боли—в 1,8%.

Во второй серии полное обезболивание наступило в 95,6%, ощущение слабых болей—в 4,4% случаев.

Сопровождающих осложнений при анестезии в шейку матки во время операции *никаких* не наблюдалось, за исключением небольшого головокружения в 5% случаев. Послеоперационное течение протекало нормально.

Выводы 1. Наилучшим методом обезболивания при операции искусственного аборта в первые месяцы беременности мы считаем метод *поверхностной анестезии* в шейку матки с интервалом от начала анестезии до начала операции в 3—5 минут.

2. Этот метод *поверхностной изолированной анестезии шейки матки*, как метод обезболивания, не вызвал никаких побочных

явлений и в то же время дал нормальные условия для хирургической работы врача.

3. Техника производства анестезии в шейку матки чрезвычайно проста и может быть применена в любых условиях хирургической практической работы.

Поступила 13/IV 1937.

Из кафедры рентгенологии (зав. М. И. Гольдштейн) Казанского государственного мединститута (директор д-р М. В. Нежданов).

К рентгенокимографии желудка.

М. И. Гольдштейн.

В современной медицине успехи функциональной патологии теснейшим образом связаны с успехами патологической анатомии. Анатомия, изучая формы органа во время его движений, становится по словам Бергманна функциональной анатомией. Естественно, и рентгеносимптоматология пищеварительного аппарата, достигшая за последнее время крупных результатов в распознавании тончайших структурных изменений слизистой, в дальнейшем своем развитии должна была ити по пути объективного изучения функциональной деятельности желудка в норме и патологии. Одно морфологическое изучение желудка без учета моторной его функции является, безусловно, односторонним и недостаточным.

Как известно, изучением движений желудка занимались виднейшие рентгенологи: Ридер, Кэстль, Гольцкнхт, Гредель, Дитлен, Форсэлл, Колл, Шаул, Рендлих и др.

Рентгеновский метод является наиболее доступным для наблюдения за изменением формы желудка, и нужно прямо сказать, что этому методу мы обязаны теми сведениями, которыми мы в настоящее время располагаем в области моторики желудка.

Еще сравнительно недавно так называемые „косвенные симптомы“, характеризующие изменения в двигательной функции желудка, устанавливаемые на экране, играли большую диагностическую роль. Однако обычное просвечивание оказывается мало пригодным для изучения сложного механизма моторики желудка, т. к., с одной стороны, восприятие простым глазом имеет много элементов субъективизма, а с другой стороны, в силу ограниченных оптических свойств зрительного аппарата, не удается расчленить быстро протекающие фазы движения. Объективное изучение физиологии и патологии движения желудка стало возможным с момента появления первого рентгенокинематографа, предложенного Ридером, Кэстлем и Розенталем и усовершенствованного Гределем. Рентгенокинематография, позволяющая фиксировать непосредственно следующие друг за другом фазы движения, несмотря на свое несовершенство, вывела много ценных данных.

Однако громоздкая дорогостоящая кинематографическая аппаратура, производящая снимки в натуральную величину, имеет весьма узкое применение.

Ряд авторов (Леви-Дорн, Френкель, Бернштейн, Колл, Тамийя, Нозаки) предложил производить через короткие промежутки 2—3 снимка на одной пленке, для определения "мертвых" неподвижных точек, не принимающих участия в перистальтике желудка и наблюдающихся в тех местах, где находятся небольшие раковые узлы и язвенные процессы; этот метод, известный в литературе под различными названиями—триплограмма, фазограмма, полиграмма, полизограмма—не получил распространения ввиду трудности правильной интерпретации снимка.

Объективное изучение динамики желудка стало на более твердую почву в настоящее время благодаря усовершенствованию методики рентгенокимографии движущихся органов. Впервые рентгенокимография была предложена Сабатом в 1911 г. и затем вновь выдвинута Гетом и Розенталем в 1912 г. Этот метод в первоначальном виде, как известно, заключался в том, что определенный участок контура сердечной тени снимался через узкую щель на движущуюся перпендикулярно к щели пленку. При этих условиях на пленке получалось графическое изображение волнообразного сокращения данного участка в виде зубцов.

Однако метод Гета и Розенталя не получил распространения, и только в последнее время, после значительного усовершенствования техники рентгенокимографии (Штумпф, Чиньолини), интерес к этому методу значительно возрос. Заслуга Штумпфа заключается в конструкции многощелевого аппарата, позволяющего в определенный промежуток времени получить кривую всего движущегося органа.

Принцип кимографии, как известно, заключается в следующем: между больным и пленкой помещается свинцовая решетка с узкими горизонтальными щелями. Каждая щель имеет в ширину 1 мм. Расстояние между щелями 12 мм. Во время снимка решетка равномерно передвигается сверху вниз на 12 мм, благодаря чему контуры движущегося органа при прохождении рентгеновского луча через щели изображаются на пленке в виде кривой.

В целях изучения кимографии желудка мы пользовались многощелевым аппаратом конструкции д-ра Гинзбург. Этот кимограф отвечает всем условиям, необходимым для получения фотографической регистрации движения желудка в определенные промежутки времени.

Так как время пробега перистальтической волны занимает от 20 до 40 сек., то для регистрации их на кимограмме требуется более продолжительная экспозиция, чем это обычно принято при снимках желудочного аппарата. Методика наших снимков такова: фокусное расстояние 80 см, киловольт 100 макс. миллиампер 10—15, время экспозиции 45—60 сек.

Получаемая при этих условиях рентгенокимографическая кар-

тина желудка на первый взгляд поражает необычайностью изображения; общая конфигурация желудка хотя и сохранена, однако краевые контуры на всем протяжении образуют непрерывную цепь выступов и углублений. Зубцы краевых контуров, заснятые в определенный промежуток времени, составляют кри-
вую двигательной функции желудка.

Графическое изображение движения желудка дает наглядное представление о характере и объеме колебаний каждой отдельной точки на всем протяжении большой и малой кривизны. Сложный комплекс кинетической деятельности желудка разлагается в плоскостной многощелевой кимограмме на отдельные составные элементы, которые могут быть объективно изучены.

Как известно, различаются активные и пассивные движения желудка. Последние слагаются из пульсаторных передаточных колебаний стенки желудка, обусловленных сердечными сокращениями, а также респираторными смещениями при движении диафрагмы. Пассивные колебания весьма поверхностны и в норме не отражаются на кимограмме. Более отчетливо выступают активные движения желудка, к которым относятся перистальтические и тонические сокращения его стенок.

По Шиллингу можно различать три вида движения:
1) пассивные колебания просвета верхних отделов желудка;
2) перистальтику и 3) тоническое сокращение всего желудка, так наз. систолу. Все эти движения определенным образом ограничены; линии, соединяющие конечные положения стенки желудка, заключают между собою так наз. „размах движений“.

На кимограмме картина колебаний тонуса характеризуется передвижением столба контрастной массы, расширением кардиального отдела и одновременным появлением пассивных колебаний одинаковой амплитуды. Независимо от проксимальных колебаний на границе тела и синуса, при обычном вертикальном исследовании, определяются перистальтические сокращения, которые характеризуются на кимограмме увеличением числа зубцов. Все авторы сходятся на том, что перистальтические движения представляют собою волнообразные ритмические сокращения круговых мышц, идущих от верхней части желудка по направлению к привратнику. Кимографические исследования показывают, что перистальтические сокращения нередко начинаются выше, чем это удается отметить при простом просвечивании. Колебания в верхних отделах настолько поверхностны, что не улавливаются невооруженным глазом.

Для объективного анализа циркулярных сокращений желудка на кимограмме мы можем использовать известные сведения из физики и механики о волновом движении. Мы обращаем внимание на частоту, т. е. количество колебаний в единицу времени на одном и том же участке, амплитуду сокращения—радиус наибольшего смещения каждой отдельной частицы, длину волны—расстояние между двумя ближайшими друг к другу частицами, которые имеют одну и ту же фазу движения, скорость распространения волны—расстояние, на которое распро-

страняется волна в единицу времени. Когда известна скорость распространения волны „ v “ и число колебаний „ n “, то не трудно вычислить соответствующую длину волны $\lambda = \frac{v}{n}$. Зная длину волны и частоту колебаний, можно определить скорость распространения волны, которая является произведением обеих этих величин. Эти ясные, четкие понятия, взятые из механики волновых движений и приложенные к перистальтическим сокращениям желудка на кимограмме, имеют, без сомнения, большие преимущества в сравнении с сугубо субъективными определениями как нормальная, живая, вялая, глубокая, сегментированная, поверхностная и т. д. перистальтика.

Частота колебаний легко определяется по количеству зубцов в каждой полоске кимограммы. В наших случаях, где пробег решетки занимает 45—50”, число зубцов непосредственно показывает частоту колебаний в данный период времени. Длину волны мы узнаем по отрезку кимограммы с одинаково расположенными зубцами. Так, на снимке 1 на протяжении 8 см в каждой полоске имеется по три симметрично расположенных зубца. Перемножив эти числа, мы получаем скорость распространения волны на большой кривизне, т. е. 24 см в минуту. Амплитуда зубцов у большой кривизны больше, чем у малой, и по мере приближения к выходу она постепенно увеличивается. В средней части большой кривизны амплитуда зубцов равняется 5—10 мм. На соответственных участках малой кривизны отмечается амплитуда в 3—5 мм. В пилорическом отделе амплитуда колеблется от 15 до 20 мм. Частота колебаний от $2\frac{1}{2}$ до $3\frac{1}{2}$ в минуту при продолжительности периода в 15—30 сек. Длина волны колеблется от 6 до 10 см, в среднем она равняется 8 см. Скорость распространения волны определяется 15—25 см в минуту.

Большинство авторов полагает, что перистальтика является одним из главных факторов, обусловливающих время опорожнения желудка. Сфинктер привратника открывается, однако, не каждый раз, когда перистальтическая волна доходит до привратника, а лишь время от времени, в зависимости от особых условий. При закрытом пилорическом отверстии содержимое желудка выжимается обратно, образуя встречный осевой ток по направлению к кардиальной части. Роль перистальтики желудка заключается, таким образом, не только в передвижении пищи в 12-перстную кишку, но и в перемешивании ее. Перистальтические волны продолжаются непрерывно до тех пор, пока пища из желудка не будет полностью эвакуирована.

Долгое время полагали, что ритмическая работа привратника не связана с перистальтическими движениями желудка и самостоятельно регулируется рефлексами со стороны 12-перстной кишки (Гирш-Меринг, Павлов - Сердюков). Помимо механических и хеморефлексов, ритмические сокращения пилорической части могут осуществляться местным нервным аппаратом — Ауэрбаховским сплетением, заложенным между слоями

мышечной ткани. Что касается поступательных волн сокращений, наблюдаемых в антравальной области, то они, возможно, миогенного происхождения, т. е. возникают и определяются мышечными волокнами. Полагают, что в субкардиальной области заложены специальные мышечные образования, являющиеся началом особой системы проводящих путей, аналогичных проводящим путям сердца; по этим путям распространяются специфические импульсы, вызывающие перистальтику желудка (Кизс, Гарланд, Альварец).

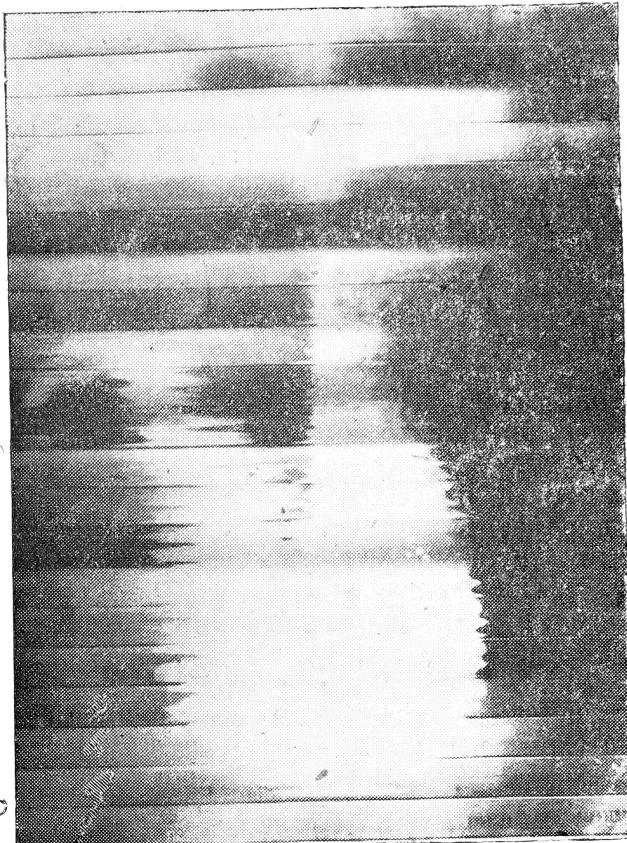


Рис. 1. Кимограмма нормального желудка.

По Гетце эвакуаторная функция желудка всецело находится в зависимости от тонуса желудка, т. е. от одновременного сокращения всех мышечных слоев желудка и повышения внутрижелудочного давления. По мнению этого автора, опорожнение происходит без участия перистальтики, функция которой сводится только к механической и химической обработке пищи.

Благодаря перистальтике пища приводится в тесное соприкосновение со слизистой оболочкой, и получается значительное перемешивание пищи с желудочным соком.

Крамер и Пинке на основании анализа кимографических данных полностью присоединяются к мнению Гетце и полагают, что эвакуация желудка происходит исключительно благодаря тоническому сокращению стенок желудка; привратник в момент прибытия перистальтической волны может оказаться закрытым и раскрывается только под влиянием систолы желудка, ближайшая же перистальтическая волна в это время может находиться в области границы антравальной части.

Систола желудка на кимограмме выражается в виде сужения размаха движений и передвижений содержимого желудка в верхние его отделы. Систолические колебания, в отличие от перистальтических, характеризуются одновременным появлением зубцов одинаковой амплитуды. На кимограмме над зоной зубцов от перистальтических колебаний видны темные попеченные линии, как результат временного передвижения контрастной массы. Эти авторы на основании своих исследований приходят к заключению, что продвижение пищи из желудка в кишечник осуществляется исключительно механическим путем при тоническом сокращении стенок желудка и повышении внутрижелудочного давления. Чисто механическая теория опорожнения вызывает и с нашей стороны ряд возражений.

Как известно, в физиологии до настоящего времени не существует ясного определения понятия о тонусе. В 90-х годах прошлого столетия, под влиянием работ Фано и Ботаци создалось представление, что во всяком мышечном волокне имеются два сократительных аппарата. Один представлен миофибриллами, которые являются носителями кинетической функции; другой аппарат представлен саркоплазмой, той полужидкой основой, в которой включены миофибриллы. Эта саркоплазма может осуществлять особые медленные формы сокращения, которые лежат в основе мышечного тонуса. Деятельность гладких мышц выражается не только в двигательных сокращениях, она обладает также способностью производить длительное тоническое напряжение без видимого сокращения. Определенные гладкие мышцы, как сфинктер привратника, все время находятся в активном тоническом напряжении; для них это напряжение — норма.

Обе составные части мышечной клетки находятся в самой тесной связи друг с другом. Проявление тонической функции может быть связано с движением, т. е. с кинетической функцией. При известных патологических условиях эти функции теряют свою физиологическую связь и наступает их диссоциация.

Анализируя ряд кимограмм нормального желудка, мы с достаточной убедительностью можем констатировать определенную зависимость опорожнения от колебаний тонуса в одних случаях, в других же правильная функция привратника происходит и без заметного влияния тонуса. С другой стороны, не каждая перистальтическая волна, которая доходит до привратника, в состоянии вызвать его раскрытие. Надо сказать, что кимография еще не в состоянии полностью выяснить сложный

вопрос эвакуации желудка. Только комплексное исследование: рентгенокимография, регистрация деятельности желудка на электрограмме и механограмме внесут большую ясность в сложную проблему движений и опорожнения желудка.

На плоскостных рентгенокимограммах удается определить также колебания не только краевых контуров желудка, но и складок всей слизистой; как правило, движения рельефа совпадают и гармонически сочетаются с перистальтическим колебанием краевых контуров. Разница между кривой краевого контура и выступающими зубцами складок заключается в амплитуде колебаний (рис. 2). Складки слизистой расширяются

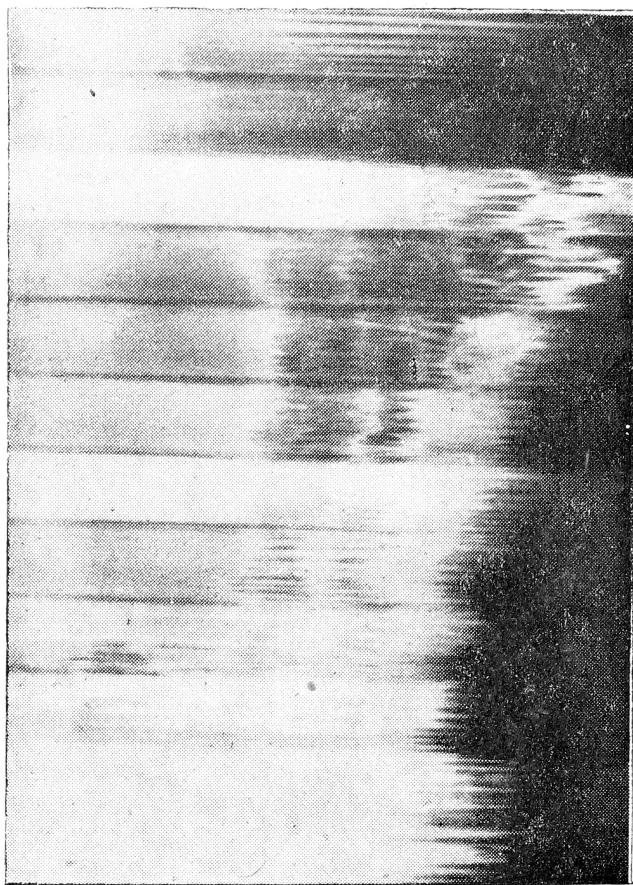


Рис. 2. Кимограмма рельефа слизистой; видны ритмические колебания складок с контурами большой и малой кривизны.

в момент расслабления стенки желудка, когда они смещаются книзу и суживаются при прохождении волны сокращения. Эта игра складок чрезвычайно разнообразна; однако, при просмотре значительного количества рентгенокимограмм, можно убедиться, что складки, отличающиеся друг от друга в дета-

лях, сохраняют свое содружественное участие в перистальтических колебаниях. Как известно, зубцы большой и малой кривизны имеют на кимограмме противоположные направления, так как места втяжения при пробеге круговых волн находятся приблизительно на одном уровне большой и малой кривизны. Складки, расположенные по средине между краевыми контурами, отличаются небольшой амплитудой колебаний, которая по мере приближения к большой кривизне постепенно возрастает. Складки слизистой образуют как бы маятникообразные движения, что нетрудно определить по колебаниям контрастной массы, заложенной в углублениях между складками. Помимо перистальтических движений происходит также незначительное одновременное смещение всего рельефа при дыхательных экскурсиях. Самостоятельные движения в смысле аутопластики слизистой Форсела на кимограмме не определяются.

Как уже раньше указывалось, распознавание заболеваний желудка должно базироваться на синтезе морфологических и функциональных нарушений, и было бы, разумеется, неправильным пренебрегать анализом нормальных и патологических функциональных признаков. После обнаружения морфологических изменений функциональные расстройства приобретают особое значение, так как они свидетельствуют о реакции органа на то или другое заболевание. Функциональные уклонения имеют не только узко диагностическое значение, но и общее клиническое; эффект от применения консервативной терапии весьма заметно оказывается, как известно, и на функциональном поведении органа— успокаивается перистальтика, если она раньше была усиленной, гипертония сменяется нормальным тонусом, пилороспазм уступает место нормальной периодической игре привратника и т. д.

При изучении патологии движения мы, в большинстве случаев, пока исходим из определенных анатомических нарушений и сопоставляем, какие наблюдаются функциональные уклонения при различных заболеваниях. Законченное теоретическое обоснование и определенные выводы относительно двигательных расстройств при том или ином заболевании пока еще не могут быть даны, так как взаимоотношения между расстройством движений и пато-анатомической причиной недостаточно изучены.

К числу заболеваний, которые сопровождаются расстройствами движений, отображенных на кимограмме, следует отнести воспалительные процессы, язвенные заболевания и новообразования желудка.

При всей трудности диагностики гастритов, мы придаем большое значение наряду с морфологическими изменениями слизистой (расширенные складки с неравномерным пробегом, составляющие так наз. спутанный рельеф, увеличенное скопление комочеков слизи, зернистый, либо бугристый рельеф) также функциональным расстройствам — потерю эластичности, скованности и ригидности складок. На кимографической картине воспалительные складки отличаются относительной непо-

движностью, выражющейся в отсутствии нормальных сужений и расширений, а также гармонического сочетания с перистальтическими движениями стенки желудка. Отмечается лишь смещение всего рельефа при глубоком дыхании. Отсутствие нормальных колебаний особенно четко выступает при удлиненных выпрямленных расширенных ригидных складках. На кимограмме в этих случаях можно отметить небольшие параллельные зубцы без образования характерного расширения складок. Уменьшение эластичности складок и отсутствие гармонического сочетания с краевыми контурами является наиболее важным кимографическим признаком при наличии отечной и набухшей слизистой.

Изменение движения при тугом заполнении желудка даёт мало характерных признаков на кимограмме. В большинстве случаев наблюдается повышенная скорость распространения волн: от 70 до 80 см в минуту, а также углубление круговых волн в пилорической области (Штумпф).

Эти признаки имеют весьма ограниченное значение, так как возникают при всех состояниях раздражения желудка, а также рефлекторно при заболевании соседних органов. Вот почему при подозрении на наличие воспалительных процессов желудка необходимо изучать движения самой слизистой. Штумпф считает характерным для гастрита отсутствие нормальной перистальтики фундальной части. Равномерная перистальтика при воспалительных процессах наступает только в пилорической части, между тем как в верхних отделах определяются лишь неравномерные аритмические движения.

Прямыми признаком язвы на кривой кимограммы является остановка перистальтического движения в области язвы. Полное отсутствие движений на месте язвы, однако, редко встречается. Обычно определяются передаточные колебания; выступающая ниша подобно постороннему телу пассивно смещается в сторону. Вместо нормальных циркулярных сокращений иногда можно видеть по обеим сторонам ниши одновременное появление параллельных зубцов, как результат пассивных движений. Зубцы свободного края ниши по своему направлению совпадают с краевыми выступами малой кривизны, в то время как медиальные зубцы ниши имеют обратное направление и на подобие шестерни входят между зубцами активно сокращающейся стенки (рис. 3).

При язвах задней стенки пассивные движения у места радиарного схождения складок выступают весьма отчетливо.

Кроме местных изменений на кривых кимограммы отмечаются также общие расстройства движений. Сюда относятся ускоренный пробег волны, высокое начало перистальтических движений, значительная разница в форме движений по большой и малой кривизне и изменения тонуса. На фоне усиленной перистальтики еще резче выделяются ослабления движений на месте язвы. Френкель считает рентгенологический симптом "язвенной закрепки", наряду с нишой, самым надежным и прямым

рентгеновским признаком. Весьма важно отметить, что перистальтика впереди и позади язвы сохраняет нормальный пропег, что является важным признаком при дифференциальной диагностике злокачественных инфильтраций стенки, где, как это видно из дальнейшего, отмечается полная диссоциация движений. При свежих язвенных процессах отмечаются также изменения общего характера. Пораженный сегмент показывает задержку движений и изменений частоты волн. По мнению Дювала, Руи и Блекера небольшая язва рефлекторно может вызвать ригидность малой кривизны на большом расстоянии.



Рис. 3. Язва желудка; незначительные пассивные колебания вокруг ниши.

Практически весьма важно разрешить вопрос, определяется ли аномалия движений в тех случаях, когда нет выраженных морфологических изменений. Ряд авторов отвечает на этот вопрос утвердительно. Так, Крамер и Пинке отмечали отсутствие колебаний в несомненных клинических случаях язвы, когда ниша при самом безуказненном исследовании не определялась. На основании нашего материала мы не в состоянии пока сделать определенных выводов; как правило, наряду с функци-

циональными расстройствами удавалось определить при тщательной технике исследования также и морфологические нарушения.

Требуются дальнейшие наблюдения и накопления фактического материала, проверенного на операции, чтобы внести большую ясность в этот важный вопрос.

Органические стенозы привратника, как известно, могут быть вызваны как чисто рубцовыми изменениями при излеченной язве, так и цветущей язвой в различных стадиях развития; при этом могут оказывать свое влияние и функциональные расстройства. При дифференциальной диагностике важно иметь в виду также рак привратника.

Результаты обычного рентгеновского исследования часто бывают недостаточны для точной диагностики; и здесь на помощь может притти кимографическая картина движения желудка, где удается иногда отличить рубцовые изменения, язвенный процесс, либо ригидную зону в случаях злокачественного новообразования. Чрезвычайно важно поэтому изучать объективные признаки имеющегося стеноза, в особенности, характер перистальтических движений.

При просвечивании обычно обнаруживается наличие глубоких волн с замедленным пробегом, высокое начало перистальтики и одновременное проявление ряда волн. Все эти данные находят свое отражение на картине кимограммы (рис. 4).

Несколько труднее распознавание стенотических явлений при отсутствии характерных глубоких волн. В этих случаях на помощь приходит запись кривых движений желудка. Наиболее характерными признаками здесь являются: неизменная частота ($2-3\frac{1}{2}$ в минуту) при весьма небольшой длине волн (2—4 см). Скорость распространения волн при их небольшой длине и обычной частоте весьма незначительная (6—15 см в минуту). Одновременно с этими изменениями отмечается высокое начало появления волн, которые могут быть здесь уплощены. Важно отметить, что глубокие волны не являются единственным симптомом стеноза, но что маленькие волны с небольшой скоростью распространения составляют характерные признаки, которые также сохраняются при более или менее значительном расслаблении стенок желудка.

Наиболее характерные рентгеновские признаки злокачественных новообразований желудка, дефект наполнения, обрыв складок, ригидность стенки и ограничение подвижности находят свое отчетливое выражение на многощелевой кимограмме.

Исклучительно важное значение мы придаем графической записи колебаний желудка, поскольку расстройства движений в начальных формах рака не всегда улавливаются при обычном просвечивании. Ограничение двигательной деятельности желудка при злокачественных новообразованиях обусловливается в первую очередь механическим препятствием со стороны чужеродной ткани, а также функциональными расстройствами вследствие разрушения стенки желудка инфильтрирующей опу-

холью. Небольшие подвижные новообразования, вдающиеся в просвет желудка и сидящие на ножке, не оказывают значительного влияния на моторную деятельность; соответственно дефекту наполнения определяются на кимограмме пассивные движения в результате смещения соседних частей. В подавляющем количестве случаев рака желудка происходит инфильтра-

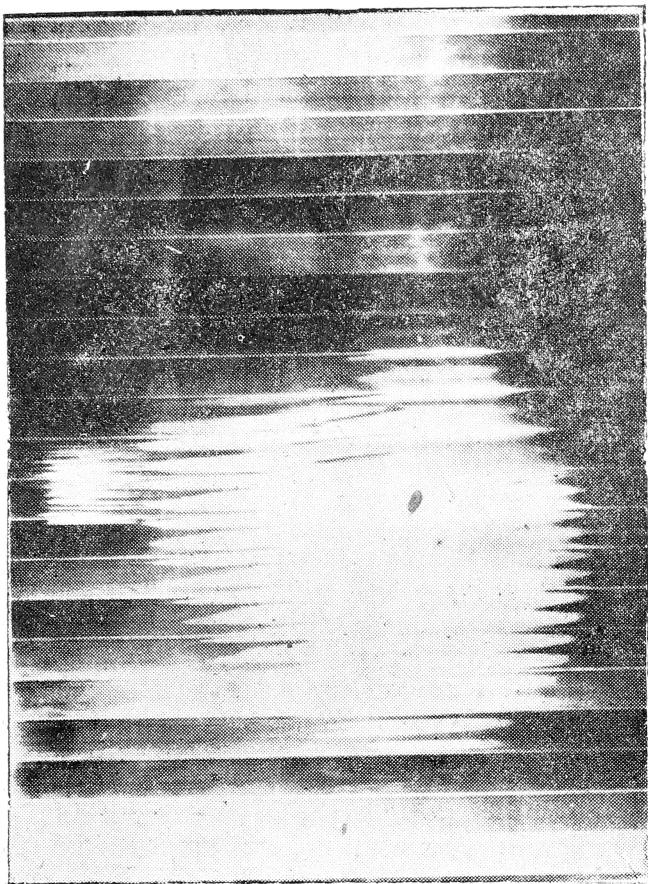


Рис. 4. Стеноз привратника; большая амплитуда зубцов в преанторическом отделе.

ции самой стенки, вследствие чего пораженный участок теряет способность перистальтики, и к дефекту наполнения присоединяется также дефект динамики (рис. 5).

Понижение двигательной деятельности относительное, так как оно распространяется только на перистальтику. На кривых кимограмм можно иногда видеть пассивное смещение пораженной стенки при форсированном дыхании, а также наличие передаточных пассивных колебаний от расположенных поблизости движущихся органов. На заполненном желудке констатируется отсутствие поступательного движения волны в инфильтриро-

ванной области. Все движения появляются одновременно, как это имеет место при плотных ригидных телах. Поэтому на картинах кривой мы встречаем иногда одновременное появление единичных зубцов с небольшой амплитудой.

При решении вопроса о хирургическом вмешательстве чрезвычайно важно определить распространение ригидной зоны, которая дает нам понятие и о степени распространения инфильтрации. Кимограмма в этих случаях дает нам больше объективных опорных пунктов, чем серийные снимки и показывает свои преимущества перед обычным просвечиванием. Наиболее

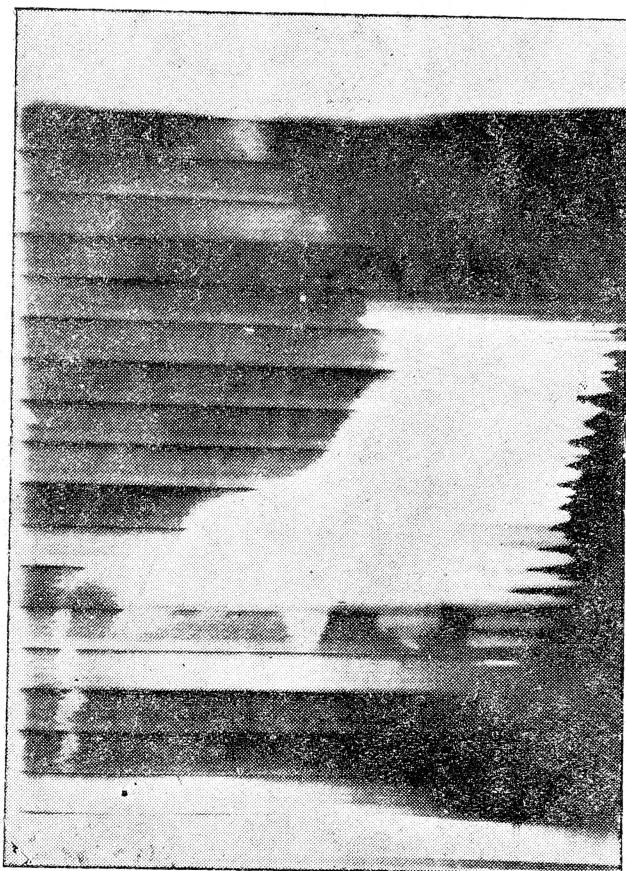


Рис. 5. Рак желудка; полное отсутствие зубцов на большой кривизне антальной области.

выраженная форма инфильтрации стенки встречается при скирре, где ригидность выступает особенно четко и распространяется нередко на значительном расстоянии. Определение нарушения двигательной деятельности при этих чистых инфильтративных формах является вопросом первостепенной важности, так как при плоском скирре самое тщательное рентгено-

скопическое и рентгенографическое исследования оказываются не в состоянии вскрыть имеющийся патологический процесс.

Наряду с местными изменениями двигательной деятельности определяется также расстройство общего характера. При небольших карциномах на непораженных участках особых изменений не определяется. В большинстве случаев находят более глубокие волны и несколько повышенную скорость распространения. При больших новообразованиях нарушения более отчетливы; самой частой аномалией является диссоциация движений различных участков, разделенных карциномой. Так, при рако-

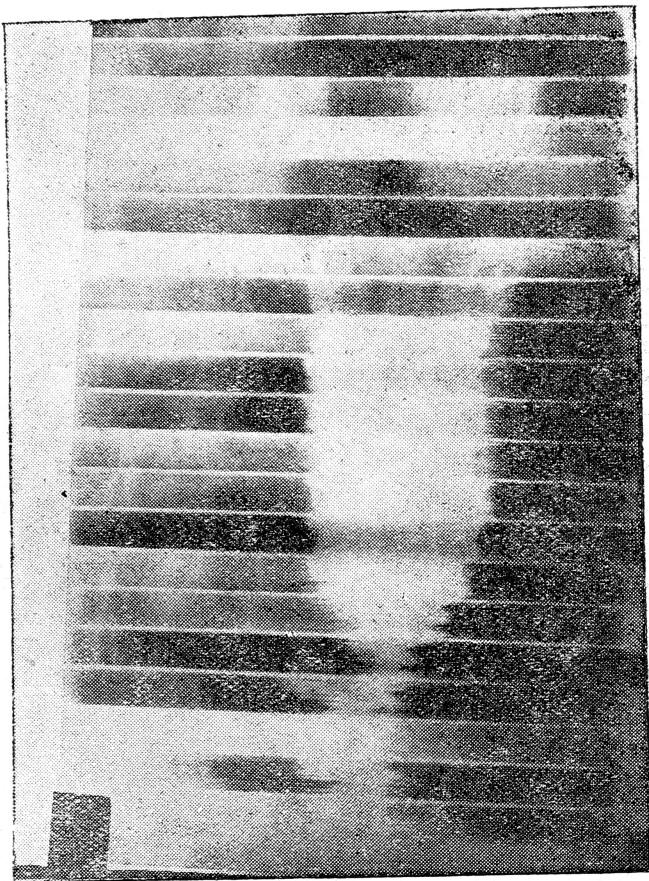


Рис. 6. Оперированный желудок по Бильроту II; на большой и малой кривизне видны зубцы малой амплитуды вследствие тонического сокращения стенок культи желудка.

вом новообразовании, расположенному спереди малой кривизны, кардиальные части смещаются в другом ритме и с другой скоростью, чем близлежащие пилорические отделы. Эти явления могут быть объяснены перерывом либо разрушением мышечной проводимости.

Другое уклонение—это частичная либо тотальная ретроперистальтика (Штумпф). Этот симптом чаще всего встречается при карциномах пиорической части, причем у пиоруса волна имеет обратное направление, а на остальных частях большой кривизны—перистальтика нормальная. На месте схождения волн разных направлений получаются смешанные движения с небольшой амплитудой колебаний. Тотальная ретроперистальтика реже встречается, обычно она совпадает с явлениями стеноза привратника. Волны, идущие в обратном направлении, обычно плоски и небольшой длины.

Мы должны согласиться с Крамером, что при распознавании раковых заболеваний желудка кимографические данные могут оказать неоценимые услуги.

Значительные изменения представляют также кривые рентгенокимограмм оперированного желудка, в особенности, после радикального вмешательства. Так, на кимограммах резецированного по Бильроту желудка мы видим в промежутках одновременное появление зубцов с одинаковой амплитудой вследствие систолического сокращения стенок желудка. Перистальтических колебаний в этих случаях не наблюдаем (рис. 6).

Дальнейшие наблюдения должны также выяснить особенности в уклонениях моторной деятельности и при осложнениях после операции на желудке.

Глава о рентгенокимографии далеко еще не может считаться законченной. Однако добытые данные все же показывают, что объективное изучение методом рентгенокимографии моторной деятельности желудка может внести большую ясность в картину целого ряда его заболеваний.

Объективное изучение двигательной функции желудка приобретает особое значение для определения наиболее ранних форм заболевания. Отсюда следует, что стремление к объективному изучению двигательных расстройств желудка должно занимать видное место в клинике желудочных заболеваний.

Поступила 19/XI 1937.

Из терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурия (директор проф. Р. И. Лепская) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

К методике исследования и к интерпретации гликемической реакции после нагрузки глюкозой.

Х. Д. Давлетбаев.

Настоящее сообщение представляет собой часть нашей работы об углеводном обмене при язвенной болезни. Мы имеем в виду остановиться на методике исследования и интерпретации гликемической кривой после нагрузки глюкозой, так как исследование нарушения углеводного обмена приобретает все большее значения в клинике внутренних болезней. Поскольку регуляция сахара крови обеспечивается целой системой органов, естественно, что при очень многих заболеваниях мы встречаем более или менее выраженные расстройства углеводного обмена; так, известно, что даже спонтанная гипергликемия и гликозурия могут встречаться при заболеваниях поджелудочной железы не только при диабете, но и при панкреатитах, кровоизлияниях в pancreas, камнях, кистах, раке поджелудочной железы и т. д.; такие же явления могут иметь место при аномалиях гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и в других случаях.

С тех пор, как микрометоды исследования крови вошли в обиход клиники, мы получили возможность улавливать также и более тонкие признаки отклонения в углеводном обмене не только там, где можно обнаружить спонтанную гипергликемию, но даже и в таких случаях, где сахар крови натощак остается нормальным. Разработанный Розенбергом, Умбером, Штаубом, Трауготтом и др. метод исследования гликемической реакции после нагрузки глюкозой и изучение типа получаемой после нагрузки гликемической кривой ужеочно вошел в клиническую практику; применение этого метода позволяет улавливать скрытые расстройства углеводного обмена не только при латентно протекающем диабете или при вышеперечисленных заболеваниях, но и при целом ряде острых и хронических инфекций, при болезнях печени, при осложнениях заболеваний желудочно-кишечного тракта и т. п. Этот метод дает также возможность изучать тесные взаимоотношения нормальных и патологических функций отдельных органов и углеводного обмена. Таким образом, изучение гликемической кривой после нагрузки глюкозой становится одним из необходимейших методов исследования, облегчающим нередко диагностику и дающим руководящие указания для терапии.

Несмотря на то, что клиническая методика исследования углеводного обмена посредством алиментарной нагрузки в общих чертах достаточно разработана и установлены основные типы нормальной и патологической гликемической реакций, не мало еще имеется спорного как в вопросах методики исследования,

так и в вопросах генезиса самой гликемической кривой. Как известно, после приема 100 г глюкозы, как это было вначале предложено Розенбергом, или меньших количеств—80, 50 и даже 30 г, как это впоследствии предлагали другие авторы, нормальная реакция организма выражается в более или менее крутом подъеме гликемической кривой; вскоре после этого кривая сахара крови начинает обычно снижаться и через 2 часа приходит к норме или даже переходит в легкую гипогликемию, а затем снова выравнивается. Патологическое отклонение отражается как на высоте подъема гликемической кривой, так и на времени, когда достигнута максимальная высота кривой, и в особенности—на длительности гликемической реакции, т. е. на времени, необходимом для возвращения сахара крови к исходной величине. „Истолкование нормальной алиментарной гипергликемии не просто и еще поныне спорно“, говорит такой крупный специалист по вопросам обмена веществ, как Графе. Общепринятый раньше взгляд заключается в том, что всосавшийся из желудочно-кишечного тракта сахар не используется целиком печенью, переходит в кровь из печеночных вен и циркулирует в крови, пока не используется постепенно тканями или вновь опять-таки печенью. Резорбционная теория защищается, например, Gigon'ом и Бородулиным, которые после энтеральной нагрузки глюкозой наблюдали параллельное нарастание сахара в портальной и печеночной вене у собак.

Этой резорбционной теории в настоящее время противопоставляется другая теория, рефлекторная. Эйснер и Форстер в 1921 году впервые высказались против резорбционной теории, основываясь на том, что повышение сахара крови в некоторых случаях наступает так быстро после приема сахара (через 4, 5, 6 минут), что к этому времени значительное всасывание из кишечника еще не могло произойти. Так, напр., они нашли, что у исследуемого субъекта, который ел 150 г белого хлеба, уже во время еды сахар крови повысился с 0,085% до 0,11%, а 10 минут спустя—до 0,153%; они поэтому полагают, что углеводы вызывают в желудочно-кишечном тракте известное раздражение, которое рефлекторно передается на печень и стимулирует последнюю к гликогенолизу. Подобный взгляд защищается также Штаубом, Умбером и Розенбергом. Таким образом оттекающий из печени сахар есть, согласно рефлекторной теории, не тот сахар, который принят в пищу, а печеночный. На основании экспериментальных исследований относительно содержания сахара в портальной и печеночной венах при энтеральной нагрузке углеводами Генис, Черная и Якушева также говорят о „возможности рефлекторного происхождения алиментарной гипергликемии“.

Однако, если в первые минуты нарастание сахара крови может быть объяснено одними рефлекторными явлениями, то для дальнейшего подъема гипергликемической кривой значение резорбции, несомненно, должно быть также велико, о чем свидетельствуют работы Кори, Будгэйт и др.

Для объяснения нисходящего колена сахарной кривой можно привлечь два фактора: во-первых, понижение концентрации сахара в портальной вене и, во-вторых, повышенную продукцию инсулина, которая наступает в ответ на повышение сахара крови.

Такой генезис понижения сахарной кривой во вторую фазу признается в настоящее время большинством авторов. Как подчеркивает Графе „действие инсулина лучше всего отражается в терминальной гипогликемии, которая едва ли допускает другое толкование“. Влияние избыточного выделения инсулина выражается также в так наз. феномене Штауба и Трауготт. Этими авторами установлен очень интересный факт, что после повторной (2-кратной или 3-кратной) нагрузки глюкозой гипергликемический эффект в норме почти не выражен, если только следующая порция сахара введена не раньше, чем через час или полтора после первой.

Эта более слабая реакция может также быть отнесена лишь за счет избыточной секреции инсулина.

Занимаясь изучением углеводного обмена при язвенной болезни, мы остановились на некоторых вопросах методики исследования гликемической реакции.

В нашей клинике, пользующейся уже в течение многих лет для практических целей исследованием гликемической реакции на нагрузку глюкозой при различных заболеваниях, принята общая методика исследования нагрузкой в 100 или 80 г глюкозы рег ос.

Приступая к исследованию нового вопроса об углеводном обмене при язвенной болезни, мы все же считали необходимым еще более уточнить методику, чтобы по возможности исключить привходящие влияния, могущие отразиться на ходе исследования.

Действительно, необходимо отметить, что многочисленные авторы, занимавшиеся исследованием алиментарной гликемии у здоровых, указывают на значительные индивидуальные различия в высоте и ходе гликемической кривой в зависимости от ряда факторов: количества глюкозы, быстроты всасывания, предшествовавшего питания и, отчасти, реакции нервной системы. Но так как эти исследования велись на здоровых людях, то естественно, что в общем у большинства авторов, пользовавшихся однородной методикой, получались совпадающие результаты, позволяющие говорить о типе нормальной гликемической реакции. Впоследствии некоторые исследователи, как Трауготт, выдвинули даже положение, что и количество применяемой глюкозы не играет роли при исследовании характера гликемической реакции: 20 г глюкозы будто бы вызывают такую же гипергликемию, что и 100 г. Многие клиницисты на основании этого считают достаточным пользоваться очень небольшой нагрузкой, даже в 30 г глюкозы. Бодуэн, Хетени и друг. считают, что высота подъема гликемической кривой или точнее отношение вершины ее к исходной величине сахара крови (так наз. гипергликемический коэффициент) не должен превышать определенной нормы (1,35—1,40).

Более высокие гипергликемические коэффициенты указывают, согласно этим авторам, на функциональную недостаточность печени.

Однако данные Трауготт расходятся с данными Штауба, который отмечает влияние количества глюкозы на высоту кривой и длительность реакции у здоровых.

Так, согласно исследованиям Штауба, вершина сахарной кривой крови превышает исходную величину натощак:

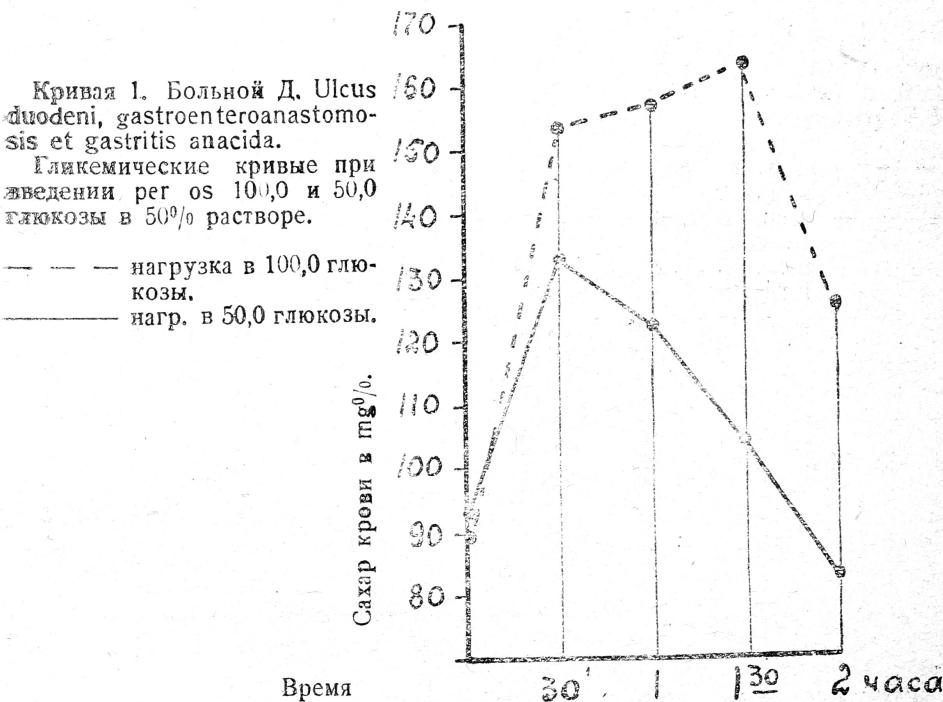
после приема 80,0 декстрозы	на 139%	Продолжи-
" 40,0 "	на 81%	тельность
" 20,0 "	на 33—44%	реакции
" 10,0 "	на 19—21%	100 мин.
		40
		25—30 "

Как видно из этих данных высота подъема не пропорциональна дозировке.

Что касается гипергликемического коэффициента, то значение его также не однозначно расценивается различными авторами.

Наконец, вопрос о значении всасывания из кишечника хотя и изучался в некоторых отношениях в эксперименте, но почти не учитывался практически при клинических методах исследования. Между тем исследования Майера (1932 г.) указывают, что при обычной пероральной нагрузке тип гликемической кривой стоит в связи с характером желудочной эвакуации, и, следовательно, с всасыванием из кишечника.

Принимая во внимание изложенные противоречия, мы занялись вопросом о зависимости гликемической реакции от величины углеводной нагрузки и от времени перехода сахарного раствора в кишечник. Прежде всего мы проверили в нескольких случаях из нашего материала влияние различной величины нагрузки глюкозой. Применяя для нагрузки разное количество глюкозы (50, 80 и 100 г) и производя повторные исследования на одном и том же больном, мы обнаружили следующее:



При нагрузке 50 г глюкозы в 50% растворе повышение сахара крови происходит в меньшей степени, чем при введении 80 или 100 г глюкозы. Кроме того, в некоторых случаях при больших нагрузках возвращение к норме наступает несколько позже, чем при малых количествах. Последнее наблюдается, очевидно, резче там, где можно предполагать патологические отклонения в сахаро-регулирующем аппарате. Так, например, у больного Д. (клинический диагноз *Ulcus duodeni, gastroenteroanastomosis et gastritis anacida*, кривая 1) при введении 50 г глюкозы гликемическая кривая поднимается только до 138 мг% и через 2 часа

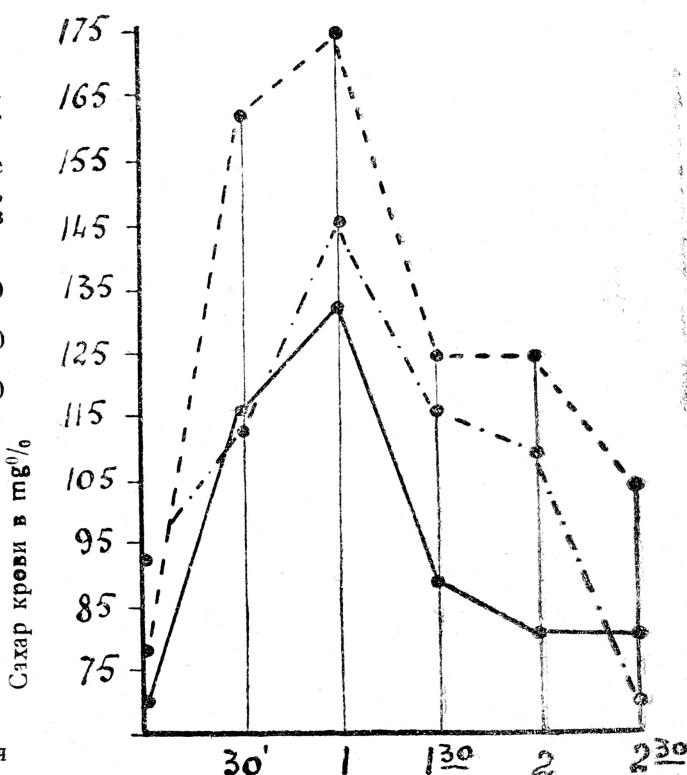
возвращается к норме, а при нагрузке 100 г она достигает 170 мг%, и через 2 часа не возвращается к нормальным цифрам.

У 2-го больного Б. (кривая № 2, клинический диагноз *ulcus duodeni, periduodenitis*) динамику сахара крови которого мы исследовали, применяя три нагрузки в 50, 80 и 100 г глюкозы, мы наблюдали следующее: при нагрузке в 50 г глюкозы сахар крови доходит только до 133 мг%, при 80 г—до 145 мг%, а при 100 г глюкозы достигает 176 мг%, причем возвращение к норме через 2 часа наблюдается лишь при наименьшей нагрузке, а при 80 и 100 г возвращение к норме запаздывает,—оно наблюдается лишь через 2½ часа; при нагрузке в 100 г кривая хотя и приходит к нормальным цифрам через 2½ часа, но ос-

Кривая 2. Больной Б.
*Ulcus duodeni et periduo-
denitis.*

Гликемические кривые
при введении рер ос 100,0,
80,0 и 50,0 глюкозы в
50% растворе.

— — — нагр. в 100,0
глюкозы.
— · — · нагр. в 80,0
глюкозы.
— — — нагр. в 50,0
глюкозы.

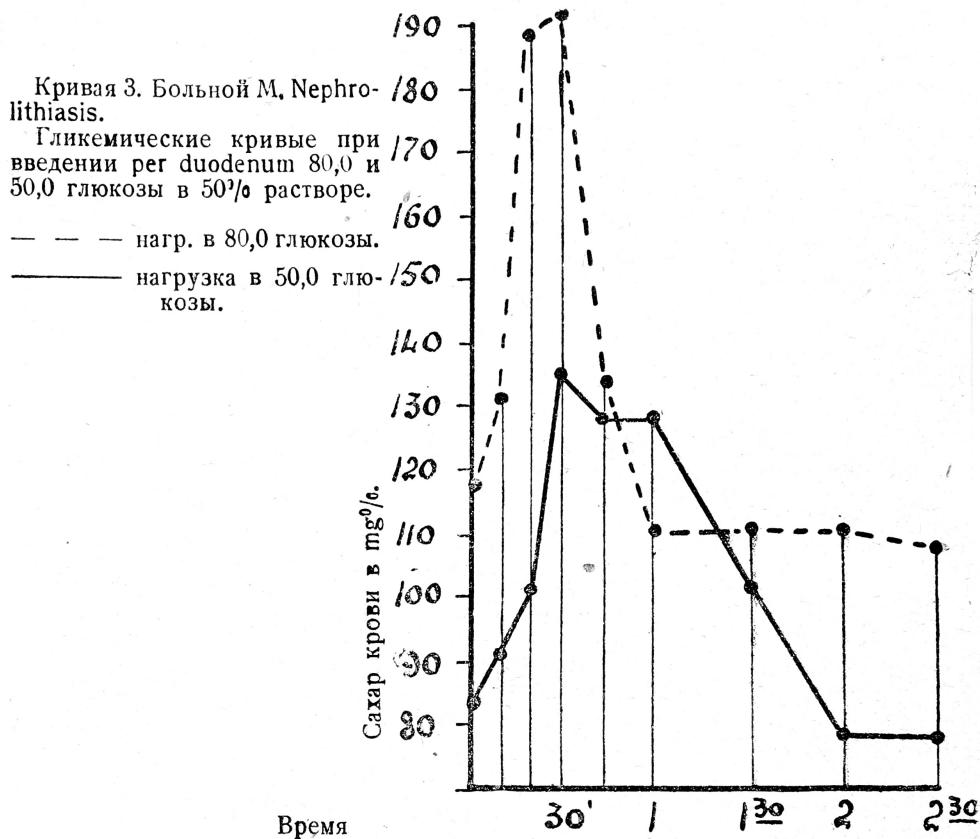


тается все же выше исходной величины. Таким образом мы убедились в том, что количество вводимой глюкозы влияет как на высоту гликемической кривой, т. е. на величину гипергликемического коэффициента, так и на ее характер, позволяя в некоторых случаях выявить патологические отклонения там, где при малых дозах глюкозы они могли бы быть просмотрены.

Желая исключить влияние желудочной эвакуации на результаты наших исследований, мы в некоторых случаях поставили аналогичные опыты с нагрузкой различной величины, вводя глюкозу в duodenum через зонд.

Такие исследования произведены на 4 больных, причем обнаружена была такая же общая закономерность, как и при введении

разных количеств глюкозы рег ос, а именно: при различных количествах глюкозы получаются у одного и того же больного разные гликемические кривые; чем больше введено сахара, тем выше гипергликемический коэффициент, но тип гликемической кривой в случаях введения сахара в duodenum остается нормальным в том отношении, что высота сахара крови через два часа приходит к норме. Так, напр., у больного М. (кривая 3, клинич. диагноз Nephrolithiasis) при введении 50 г глюкозы кривая поднимается через 30 минут только до 135 мг%, а при 80 г глюкозы она достигает через те же 30 минут 194 мг%.



нога Б. (кривая 4, клинический диагноз Ulcus duodeni) при введении 50 г глюкозы кривая доходит до 125 мг%, тогда как при 100 г глюкозы она достигает 243 мг%.

Из этих опытов совершенно отчетливо видно влияние количества резорбированной глюкозы на течение гликемической кривой и на гипергликемический коэффициент. Если же количество глюкозы, вводимой непосредственно в duodenum, так ясно отражается на типе гликемической реакции, то и при обычной методике нагрузки рег ос количество сахара, перешедшего в duodenum, и время его перехода, что обычно не учитывается, должны неизбежно отражаться на ходе гликемической реакции. С целью

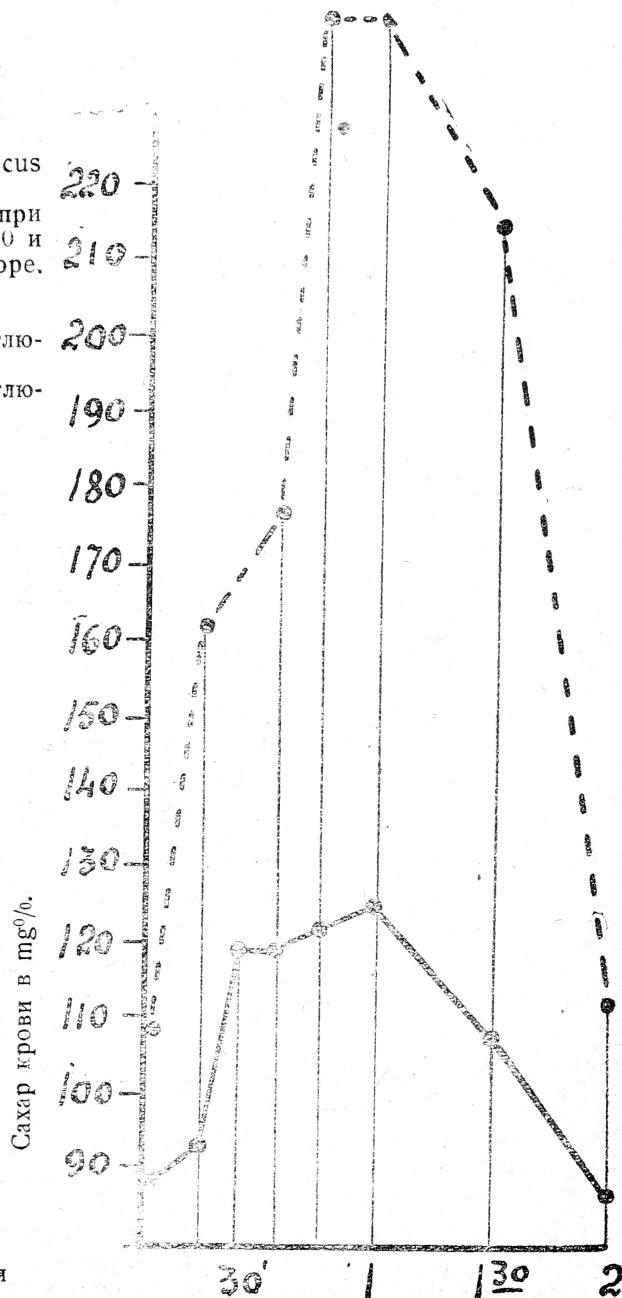
выяснения этого вопроса мы поставили ряд наблюдений, при которых гликемическая реакция изучалась с учетом времени и характера эвакуации сахарного раствора из желудка.

Мы пользовались в основном следующей методикой Майера: вводя больному натощак в желудок тонкий зонд, мы откачивали все содержимое желудка

Кривая 4. Больной Б. Ulcus duodeni.

Гликемические кривые при введении reg duodenum 100,0 и 50,0 глюкозы в 50% растворе.

— — — нагрузка в 100,0 глюкозы.
— — — нагрузка в 50,0 глюкозы.



После этого, определив количество сахара крови натощак, вводили в желудок через зонд 80 г глюкозы в 50% растворе. Затем через каждые полчаса откачивали обратно все содержимое желудка, определяли количество его и, оставив

1 см³ для исследования, всю остальную жидкость снова вводили обратно в желудок. Определяя процентное содержание сахара во взятой пробе и учитывая объем добытого каждый раз желудочного содержимого, мы могли подсчитывать, сколько сахара содержится в каждый данный момент в желудке и сколько эвакуировалось в кишечник. Параллельно мы каждые полчаса определяли количество сахара в крови. Таким образом мы могли сопоставлять гликемическую кривую с кривой сахара, содержащегося в желудке. Для количественного определения сахара в желудочном содержимом мы предпочли пользоваться очень точным химическим способом определения сахара по Хагедорну, который позволяет пользоваться очень небольшими количествами исследуемого материала. Нам пришлось лишь уменьшить концентрацию сахара в исследуемой жидкости, для чего оставленная пробы желудочного содержимого предварительно разводилась нами в 100 раз дистиллированной водой в мерной колбе; для исследования мы брали 0,1 см³ микропипеткой из этого разведения. Для того, чтобы сахарный раствор не оставался продолжительное время вне желудка, что отразилось бы на точности исследования, пришлось ускорить процесс откачивания и обратного введения раствора. Мы применяли 150-граммовый шприц Жэнэ и оливу желудочного зонда с широкими отверстиями; это давало возможность сократить время, необходимое для указанных манипуляций до 2—3 минут даже в тех случаях, когда количество содержимого желудка вследствие гиперсекреции превышало 300 см³. Мы убедились также в том, что влияние редуцирующих веществ, находящихся в самом желудке, настолько незначительно, что его можно совершенно игнорировать; так, например, при исследовании редуцирующих веществ в желудочном содержимом на тощак мы нашли, что количество этих веществ колебается от 17 до 92 мг%, в среднем оно равно 40 мг%.

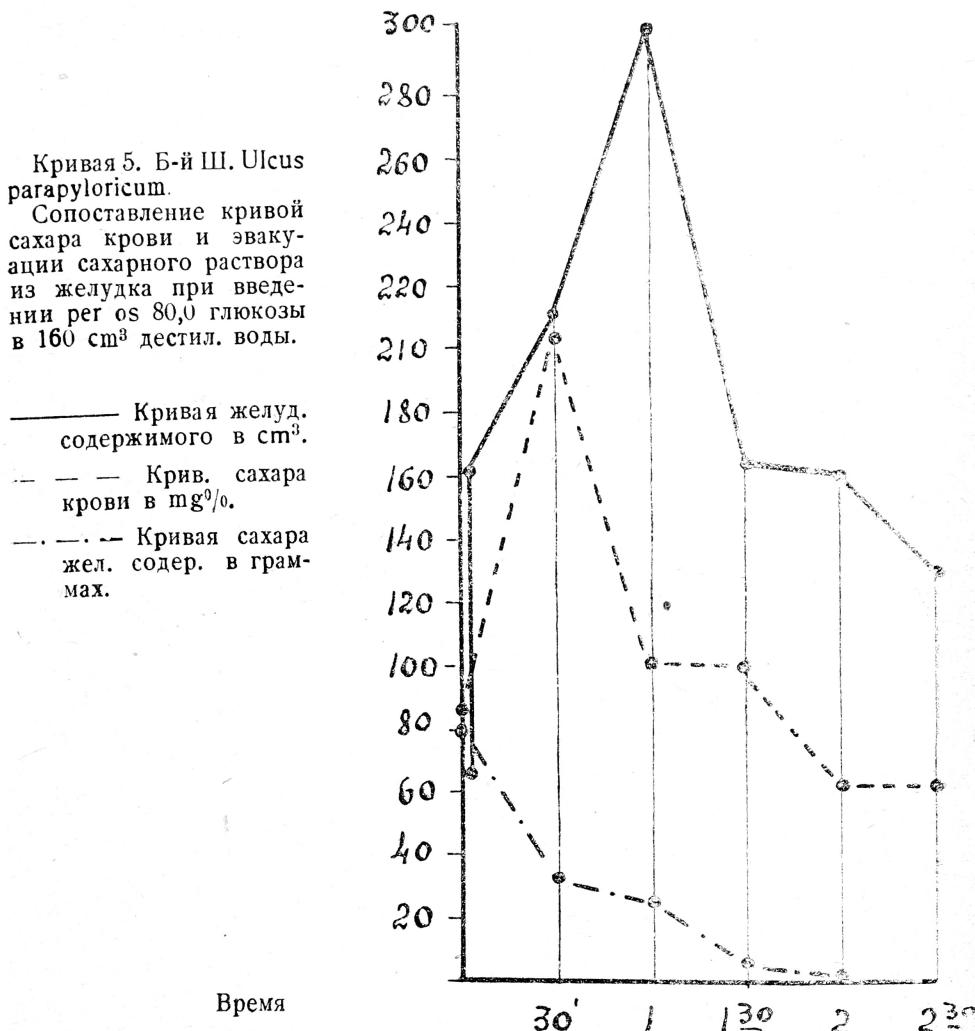
Исследовав по изложенной методике 11 больных, мы обнаружили следующее: при нагрузке всех больных одинаковым количеством сахара, т. е. 80 г глюкозы у одной группы этих больных гликемическая кривая поднимается высоко (приводим для примера кривую 5), а у других имеются наоборот, сравнительно низкие гликемические кривые (см. напр., кривую 6).

При сопоставлении гликемических кривых с кривыми сахара в желудочном содержимом обнаруживается, что у первой группы больных, реагирующих высоким подъемом сахара крови, происходит быстрая эвакуация сахара из желудка в duodenum. У всех больных этой группы в течение первого часа больше чем половина сахара, введенного в желудок, успела перейти из желудка в duodenum. Через 2 часа в желудке оставалось очень незначительное количество сахара, а через 2½ часа в большинстве случаев не было сахара вовсе.

У двух остальных больных, у которых получены сравнительно низкие гликемические кривые, мы могли установить, что в течение первого часа исследования лишь меньше половины введенного сахара успела перейти из желудка в duodenum, т. е. была отмечена замедленная эвакуация сахарного раствора. В этих последних случаях через 2 часа в желудке оставались еще значительные количества сахара: 27 г—38 г.

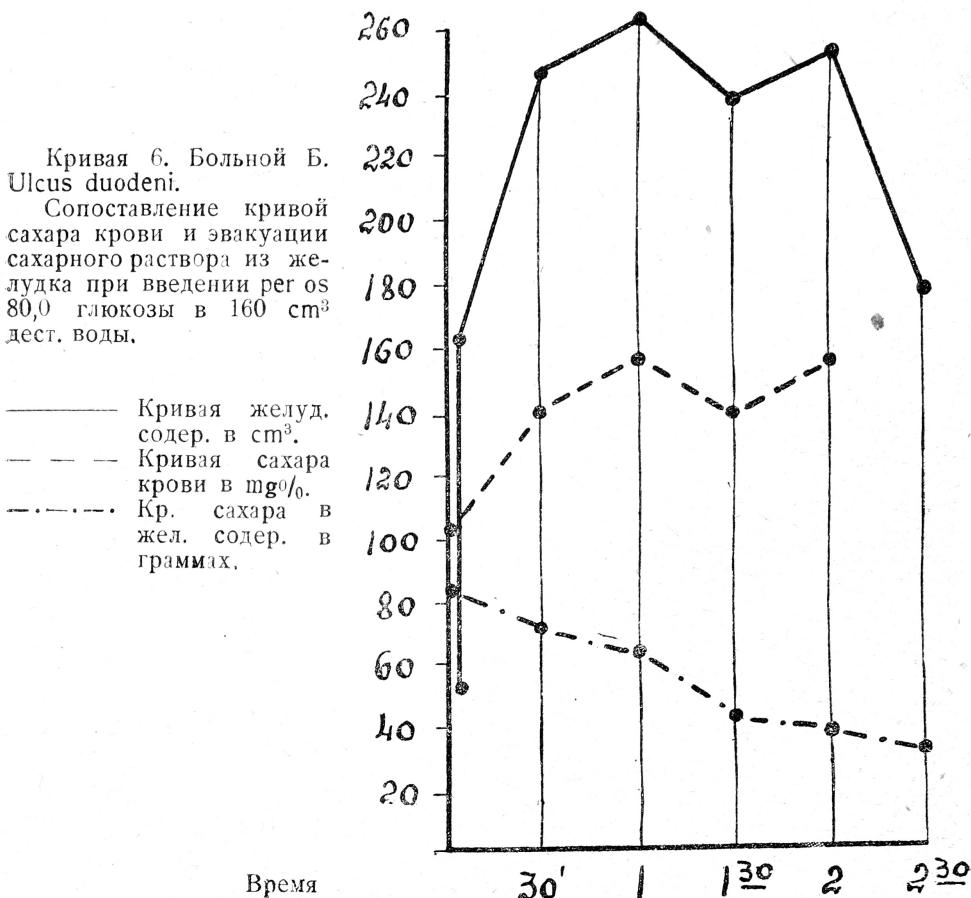
Таким образом можно установить параллелизм между быстрой опорожнения желудка (двигательной его деятельностью) и характером гликемической кривой. Высота последней зависит от быстроты поступления сахара из желудка в duodenum, следовательно, от быстроты поступления его в кровь. В этом отношении наши наблюдения вполне подтверждают исследования Майера.

Обращает на себя внимание также следующее обстоятельство: при сопоставлении вышеприведенных гликемических кривых и кривых опорожнения желудка от сахарного раствора мы видим, что максимальная высота гликемической кривой (гипергликемического коэффициента) зависит от количества сахара, поступающего из желудка в duodenum в течение 1 часа или $1\frac{1}{2}$ час. Поступающие из желудка дальнейшие порции сахарного раствора не оказывают большей частью влияния на гликемическую кривую.



в сторону ее дальнейшего повышения. Таким образом, сахарная кривая, достигнув своей наивысшей точки, начинает опускаться и через два, $2\frac{1}{2}$ часа возвращается в большинстве случаев к нормальным цифрам, несмотря на то, что сахар продолжает поступать в duodenum. Такая реакция соответствует вышеизложенным наблюдениям Штауба и Трауготт о том, что в норме только первая нагрузка глюкозы влияет на повышение сахара крови.

Объяснение этому факту мы также уже дали; в ответ на определенный уровень гипергликемии организм реагирует продукцией инсулина, благодаря чему сахар крови начинает снижаться и при достаточном выделении инсулина идет усвоение также и добавочно поступающих количеств сахара.



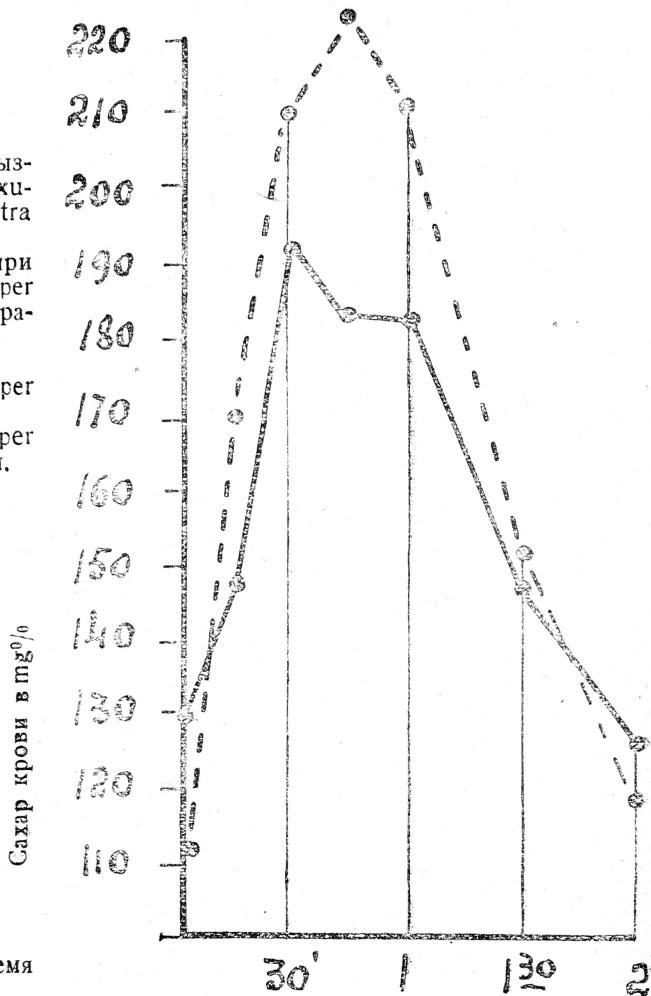
Итак, на высоту сахарной кривой при нагрузке глюкозой рег ос (на гипергликемический коэффициент) влияет не количество введенного в желудок сахара, а количество его, перешедшее в duodenum в течение первого часа или 1½ часа.

Наконец, мы сопоставили также динамику сахара крови у одного и того же больного при различных способах нагрузки: при приеме глюкозы рег ос и при непосредственном введении его в duodenum в одинаковых количествах. По этой методике нами исследованы гликемические кривые у 6 больных. При этом во всех случаях независимо от диагноза мы нашли более высокие гликемические кривые при непосредственном введении глюкозы в duodenum через зонд, чем при введении рег ос. Так, например, у больного Ш. (клинический диагноз Ulcus duodeni per duodenitis) при введении рег ос 50 г глюкозы гликемическая

Кривая 7. Б-й Б. По выздоровлении от Pleuritis exudativa haemorrhagica sinistra traumatica.

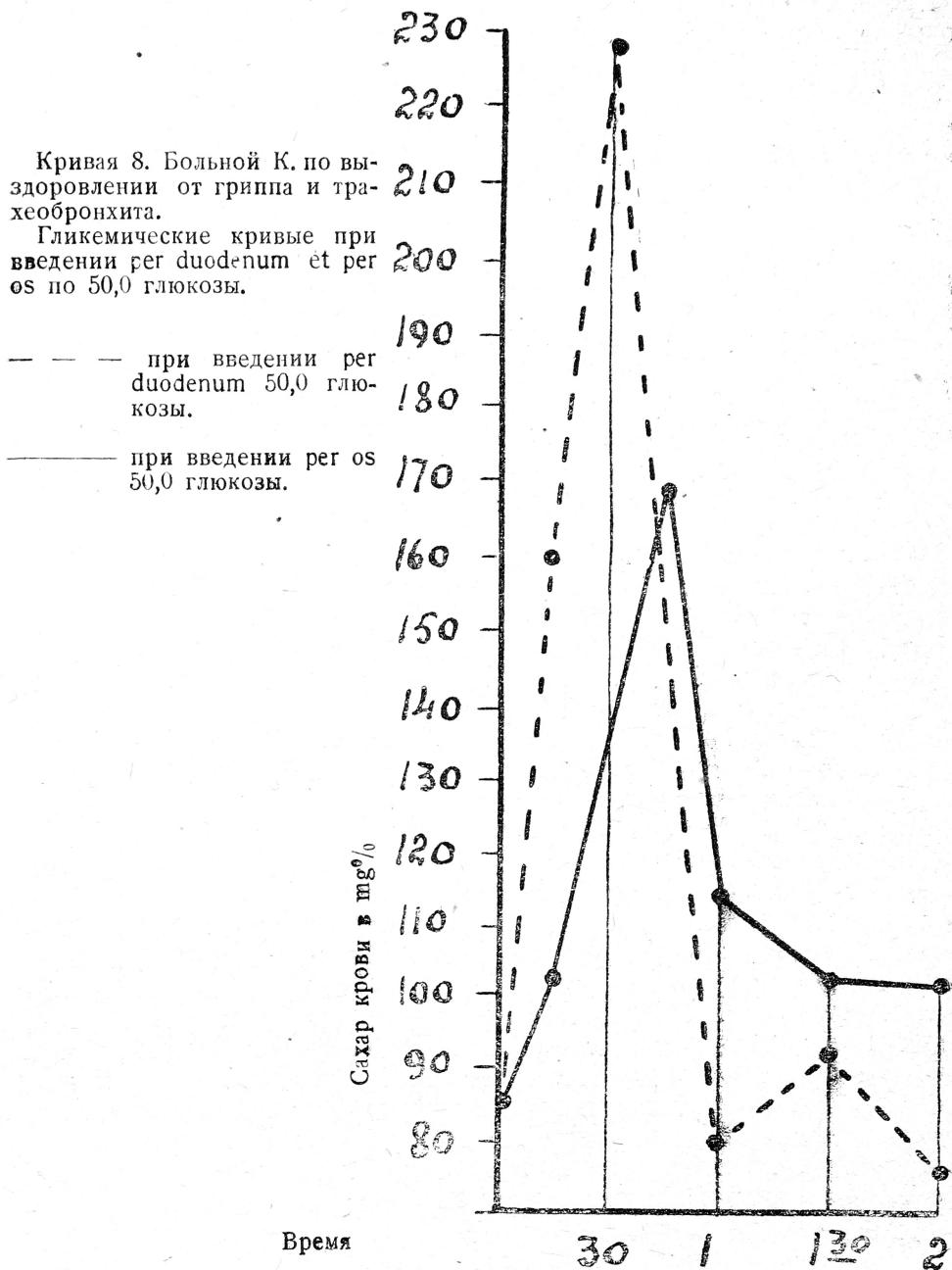
Гликемич. кривые при введении per duodenum et per os по 50,0 глюкозы в 50% растворе.

— — — при введении per duodenum 50,0 глюкозы.
— — — при введении per os 50,0 глюкозы.



кривая поднимается только до 141 $\text{mg}^{\circ}/\text{o}$, тогда как при введении непосредственно в duodenum такого же количества сахара она достигает 173 $\text{mg}^{\circ}/\text{o}$. У больного Б., выздоровевшего от травматического геморрагического плеврита при введении reg os 50 г глюкозы гликемическая кривая поднимается только до 190 $\text{mg}^{\circ}/\text{o}$, а при введении в duodenum этого же количества глюкозы гликемическая кривая поднимается до 221 $\text{mg}^{\circ}/\text{o}$ (кривая 7). И наконец, у больного К., перенесшего грип и страдавшего хроническим субацидным гастритом (кривая 8), при введении reg os 50 г глюкозы гликемическая кривая поднимается до 166 $\text{mg}^{\circ}/\text{o}$, тогда как при введении в duodenum такого же количества глюкозы она достигает 226 $\text{mg}^{\circ}/\text{o}$. Во всех этих случаях сахар крови через 2 часа возвращается к нормальным цифрам.

Таким образом, мы и здесь получили полное подтверждение вышеприведенного положения о влиянии быстроты эвакуации на гипергликемический коэффициент.



На основании наших исследований мы приходим к следующим выводам:

1. Характер гликемической реакции при нагрузке глюкозой регос стоит в тесной связи с двигательной деятельностью желудка: быстрота эвакуации сахарного раствора влияет на высоту гипергликемического коэффициента и на тип гликемической кривой.

2. Для суждения о гликемической реакции на нагрузку глюкозой наиболее точным методом является непосредственное введение сахара в duodenum.

3. При исследовании гликемической кривой методом нагрузки рекомендуется вводить в duodenum около 50 г глюкозы, так как патологические реакции при такой дозировке легче улавливаются, чем при нагрузках меньшими дозами.

Поступила 14/XI 1937.

Из пропедевт. терапевт. клиники (директор проф. А. Г. Терегулов)
Казанского гос. мед. ин-та.

Меркузал при отеках сердечного происхождения и асцитах.

В. Н. Смирнов.

Из препаратов, выпущенных в последние годы нашей советской фармацевтической промышленностью, привлекает внимание меркузал—аналог немецкого препарата салирган. По химическому составу он представляет комплексное соединение уксуснокислой ртути и натриевой соли аллиламидосалицилуксусной кислоты; растворим в воде. Препарат этот, выпущенный в продажу в ампулах в виде 10% раствора с содержанием в 1 см³ 0,036 грамм ртути, принадлежит к группе сильнейших мочегонных средств и применяется внутримышечно, внутривенно и внутрибрюшинно с интервалами в 2—3 дня. При внутримышечных инъекциях, по нашим данным, примерно 75% суточного диуреза падает на первые 7—8 часов после инъекции.

Механизм действия меркузала, согласно литературным данным, является еще недостаточно выясненным, и поэтому приходится придерживаться указаний, имеющихся в довольно значительной литературе об аналогах меркузала—салиргане и новазуроле. Одни авторы считают экспериментально установленным, что диуретический эффект возникает вследствие раздражающего действия растворимых препаратов ртути на почечную паренхиму (Шмидт, Кюльке, Мюллинг). При пропускании новазурола через изолированную почку лягушки наблюдается усиленный диурез при замедленном токе жидкости. То же самое установлено при инъекции салиргана в почечную артерию. Почка, подвергшаяся действию салиргана, давала ясный диурез, в то время как он отсутствовал со стороны контрольной почки (Бартрам). Сток, Шваб, Леви и Тареев также держатся ренальной точки зрения. Авторы представляют себе, что мочегонные средства типа камомель—новазурол вызывают легкий нефроз, обильный диурез возникает вследствие нарушения реабсорбции воды и NaCl в измененных канальцах. Это положение находит косвенное подтверждение в фактах, установленных некоторыми авторами. Так, Франкштейн видел диуретический эффект от меркузала на фоне

обострения дегенеративного процесса в канальцах в одном случае липоидного нефроза: он судил об этом по усилению альбуминурии, увеличению количества гиалиновых цилиндров и появлению зернистых цилиндров.

Другие авторы (Бругш, Ноннэнбрух, Чернинг, Заксль, Хейлиг) наоборот, считают, что диуретический эффект зависит от понижения гидрофильных свойств тканей. Новазурол и салирган оказывают обезвоживающее действие на соединительную ткань; освобождающаяся жидкость из элементов подкожной клетчатки поступает в кровяное русло и удаляется через почки.

Действительно, Чернинг из клиники Шлейера при наложении куршмановских игол наблюдал после инъекции салиргана у больных с сердечной декомпенсацией, значительное усиление выделения отечной жидкости.

Мельвиль и Штель наблюдали у собаки с фистулой мочевого пузыря через два часа после инъекции новазурола увеличение количества выделяемой мочи и усиление хлоровыведения, в то время как содержание хлора крови оставалось без изменения. Отсюда и вывод авторов, что новазурол действует не непосредственно на почки, а имеет экстраренальную точку приложения, вызывая выделение воды и хлора из тканей.

Ноннэнбрух нашел, что новазурол способен мобилизовать не только излишки соли и воды, но даже воду и NaCl тканей организма.

„Бесспорно лишь то, что новазурол и салирган главную силу проявляют не в почках и не в крови, а по ту сторону их—в тканях, тканевых жидкостях, или в трансудате“ говорят Заксль и Хейлиг.

Блейер и Говер также считают, что новазурол действует экстраренально, но действие происходит, по их мнению, не в самой отечной ткани, а в крови. Диуретический эффект зависит от того, что новазурол освобождает связанную воду из протеинов крови, вследствие изменения коллоидов крови, понижения дисперсности их и понижения осмотического давления. Однако в свете только-что приведенных данных Чернинга с куршмановскими иглами едва ли можно согласиться с точкой зрения, выдвигаемой Блейером и Говером.

Экстраренальное действие новазурола и салиргана находит подтверждение и в следующих фактах. Заксль и Хейлиг определяли вес больного до и после инъекции новазурола и констатировали убыль в весе больного, превышающую вес выделенной за это время мочи. Они утверждают, что причиной потери веса является не только усиленный диурез, но и повышение *perspiratio insensibilis*. Межебовский, останавливаясь на этом вопросе, говорит, что после введения новазурола экстраренальная отдача воды весьма значительна; 25—30% потери в весе больного происходит за счет *perspiratio insensibilis*.

Наконец, существует ряд авторов, по мнению которых диуретический эффект растворимых препаратов ртути зависит в основном от состояния функции печени.

В этом отношении представляет интерес работа Шапиро, Щеголева и Баркаловой. Авторы, вводя новазурол внутрибрюшинно, установили зависимость диуреза от состояния функции печени. В случаях с достаточной функцией печени они видели высокий, длительный (2—3 дня) диурез. И, наоборот, при понижении функции печени—небольшой эффект или даже его отсутствие. По приводимым авторам, а также по Клаузену, участие печени мыслится таким образом, что при внутрибрюшинном введении растворимых ртутных препаратов в печени образуются какие-то вещества (желочно-ртутные соединения), обладающие мочегонным эффектом. Кроме того, заинтересованность печени в салиргановом диурезе вытекает из фактов повышения азотурического коэффициента, аммониурии, повышения коэффициента окисления серы, установленных рядом авторов после введения салиргана, о чем имеются указания в монографии Тареева.

В настоящее время в литературе уже имеется ряд сообщений об эффективном действии меркузала (Франкштейн, Кожинова, Тареев).

Имея в виду важное практическое значение применения растворимых ртутных препаратов при ряде заболеваний, мы позволяем себе поделиться результатом наших наблюдений, правда немногочисленных. Наш материал обнимает 10 случаев, из которых один был проведен амбулаторно; мужчин—7; женщин—3; по возрасту: от 20 до 30 лет—3; от 40 до 50—2, выше 50 лет—5 человек.

По роду заболевания: асцит на почве атрофического цирроза печени—2; отеки сердечного происхождения—3; раковых перитонитов—2; туберкулезный перитонит—1, желчный перитонит—1; амилоидный нефроз—1.

Больные находились на определенном диетическом режиме, соответственно характеру заболевания. Об эффективности меркузала мы судили на основании ряда показателей. Мы определяли вес больного при поступлении, до и после инъекции, дыхание, пульс, кровяное давление, суточный диурез, количество разовых порций мочи, pH мочи, хлориды крови, мочи, асцитическая жидкость. Кроме того, у некоторых больных велись наблюдения за резервной щелочностью крови, и у всех больных мы систематически ставили пробу Мак Клюр-Ольдрича для определения гидрофильности ткани.

Меркузал при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Препарат применялся после того, как выяснялась безуспешность диетических и лекарственных мероприятий, внутримышечно от 1 до 1,5 см³ с интервалами от 2 до 6 дней после подготовки больного препаратами наперстянки.

Обычно после инъекции меркузала мы наблюдали обильный диурез, достигший в отдельных случаях до 6,5 литра. В качестве иллюстрации позволяю себе привести краткие истории болезни.

1. Больной П., 22 лет, история болезни № 257. Стеноз левого венозного отверстия и недостаточность двустворчатого клапана. Декомпенсация сердца

II степени. Ортопное, анасарка, асцит. Суточный диурез 600 см³. Первые 10 дней ни карелевская диета, ни сердечные и мочегонные средства не дали эффекта.

21/V. Вес тела 72,5 кг. Дыхание 28 в 1', пульс 92 в 1', кровяное давление 124/100. Инъекция 1 см³ меркузала внутримышечно.

22/V. Дыхание 24 в 1'; пульс 92 в 1'; кровяное давление 120/100; диурез 5010 см³.

23/V. Диурез 750 см³.

26/V. Вес 66,25 кг Дыхание 24 в 1'; пульс 92 в 1'; кровяное давление 118/95; Мак Клюр 57, рН мочи 5,2; диурез 750 см³. Инъекция 1 см³ меркузала.

27/V. Вес—62,5 кг. Дыхание 22 в 1'; пульс 112 в 1'; кровяное давление 118/95. Мак Клюр 78; рН мочи 5,4; диурез 3660 см³.

В последующие дни диурез от 1000 до 1300 см³.

31/V. Повторно дигиталис.

3/VI. Отеки все еще велики. Асцит держится. Инъекция меркузала—1 см³.

	3/VI до инъекции	Через 24 часа после инъекции	9/VI до инъекции	Через 24 часа после инъекции 1,5 см ³
Дыхание	20	18	18	17
Пульс	112	105	108	94
Кровяное давление	120/90	116/85	128/100	102/70
Диурез	1250	4680	1300	6120
Хлориды крови	690% ₀₀	657,2% ₀₀	702 мг% ₀	678 мг% ₀
Хлориды мочи	15,6	46,0	13,0	55,0
pH мочи	5,4	6,2	5,6	6
Резерв. щелочн. по Ван-Слейку	71	77	72	69,1

В последующем больной получил еще 2 инъекции меркузала и выписался без отеков и асцита с небольшими явлениями декомпенсации I степени (увеличение печени, одышка при подъеме на лестницу).

2. Больной А., 60 лет. Амбулаторное наблюдение. Кардиосклероз, ангинозные боли в области сердца; декомпенсация сердца II степени (ортопное, анасарка, асцит). В прошлом людес; в ближайшем анамнезе астматические приступы и повторные приступы *anginae pectoris*. Моча без изменений.

Первые 8—10 дней лечение дигиталисом без заметного улучшения. Две инъекции меркузала с интервалами в 4 дня. Диурез в среднем до 3,5 литра после каждой инъекции; уменьшение болей в области сердца, значительное спадение отеков. Больной, прибегавший к частым (1—2 раза в час) приемам нитроглицерина, после двух инъекций меркузала стал его применять значительно реже (3—4 раза в сутки).

После 2-й инъекции—микрогематурия до 5 эритроцитов в поле зрения.

Перерыв в лечении меркузалом. Спустя две недели микрогематурия исчезла—снова 5 инъекций меркузала. К концу лечения прекратились боли в области сердца и почти полностью исчезли отеки. Повидимому, в данном случае эффект был связан не только с диуретическим, но и специфическим действием препарата.

Меркузал при асцитех на почве атрофического цирроза печени.

Больной Я., 40 лет. История болезни № 206. Диагноз: асцит на почве атрофического цирроза печени. Брожденный сифилис.

Начало заболевания за два месяца до поступления в клинику. Отсутствуют указания на алкоголизм в прошлом. Легкие и сердце в норме. Асцит, отеки ног. Гутчинсоновские зубы. R. W. отрицательная. Диета с ограниченным содержанием соли. Первые две недели инсулино-глюкозотерапия без заметного результата. Лечение меркузалом. После первой инъекции (1 см³)—диурез 3400 см³. Хлориды мочи до инъекции 8,8, после инъекций 36,6. Хлориды крови до инъекции 610 мг%₀₀, после инъекции 606 мг%₀₀.

Через три дня вторая инъекция меркузала—1 см³. Диурез в течение двух суток по 2700 см³. Самочувствие больного хорошее. В последующем без дополнительных инъекций меркузала—средний диурез до 2,5—3 литров; к концу

месяца опали отеки на ногах, живот принял нормальную конфигурацию; ни перкуторно, ни пальпаторно нельзя было определить наличия жидкости в животе.

Второй случай: асцит на почве далеко зашедшего цирроза печени.

Больной И., 59 лет. История болезни № 263. До поступления в клинику повторно—пункции живота; носовые кровотечения. Диурез до 300 см³.

После каждой инъекции меркузала диурез в среднем до 3,5 литра. В дальнейшем, несмотря на повторные инъекции меркузала с положительным эффектом, асцит не обнаруживал тенденции к исчезновению. Каждый раз после временного улучшения асцит через несколько дней достигал прежних размеров. Больной выписан без видимого эффекта.

Меркузал при перитонитах.

Четыре следующих случая касаются больных с перитонитом—два карциноматозной, один туберкулезной этиологии и один случай желчного перитонита.

Эффект в этих случаях был только временный, с диурезом от 3 до 6 литров. При этом мы могли отметить постоянство хлоридов крови и асцитической жидкости как до, так и после инъекции меркузала; pH мочи увеличивалась в сторону щелочности. Проба Мак Клюр-Ольдрича показывала увеличение времени рассасывания пузыря после инъекции меркузала.

Применение меркузала при карциноматозных перитонитах диктуется желанием дать облегчение больному, не прибегая к такому грубому приему, как пункция живота троакаром.

У больного с желчным перитонитом так же, как и у больных с карциноматозным перитонитом, мы наблюдали только временный эффект с явным диуретическим действием после каждой инъекции меркузала.

Решение вопроса о допустимости и целесообразности применения меркузала при туберкулезном перитоните более затруднительно.

Межебовский применял растворимые препараты ртути в двух случаях туберкулезного перитонита с очень умеренным, по словам автора, диуретическим эффектом.

Заксль приводит случай, когда применение салиргана годами поддерживало трудоспособность больной с туберкулезным перитонитом.

Мы же применяли меркузал в случае торpidной формы перитонита, когда казалось, что, достаточно, может быть, дать толчок для рассасывания жидкости. Эффект оказался только временным. В дальнейшем больная была подвергнута лечению горным солнцем.

Наконец, в одном случае мы применяли меркузал при амилоидном нефрозе на почве бронхэкстазов с временным эффектом без каких-либо видимых неприятных побочных осложнений.

Клиника имеет длительный опыт по применению с положительным результатом новазурола и салиргана в соответствующих случаях отеков сердечного происхождения и асцитов. Эти препараты с успехом применялись у сердечных больных, когда и

диететические, и медикаментозные мероприятия были безрезультатны. Обычно получался ясно выраженный диуретический эффект, который в дальнейшем поддерживался уже применением сердечных средств. При асцитах на почве атрофических циррозов печени наблюдался довольно стойкий эффект в случаях без больших нарушений функций печени. При далеко зашедших процессах и когда уже асцит поддерживался механическими моментами эффект получался временный.

Следует также отметить, что салирган, новазурол и меркузал в соответствующих случаях обладают также специфическим антилюетическим действием.

Так, Терегулов приводит случай люетического продуктивно-пластического полисерозита, где после энергичного лечения иодистым калием изменения со стороны печени продолжали держаться; применение же новазурола совместно с повторным назначением иодистого калия дало, помимо диуретического эффекта, не менее выраженный эффект в смысле уменьшения размеров печени почти до нормы. Заксль сообщает, что новазурол показан при сифилисе печени с асцитом.

В виду немногочисленности наших наблюдений мы воздерживаемся от выводов.

Мы оставляем открытым вопрос, действует ли меркузал непосредственно на почечную паренхиму, или же он вызывает диурез другими путями, как указывают Сток, Швабе, Леви, Тареев и др.

Надо, однако, думать, что меркузал в основном понижает гидрофильные свойства коллоидов-тканей, путем мобилизации NaCl и высвобождения воды. Вода, обильно поступающая в кровяное русло, удаляется через почки. За это говорят следующие факты. Мы видели, как и другие авторы, относительную устойчивость хлоридов крови, несмотря на усиленное выведение их мочей (в наших случаях до 55,0 в сутки); последнее, вероятно, стоит в прямой связи с вымыванием хлоридов из отечной ткани. Проба Мак Клюр-Ольдрича неизменно ясно замедляется, что можно связать только с понижением гидрофильных свойств подкожной клетчатки.

pH мочи в подавляющем большинстве случаев нарастает в сторону щелочности. Что же касается кровяного давления и пульса, то здесь нам не удалось отметить сколько-нибудь выраженной реакции на введение меркузала.

Мы не получили устойчивых данных и относительно колебания резервной щелочности крови.

Переходя к вопросу о показаниях, можно считать, что меркузал показан в первую очередь при отеках и асцитах сердечного происхождения; но здесь подлежит особому учету состояние сердечной мышцы в смысле потребности в предварительной или параллельной дигитализации больного. Мы не исключаем возможности осторожного применения меркузула даже при наличии у декомпенсированного больного ангинозного симптомокомплекса.

Меркузал показан при асцитах на почве атрофического цирроза печени, особенно в случаях без значительных нарушений функции печени; в запущенных случаях атрофического цирроза печени и при карциноматозном перитоните меркузал облегчает состояние больного, избавляя его от частых пункций живота троакаром. Что касается отеков почечного происхождения, то возможность применения растворимых ртутных препаратов при так называемых „чистых нефрозах“ признается большинством авторов. Надо полагать, что амилоидные нефрозы, развившиеся на люетической почве и сопровождающиеся отеками, подлежат терапии меркузалом.

Противопоказаниями для применения меркузала по аналогии с салирганом, судя по литературным данным, являются:

1. Сердечные отеки с низким удельным весом мочи. По Закслю, при недостаточности почек мочегонный эффект не достигается, и происходит задержка ртути и интоксикация.

2. Гипертония свыше 200 мм кровяного давления.

3. Острый нефрит; хронический нефрит в стадии декомпенсации. Однако Лихтвиц считает возможным применение растворимых препаратов ртути в количестве $\frac{1}{4}$ дозы ($0,5 \text{ см}^3$) и при хроническом нефрите и даже при сморщенной почке.

4. Кахетические отеки.

5. Гипертрофия простаты. Надо, впрочем, отметить, что у нашего больного И., 59 лет, где одновременно с асцитом имелась гипертрофия простаты, мы не видели вредных последствий.

Осложнениями при лечении меркузалом, как и другими ртутными препаратами, могут быть:

1. Коляпс; он возможен в связи с обильным поступлением жидкости в кровяное русло при несостоятельности миокарда. Поэтому некоторые авторы настойчиво рекомендуют предварительно проводить лечение сердечными средствами — наперстянкой.

В тех же случаях, где предварительная подготовка наперстянкой почему-либо невозможна, напр., за недостатком времени, Заксль рекомендует внутривенно вводить строфантин по 0,25 мг в растворе глюкозы.

2. Стоматиты и колиты, особенно при плохой деятельности сердца и при упорных запорах.

В заключение следует подчеркнуть, что меркузал выгодно отличается от салиргана и новазурола своей меньшей токсичностью. При внутримышечном (интраглютеальном) применении меркузала мы ни разу не наблюдали ни болезненных инфильтратов в месте инъекций, ни температурной реакции, ни других каких-либо осложнений.

Литература. 1. Вейнтрауб, Врач. газета, стр. 1589, 1930.—2. Гуревич, Сов. врач. газета, стр. 1252, 1934.—3. Егоров, Журн. теорет. и практическ. мед., т. 4, стр. 383, 1930.—4. Заксль, Достижения и проблемы терапии внутр. болезн., перевод с немец. Госиздат, 1928—5. Канфорр, Сов. врач. журнал, № 4, стр. 245, 1931.—6. Межебовский, Клинич. мед., стр. 121, 1935.—7. Пуресева, Клинич. мед., № 17, стр. 784, 1931.—8. Ситтерман, Врач. газета, № 23, стр. 2736, 1929.—9. Тареев, Болезни почек. Биомедгиз. 1936.—10. Терегулов, Труды факульт. терап.

клиники Каз. гос. ун-та, стр. 142, 1930.—11. Франкштейн, Клинич. мед., № 5, стр. 629.—12. Халитов и Курбатов, Клинич. мед., стр. 531, 1935.—13. Шапиро, Щеголов, Баркалова, Клинич. мед., стр. 1711, 1935.—14. Шлихман, Вестник соврем. мед., стр. 77, 1929.—15. Berheim, Zsch. klin. Med. 105, Н. 5/6, реферат.—16. Melviell und Stehle, Arch f. exp. Pat und Pharm. 123, Н. 3/4, реферат.—17. Tscherning, Deut. med. Woch. № 35, 1927.

Поступила 15/X 1937.

Из иммунологической лаборатории Киевского туб. института (дир. А. С. Мамалат, научн. руковод. проф. П. С. Морозовский, зав. отд. проф. Н. Н. Сиротинин).

К вопросу о неспецифических реакциях иммунитета при туберкулезе.

И. И. Вишневецкий.

Можно предполагать, что сыворотка туберкулезных больных связывает антигены других микробов и, наоборот, другие микробы вызывают образование антител, связывающих также антигены, приготовленные из ВК.

Это предположение основывается на том, что: 1) туберкулезный организм проявляет избирательную чувствительность к определенным видам микробов (Веммер, Поль Борде, Маастбаум и Бух); 2) резистентность туберкулезного организма усиливается под влиянием неспецифической вакцинации (Микелаци, Боке и Негр и др.) и 3) в некоторых работах (Боке и Негр) есть указание, что липоидные антигены ВК близки к таким же антигенам некоторых микробов. Это может иметь важное значение в профилактике и неспецифическом лечении туберкулеза.

Для выяснения этого вопроса нами было предпринято определение реакции связывания комплемента по Бордэ-Жангу у туберкулезных больных с антигенами, приготовленными из микробов сопутствующей флоры (стрептококк, стафилококк, палочка Фридлендера, палочка Пфеффера, а также кишечная палочка), преимущественно выделенной из мокроты туберкулезного больного. Одновременно нами были поставлены обратные опыты, то есть мы иммунизировали группы здоровых животных этими же микробами и изучали реакцию связывания комплемента сыворотками иммунизированных животных в присутствии туберкулезного антигена, приготовленного по Бокэ и Негр.

Материалом для опытов служили сыворотки больных туберкулезом легких, находившихся в Киевском туберкулезном институте, а также сыворотки кроликов, иммунизированных различными убитыми микробами—стрептококком, стафилококком, палочкой Фридлендера, палочкой Пфеффера и кишечной палочкой.

Исследуемая сыворотка бралась в опыт в количестве 0,2 куб. см. Все ингредиенты опыта составляли 1,25 куб. см. Во всех опытах ставился контроль для проверки гемолитического и задерживающего действия антигена и сыворотки. Так как сыворотка

воротки кроликов сами часто обладают свойством связывать комплемент без соответствующего антигена, мы титровали комплемент в присутствии нормальной кроличьей сыворотки. После проверки титра мы пользовались преимущественно солевыми антигенами и двумя антигенами из ВК и из *b. coli*, приготовленными по Бокэ и Негр. Кроме того, антиген титровался также с нормальной сывороткой (человеческой и кроличьей). Результаты были отрицательные.

Для получения иммунной сыворотки мы иммунизировали кроликов однодневной вакциной, убитой нагреванием при 60° в течение получаса. Иммунизация проводилась против стрептококка, стафилококка, палочки Фридлендера, палочки Пфейфера и кишечной палочки. По окончании иммунизации, для поддержания этого состояния, мы продолжали вводить один раз в неделю соответствующую убитую культуру. Периодически определялся титр агглютинации. Мы получили титр агглютинации *b. coli*, — 1:25600 и выше, у бескапсульного варианта палочки Фридлендера 1:12800, у стафилококка 1:12800, у стрептококка 1:200 и у палочки Пфейфера 1:100. Капсульным вариантом палочки Фридлендера мы не пользовались вследствие того, что при иммунизации им кроликов не обнаруживалось в их сыворотке соответствующих агглютининов.

Резко положительные реакции мы отмечали +++, положительные ++, слабо положительные ++ и остальные знаком минус.

Мы ставили реакцию связывания комплемента при помощи сывороток туберкулезных больных с антигенами, приготовленными из кишечной палочки. Пользовались мы тремя антигенами: двумя солевыми, приготовленными из различных штаммов *b. coli* и одним, приготовленным по Бокэ и Негр. Солевой антиген из *b. coli* штамм № 87 дал следующие результаты: из 109 случаев мы получили в 2 случ. положительную и в 11—слабо-положительную реакцию.

Таким образом, мы получили 88% отрицательных реакций.

С антигеном *b. coli* по Бокэ и Негр мы получили из 29 случ. в 2—положительную и в 27—отрицательную реакцию. Таким образом количество отрицательных реакций составляет 93%.

С другим солевым антигеном из *b. coli* (лизабельный штамм) все 32 реакции оказались отрицательными.

Из 170 реакций связывания комплемента всех трех антигенов *b. coli* мы получили 4 положительных и 11 слабоположительных, всего положительных 15, т. е. 9%. Остальные 155—отрицательные и составляют они 91%. Резко положительные реакции вовсе не отмечены.

При обратных опытах, при определении реакции связывания комплемента сыворотками кроликов, иммунизированных *b. coli* в присутствии туберкулезного антигена, мы из 11 исследований получили только в одном случае слабоположительную реакцию, а в остальных 10—отрицательные. Таким образом, на основании наших данных вряд ли можно предположить близость

антигенных групп между ВК и кишечной палочкой, как это утверждает Микелаци.

Почти такие же результаты получены нами при постановке реакции связывания комплемента сыворотками туберкулезных больных с антигеном из палочки Фридлендера. Из 67 исследований мы получили 66 отрицательных реакций и только одну положительную. В обратных опытах мы получили во всех определениях (8) отрицательные результаты. Из этого можно заключить, что сыворотки туберкулезных больных не содержат неспецифических антител, способных связать комплемент в присутствии антигена из палочки Фридлендера.

Полученные нами отрицательные реакции связывания комплемента сыворотками туберкулезных больных в присутствии антигена из кишечной палочки и из палочки Фридлендера говорят за то, что повышенную чувствительность, которую проявляет туберкулезный организм в отношении этих микробов, повидимому нельзя объяснить наличием близости между антигенными группами туберкулезной палочки и названных микробов, как это делают некоторые авторы.

Иные результаты были получены при определении реакции связывания комплемента сыворотками туберкулезных больных с антигенами, приготовленными из кокковых микробов и палочки Пфейфера.

Так, при определении реакции связывания комплемента сыворотками туберкулезных больных со стрептококковым антигеном мы из 110 исследований получили 6 явноположительных, 16 положительных и 19 слабоположительных; всего—41 положительную реакцию (37,3%) и 69 отрицательных (62,7%). При обратных опытах, при определении реакции связывания комплемента сыворотками кроликов, иммунизированных стрептококком, и туберкулезным антигеном, мы получили из 8 исследований одну положительную, две слабоположительные и 5 отрицательных реакций. Почти аналогичные результаты были получены при определении реакции связывания комплемента между сыворотками туберкулезных больных в присутствии стафилококкового антигена. Из 47 исследований мы получили 2 явноположительных, 4 положительных, 10 слабоположительных, всего 16 положительных реакций (34%) и 31 отрицательную (66%). При постановке обратных опытов между сыворотками кроликов, иммунизированных стафилококком, в присутствии туберкулезного антигена, мы получили из 6 определений одну положительную реакцию и 5 отрицательных.

Такие же результаты были получены при определении реакции связывания комплемента у туберкулезных больных с антигеном из палочки Пфейфера. Из 76 реакций мы получили 3 резко положительных, 14 положительных и 14 слабоположительных; всего 31 положительная реакция (40%) и 45 отрицательных (60%).

При обратных опытах, при определении реакции связывания комплемента сыворотками кроликов, иммунизированных против-

палочки Пфейфера, с туберкулезным антигеном мы во всех 10 определениях получили отрицательные результаты.

При сопоставлении положительных данных реакций связывания комплемента, полученных сыворотками туберкулезных больных в присутствии антигенов из кокковых микробов и палочки Пфейфера, с положительными данными реакций связывания комплемента, полученных со специфическим туберкулезным антигеном, мы можем указать на определенный процент совпадений положительных реакций у одних и тех же больных.

Таким образом, в отношении кокковой группы антигенов и антигена из палочки Пфейфера мы получили положительные реакции иммунитета с сыворотками туберкулезных больных.

Можно ли объяснить это явление способностью туберкулезных бацилл вызывать образование антител, могущих связать эту группу антигенов, т. е. за счет специфического иммунитета? или такой процент положительных реакций объясняется наличием в организме этих микробов, которые сами ведут к выработке антител? Еще недавно придавали огромное значение сопутствующей флоре в патогенезе и течении туберкулезного процесса. К этому времени относится увлечение вакцинацией из микробов, выделенных из мокроты туберкулезного больного. Однако ряд экспериментальных и клинических работ показал, что вторичная или сопутствующая флора при туберкулезе легких играет незначительную роль в патогенезе и течении туберкулеза и что лечение туберкулеза вакцинами из этих бактерий не дает никакого успеха. С другой стороны, исходя из анамнеза больных, нет никаких оснований объяснять положительные реакции связывания комплемента перенесенным заболеванием, вызванным этими микробами.

Отсутствие подтверждающих данных при постановке обратных опытов, то-есть при определении реакции связывания комплемента сыворотками кроликов, иммунизированных этой группой микробов в присутствии туберкулезного антигена, не разрешает нам трактовать полученные нами положительные реакции между сыворотками туберкулезных больных с антигенами из этой группы микробов как результат родства антигенных групп ВК с антигенами этих микробов.

Известно, что сыворотка туберкулезного больного претерпевает ряд изменений, приобретая способность связывать комплемент. На этом основании поднимался вопрос о неспецифичности реакции Бордэ-Жангу с туберкулезным антигеном. Поэтому можно думать, что в основе положительных реакций лежит лабильность сыворотки туберкулезных больных, легко и быстро меняющей состав своих белковых фракций. Повидимому, сыворотка туберкулезного больного претерпевает определенные изменения и приобретает новые свойства реагировать с антигеном этой группы микробов. Вероятность этого предположения находится в соответствии с частотой совпадений положительных реакций как со специфическими, так и с неспецифическими антигенами у одних и тех же больных.

Наконец, остается еще рассмотреть данные, полученные нами со специфическим туберкулезным антигеном, приготовленным по Бокэ и Негр. Из 125 исследований было получено 32 явно-положительных, 24 положительных, 15 слабоположительных; всего 71 положительная реакция (57%) и 54 отрицательные (43%).

О реакции связывания комплемента по Бордэ-Жангу при тбк имеется уже весьма обширная литература. Сам Жангу указывал на неспецифичность своей реакции. Он получал при помощи сывороток животных, иммунизированных каким-нибудь видом кислотоустойчивых бактерий, положительные реакции связывания комплемента также и с другими видами кислотоустойчивых палочек.

Если прежде считали, что реакция Бордэ-Жангу у туберкулезных больных вполне специфична, то в настоящее время большинство авторов считает ее только относительно специфичной. Положительные результаты реакции Бордэ-Жангу у туберкулезных больных, полученные различными авторами, колеблются между 40—90%, что повидимому объясняется различными формами туберкулезного процесса. На больных нашего Туберкулезного института мы получили в 57% случаев положительные реакции связывания комплемента и в 43% отмечены отрицательные реакции при положительных клинических, а также бактериологических данных.

Выводы: 1. Повышенная чувствительность туберкулезного организма к кишечной палочке и палочке Фридлендера не может быть поставлена в связь с близостью между антигенными группами этих микробов и туб. палочки.

2. Сыворотка туберкулезных больных обладает избирательной способностью связывать комплемент в присутствии антигенов определенных микробов (стрептококк, стафилококк, палочка Фридлендера), что, повидимому, до некоторой степени зависит от лабильности сыворотки туберкулезного больного.

Поступила 28/VII 1937.

И з п р а к т и к и.

Из Ижевской республиканской клинической больницы,

Случаи номы.

А. Ф. Рогова.

Нома, водяной рак, описан впервые в 1816 году (Барон). Это тяжелое страдание поражает большей частью детей в возрасте от 2 до 4 лет. Случаи заболевания в старшем возрасте редки. Этиология заболевания неизвестна. Черняховский считает ному марантическим некрозом, а Красин—анемическим некрозом. Оппель говорит, что нома представляет собою травматическое повреждение слизистой с присоединением инфекционных тромбов сосудов. Лексер утверждает, что нома начинается на почве воспалительных изменений в слизистой оболочке полости рта. Шмидт не находит основания для выделения номы в самостоятельную форму заболевания и считает ее простой гангреной полости рта. В качестве возбудителей болезни называют дифтерийные палочки, палочки Винсента, стрептотрикс, лептотрикс, кладотрикс и симбиоз спирохет с веретенообразной палочкой.

Фузиспирохетный симбиоз считается большинством авторов наиболее вероятным возбудителем болезни. Нома возникает всегда после истощающих инфекционных заболеваний: кори, тифа, дизентерии и, будучи заразительной, вызывает иногда в больницах вспышки эпидемии. Эпидемии номы наблюдались в Румынии у голодающих детей (1918—1919 гг.). Предрасполагающим моментом во многих случаях педиатры считают применение методов лечения основного заболевания, ослабляющих организм, и предостерегают от применения каломеля.

Нома появляется чаще на щеках, реже на деснах, губах. Описаны случаи номы в области заднего прохода и половых органов. Наблюдалось заболевание в наружном и среднем ухе. На слизистой щеки появляется пузыrek, который быстро лопается и покрывается струпом. Образуется язвочка, которая быстро распространяется в глубину и стороны, разрушая на пути все ткани. Воспалительная реакция на границе между здоровой тканью отсутствует. В течение 2—4 дней разрушается щека, омертвевает кость. Болезнь сопровождается анорексией, рвотой, зловонным поносом. Смерть наступает через 8—15 дней от пневмонии, гангрены легких. Лезер говорит, что больные умирают от явлений общей инфекции. По Лексеру смерть наступает в 75% от паралича сердца и общего истощения. Смертность колеблется по данным различных авторов от 75 до 95,5%. По старой статистике 1836 г. смертность составляла 100% (Кюфна).

Для лечения номы предложено много способов, но ни один не дает верных результатов, а потому ни один не является общепризнанным.

15/VII 1931 года в амбулаторию Калининского врачебного участка был доставлен ребенок 1½ л. с разрушенной верхней левой губой, разрушенным левым крылом носа, гангренозным процессом на левой верхней десне и проникающей язвой в полость рта. Ребенок находился в периоде выздоровления от кори. По словам фельдшера, проводившего амбулаторный прием, анамнез заболевания таков: 12/VII мать принесла в амбулаторию ребенка, у которого на слизистой верхней губы слева была маленькая язвочка. Фельдшер предполагал болезнь содоку. Язвочка была смазана крепким раствором марганцовокислого калия. На второй день язвочка резко увеличилась. Повторно фельдшер прижег язву. На третий день у ребенка образовалась зияющая рана, проникающая через челюсть в полость рта. Опять прижигания тем же раствором. На четвертый день от начала заболевания ребенок был осмотрен мною и асистентом детской клиники Астраханского медицинского института Державец. Ребенок истощен, пищи не принимает, грудь не сосет, зловонный запах изо рта. Открывание рта ограничено. Проникающая язва в полость рта. Кость челюсти разрушена, темного цвета. Левое крыло носа разрушено. Диагностика номы не вызывала сомнений.

Гангренозные ткани были удалены пинцетом. Ребенку введено внутривенно 0,075 г новосальварсана и рана смазана 10% раствором новосальварсана в глицерине. Ребенок жил в кибитке в 3 километрах от амбулатории. Для врачебного наблюдения за ребенком мать перенесла кибитку к амбулатории. На второй день, после введения новосальварсана, резких изменений в области раны не видно, но прогрессирование процесса как будто остановилось. Повторно внутривенно новосальварсан 0,075 г и местно смазывание вышеуказанным раствором.

На третий день рана гранулирует. Ребенок сосет грудь, принимает пищу. Опять внутривенно 0,075 г и местно новосальварсан. Рана быстро рубцуется, и на десятый день на месте раны остался рубец, который не деформировал даже лица у ребенка.

В описании второго случая номы у ребенка двух лет надобности нет. Ребенок также заболел номой после перенесенной кори. Разрушительный процесс протекал так же быстро, как в первом случае. Локализация на левой стороне щеки. В первом случае температура была субфебрильной; во втором она держалась на умеренных цифрах. Лечение новосальварсаном внутривенно и местно. Полное выздоровление.

Эффективное действие новосальварсана наводит на мысль о том, что возбудителем номы является фузиспирохетный симбиоз, который обитает в качестве сапрофитов в полости рта. По мере истощения организма и загрязнения полости рта из-за плохого ухода эти сапрофиты приобретают повышенную вирулентность и проявляют свое разрушающее действие на организм.

Отсутствие лечебного эффекта от новосальварсана по наблюдениям некоторых авторов можно объяснить анергическим состоянием организма, истощением его иммуно-биологических сил. В таких случаях разрушения в организме так огромны, что никакие методы лечения не в состоянии спасти больного.

Литература: 1. Голяницкий, К вопросу о патологии и оперативном лечении номы. Врач. дело, № 24—26, 1922.—2. Он же, Результаты лечения номы по нашему способу. Труды XV съезда хирургов, 1923.—3. Калинейко, К вопросу о терапии номы. Сов. вр. журнал, № 10, 1934.—4. Карташев, Нома в связи с

голоданием. Перм. мед. журнал, № 3--5, 1923.—5. Пономарев, Лечение номы блокадой. Нервная трофика в теории и практике медицины. Сб. II, 1936.—6. Раскина, К вопросу о лечении номы по литературным данным и по данным б/Ольгинской больницы за 35 лет. Клин. медиц., т. IV, № 12, 1926.—7. Тизенгаузен, Эпидемия номы лица и половых органов в Одессе 1922—1923 гг. по данным прозектуры I Сов. нар. б-цы. Сборн. Одесск. окр. б-цы, 1927.—8. Федорович, К этиологии и лечению номы.

Поступила 7/VI 1937.

Из Астраханской поликлиники Р.-У. ж. д. (консультант проф. Ф. М. Топорков).

Hernia diaphragmatica.

И. М. Кузнецов.

Описания случаев диафрагмальной грыжи, как равно и других заболеваний диафрагмы, встречаются в литературе сравнительно редко. Поэтому мы хотим поделиться нашим наблюдением, которое лишний раз указывает, что при дифференциальной диагностике болезней органов грудной и брюшной полости необходимо помнить о таких редких заболеваниях, как грыжа диафрагмы.

В поликлинику РУжд обратился б-ной К-ров, 46 лет, с жалобами на частые боли в левой половине груди, особенно после приемов пищи, на одышку, кашель. Больным себя считает с 1932 г., когда у него констатировали туберкулез легких и левосторонний эксудативный плеврит (рентгеноскопия 3/III 1932г.); с того момента в течение нескольких лет больной лечился. До последнего времени у него предполагался эксудативный плеврит, и в одной из больниц делали пункцию плевры. Периодические боли в левой половине грудной клетки, особенно после еды, одышка, кашель продолжались, по поводу чего больной и обратился к нам в июне 1936 года. В детстве перенес корь, в 1904 г. возвратный тиф, в 1923 г. болел малярией, в 1934 г. перенес крупозное воспаление легкого. Венерические болезни отрицают. Работал все время грузчиком, с 1932 г. перешел на более легкую работу десятника. Родители б-го были людьми здоровыми и умерли в глубокой старости.

St. praesens. Больной выше среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледноваты. Прощупываются подчелюстные, шейные и паховые железы. Язык влажный, грудная клетка правильной формы, надчревный угол меньше прямого.

Легкие: на обеих верхушках над и под ключицами спереди и над лопатками сзади укорочение перкуторного звука. В левом легком по l. scapul. с нижней трети лопатки и по l. axill. med. с 5-го ребра звук меняется, то тупой, то тимпанит. При выслушивании на обеих верхушках жесткое дыхание, в области лев. подключичной области и над лопatkой единичные, крепитирующие хрипы. В левом легком на месте тупости дыхательный шум не выслушивается; временами слышится кишечное урчание; голосовое дрожание не проводится.

Сердце: относит, тупость—левая гр. на $\frac{1}{2}$ см кнутри от l. stern. sin., правая на 2 см правее l. stern. dextr., верхняя на 3-м ребре. Тоны сердца глухие, чистые, сердечный толчок в 4-м межреберье. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения.

При наличии подобных изменений со стороны левого легкого в первый момент возникло предположение об эксудативном плевrite, об опухоли в легком, о левостороннем пневмотораксе. Однако при подробном анализе, анамнестические данные и данные, полученные при перкуссии и аусcultации левого легкого, не подтверждали наличия эксудата в левой плевре, а также опухоли

в левом легком. За левосторонний пневмоторакс тоже не было достаточных данных, напр., не было расширенных межреберных промежутков, не было барабанного перкуторного звука, выпячивания левой половины грудной клетки, хотя объективные данные на верхних отделах легких и говорили за их туберкулезное поражение.

Наличие в левой половине грудной клетки изменчивости перкуторного звука (то тупой, то тимпанический звук), выслушивание на этом месте кишечных урчаний, а также данные анамнеза заставили нас заподозрить у больного изменения со стороны диафрагмы.

Hernia diaphragmatica et Relaxatio diaphragmae, которые были возможны в нашем случае, часто сопровождаются одинаковыми симптомами и для их дифференцирования рентгеновское исследование является решающим. Рентгеновское исследование легких (повторное) у нашего больного дало следующее: *Hernia diaphragmatica sinistra*, плевро-диафрагмальные спайки слева (рентгенолог Л. П. Тулузаков).

В литературе известны случаи полного отсутствия диафрагмы, случаи дефектов в мышечной и сухожильной части диафрагмы.

По своему происхождению диафрагмальные грыжи разделяются на приобретенные, которые проникают через имеющиеся в диафрагме отверстия (щель Богдалека, Морганьево отверстие и др.), врожденные, обязанные своим происхождением остановке в развитии диафрагмы, и травматические, получившиеся в результате разрыва или ранения диафрагмы.

Если грыжевое содержимое покрыто мешком, состоящим из брюшины или из брюшины и плеврального покрова диафрагмы, то такие грыжи называются истинными; грыжи, не имеющие грыжевого мешка, называются ложными. Ложных грыж диафрагмы описано в литературе гораздо больше, чем истинных.

Приобретенные диафрагмальные грыжи почти всегда встречаются слева, врожденные описываются тоже чаще слева, чем справа. Приобретенные диафрагмальные грыжи бывают чаще у мужчин, а врожденные встречаются одинаково, как у мальчиков, так и у девочек.

Ланенштейн отмечает, что диафрагмальные грыжи у детей встречаются сравнительно редко, и в большинстве они бывают врожденные: диагноз их чрезвычайно труден. Если диафрагмальные грыжи будут чаще привлекаться врачами в круг дифференциальной диагностики, то они (грыжи) не будут такими редкими. Мур и Кирклин считают, что диафрагмальные грыжи бывают гораздо чаще, чем о них думают, а эзофагиальные грыжи представляют довольно обычное явление. Гаррингтон отмечает, что в клинике братьев Мейо в период с 1900 по 1933 г. прошло 177 случаев диафрагмальных грыж. Из 60 оперированных случаев грыжи находились в отверстии пищевода—43 раза, в hiatus pleuro-peritonealis—1 раз, foramen Morgagni—1 раз, в задней половине диафрагмы—15 раз. По своему происхождению эти грыжи распределяются так: в отверстиях пищевода все грыжи были врожденные, в hiatus pleuro-peritonealis и foramen Morgagni—тоже врожденные. В задней половине диафрагмы травматические (из них 5 в результате прямой трамвы и 10—непрямой). В первой группе грыж содержались: желудок 40 раз, желудок вместе с толстой кишкой—3 раза. Во второй группе—толстые и тонкие кишки, в третьей группе—сальник. При разрыве задней ча-

сти диафрагмы в грыже желудок содержался 3 раза, желудок и толстая кишка 4 раза, желудок, толстая и тонкая кишечники—2 раза, желудок, толстая кишка и селезенка—2 раза, желудок, толстая, тонкая кишки и селезенка—4 раза.

Клиническая картина диафрагмальной грыжи мало характерна и не имеет типических патогномических признаков. Диафрагмальные грыжи могут протекать или по типу кардиальному, или по типу гастро-энтеральному, смотря по тому, превалируют ли сердечные жалобы или явления со стороны желудочно-кишечного тракта. С другой стороны, диафрагмальные грыжи могут не проявляться никакими клиническими симптомами. В литературе известны случаи, когда больные с диафрагмальной грыжей, прежде чем получить этот диагноз, были в различных клиниках, лечились у авторитетных врачей и проходили под самыми разнообразными диагнозами. Однако наличие гнездных притуплений, чередующихся с участками тимпанита, и исключение эксудата или опухоли должны наводить на подозрение о грыже. Решающим в диагностике диафрагмальной грыжи является рентгеновское исследование.

Вагнер на 3000 рентгеновских исследований желудка 11 раз наблюдал грыжу эзофагиального отверстия, при этом были выражены диспептические и сердечные симптомы. Гаррингтон отмечает, что диафрагмальная грыжа часто симулирует разные болезни органов живота и груди, напр. холецистит, пептическую язву, сердечные болезни, вторичную анемию и сужение пищевода.

При *hernia diaphragmatica* часто наблюдается смещение сердца вправо, что может вести к неправильному диагнозу—декстрокардии.

Лечение диафрагмальной грыжи может быть только хирургическим, особенно когда наступают признаки ущемления, как резкие боли, рвота. Лейк описал операцию по поводу паразофагической грыжи с хорошим результатом при 4-летнем наблюдении.

В нашем случае рентгенолог отмечает „кишечник, заполненный газом, проникает через грыжевое отверстие в диафрагме в грудную полость“, так что, очевидно, грыжа будет истинной, т. е. состоящей из выпячивания брюшины через диафрагмальную мышцу в грудную полость. Надо полагать, что она будет и приобретенной. Больной до 1932 г. считал себя совершенно здоровым и не замечал никогда никаких болезненных проявлений. С 1932 г., когда у б-ного обнаружился туберкулез легких и когда он перенес экссудативный плеврит, у него стали выявляться выше отмеченные жалобы.

Под влиянием плевральных сращений диафрагма может претерпевать глубокие и резкие изменения. Диафрагма может быть сращенной с легким то на всем протяжении, то в одном, то в нескольких местах. Полагаем, что причиной образования диафрагмальной грыжи в нашем случае послужили плевро-диафрагмальные спайки, образовавшиеся после экссудативного плеврита.

Очевидно, эти сращения произвели такие резкие изменения

формы диафрагмы, что нарушилась целостность мышечной части диафрагмы, и это послужило толчком к развитию истинной диафрагмальной грыжи.

При *hernia diaphragmatica*, так же точно и при *relaxatio diaphragmatica* от кишечных петель, желудка в грыжевом мешке или во втячивании диафрагмы в нижней части грудной клетки получается притупление; производить диагностическую пункцию в таких случаях небезопасно: можно проколоть кишечник. Имея это в виду, надо всегда при диагностике болезней легких, в частности эксudативного плеврита, помнить и такую редкую патологию диафрагмы, как *hernia diaphragmatica* и *relaxatio diaphragmatica*.

Поступила 25/IV 1937.

Из терапевтического отделения (завед. д-р М. И. Прянишников)
Родниковской районной больницы.

Случай самопроизвольного отхождения крупного желчного камня.

М. И. Прянишников.

Несмотря на огромное количество работ и большие достижения в теории и практике изучения заболеваний желчных путей, считаю не лишним сообщить случай желчной колики, закончившейся самопроизвольным отхождением крупного камня.

Известно, что величина желчных камней колеблется от объема песчинки до куриного яйца. Блекберн описал камень, весивший 48 г., Фрерих определил в одном случае вес желчного камня в 120 г., Риттер—даже в 135 г. Обычно считают, что желчные камни могут пройти через нормальные выводные желчные протоки тогда, когда диаметр камней не превышает 1 см. Большие желчные камни попадают в кишечный тракт чаще ненормальным путем, через разрыв желчных путей, или вследствие того, что ущемившийся камень ведет к воспалительным и язвенным процессам, при которых желчные пути или желчный пузырь спаиваются с соседними органами, и выделяют содержащиеся в них камни.

Перехожу к описанию нашего случая.

Б-й К., 40 лет (история болезни № 764), поступил в терапевтическое отделение Родниковской больницы 13/VII 1937 г. с жалобами на невыносимую боль в правом подреберье, рвоту с желчью и повышенную температуру. Болезнь началась в виде острого припадка болей около 3 дней назад.

Возвращаясь из командировки, больной в Москве выпил бутылку сиропа, по дороге домой в вагоне почувствовал боль в правом подреберье, постепенно усиливающуюся. На 3-й день заболевания боли так усилились, что вынужден был обратиться в амбулаторию, откуда и был направлен к нам в отделение с диагнозом острый холецистит. В анамнезе типичные желчнокаменные колики.

В ноябре 1933 г. впервые почувствовал внезапную боль в правом подреберье, рвоту желчью; ночью был доставлен в терапевтическое отделение Родниковской больницы, где пролежал 1 месяц с диагнозом острый холецистит; был выписан

здоровым. До мая 1936 г. не лечился и не испытывал никаких болей. В мае 1936 г. опять внезапно приступ болей в правом подреберье и неоднократная рвота желчью. Так как в это время был в командировке в г. Иваново, скорая помощь доставила его в клинику. На 10-й день пребывания в терапевтической клинике отошел желчный камень, величиною с вишню. В августе 1936 г. лечился на курорте Эссентуки. Инфекционных заболеваний не было. Венерические болезни отрицают. Женат. Курит до 20 папирос в день, выпивает умеренно. Питание нерегулярное.

Объективно: вид страдальческий. Больной выше среднего роста, правильного сложения, питание пониженное, вес 56,5 кг. Пульс 82 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Т° 38. Кожные покровы бледноваты, склеры субкисличны. Лимфатические железы не прощупываются. При обследовании органов груди: границы сердца в пределах нормы; тоны чистые.

Легкие: при аускультации ослаблено дыхание в нижних частях правого легкого. Живот правильной конфигурации. Резкое защитное напряжение правой прямой мышцы. Пальпаторно резкая болезненность в области желчного пузыря. Из-за болей прощупать печень и желчный пузырь не удается. Симптомы Ортнера, Мюсси, Сквирского. Селезенка не прощупывается. Стул задержан. Мочеиспускание нормально.



Рис. 1.



Рис. 2.

Лабораторные записи. Кал: реакция на кровь отрицательная. Моча — норма.

Кровь: количество лейкоцитов 1120¹. Лейкоцитарная формула по Шиллингу: сегм.—60%, палочк. 6%, юн. 20%, эоз.—10%, лимф. 27%, мон. 4%.

Диагноз: желчная колика. Каменный холецистит.

Лечение: подкожно атропин, морфий; грелка, карлсбадская соль, промывание двенадцатиперстной кишки раствором сернокислой магнезии через день.

15/VII 1937 г. дуоденальное зондирование. После введения зонда через 5 минут пошла желчь желтого цвета, мутная, с большим количеством хлопьев. Введено 30 см³ 30% сернокислой магнезии. Через 25 минут пошла желчь темнее предыдущей, также мутная, с большим количеством хлопьев.

Микроскопия желчи: поле зрения забито лейкоцитами.

16/VII 1937 г. Т° 37,8. Боли не прекращаются (за исключением времени действия морфия). Со стороны живота картина прежняя. Стул после клизмы.

17/VII дуоденальное зондирование. Рефлекса желчного пузыря не получено. Картинка та же, что и 16/VII 1937 г. Г° 38,0.

18/VII температура—норма. Пульс 80. Боли продолжаются.

С 20/VII ежедневно инъекции атропина 1:1000 2 раза в день по 1 см³.

24/VII самостоятельный стул, с которым отошел желчный камень, величиною с грецкий орех, немного напоминающий тутовую ягоду, полый, с небольшим отверстием неправильно круглой формы (рис. 1—вид со стороны отверстия; рис. 2—вид со стороны неповрежден. стенки).

Вес камня 5,5 г. Наибольший диаметр 26 мм, наименьший 16 мм.

26/VII температура—норма. Самочувствие хорошее. Боли нет. Живот мягкий, при пальпации болезненность в области желчного пузыря. Печень не прощупывается.

27/VII кожа нормальной окраски, как и при поступлении, склеры слегка желтушны. Живот мягкий, при пальпации небольшая болезненность в области желчного пузыря. Стул самостоятельный.

Состояние больного хорошее, сон хороший, аппетит тоже.

Наш случай представляет интерес в том отношении, что диаметр благополучно отошедшего желчного камня значительно превышает 1 см. Кроме того, интересно и то, что колика длилась много дней, величина камня значительная, а желтуха отсутствовала. Впрочем в литературе описаны случаи, когда закупорка протоков, подтвержденная на операционном столе, протекала без желтухи. Так, у Лайе желтуха отсутствовала при камнях в глубоких желчных протоках в 39%, у Шеррен в 31%, у Керра в 20%, у Финкельштейна в 16%. По данным проф. Часовникова при закупорке камнями главных желчных протоков желтуха совершенно отсутствовала в 7,2% случаев, была слабо выражена в 26,2%, была резко выражена в 66,5% случаев.

Наше наблюдение показывает, что самопроизвольное отхождение желчных камней через нормальные выводные протоки, без разрыва желчных путей и ложных отверстий, возможно при величине камня в диаметре и более 1 см. Мы полагаем, что введение атропина 2 раза в день в течение нескольких дней безусловно сыграло большую роль в устраниении спастического состояния.

Поступила 2/VIII 1937.

По поводу статьи „Простейший способ определения положения головки плода в полости таза“ В. И. Давыдова¹⁾.

Доц. О. Л. Каплан.

В указанной статье автор предлагает новый будто бы способ внутреннего исследования роженицы, при котором для определения положения головки пользуются не швами и родничками, а ухом.

Для акушеров этот способ ничего нового не представляет; он всегда являлся и является лишь вспомогательным, дополнительным в тех сравнительно редких случаях, где обычное двухпальцевое исследование не дает определенных результатов

1) „Казанский мед. жур.“ № 5 за 1937 г.

(к сожалению, в этих случаях исследование ладонью не всегда уясняет положение). Преимущественно им пользуются при оперативных пособиях (введение ложки, щипцов, краинокласта).

Ушная раковина и при двупальцевом исследовании используется как один из опознавательных пунктов положения головки и особенно при асинклитическом ее вставлении. Еще Добринин в своем руководстве „К изучению повивального искусства“ (изд. 1894 г.) на стр. 157 пишет: „В случае, когда распознавание положения и предлежания становится затруднительным... в подобных случаях, глубоко проводя один или два пальца между головкой плода и стенками таза (то спереди со стороны лонного сочленения, то сзади со стороны крестца), удается достигнуть уха; судя по тому, куда обращена выпуклость его раковины (вправо или влево) можно догадаться о положении и затылка“.

Оскар Шеффер в своем атласе (изд. 1900 г.), в числе прочих вставлений головки, употребляет даже специальный термин: „переднее и заднее ушное вставление“.

Фабр в своем учебнике акушерства (русский перевод под редакцией С. А. Сеницкого, изд. 1928 г.) пишет: „... когда двупальцевое исследование становится недостаточным, приходится вводить всю руку; ручным исследованием находят ушную раковину, учитывая при этом, что последняя своим свободным краем обращена в сторону затылка“.

Таким образом, не совсем ясно, что собственно нового и оригинального в приводимом способе, который автор называет своим способом (подчеркнуто мною. А. К.).

Приводя этот способ, автор рекомендует его как наиболее удобный и имеющий преимущества перед „старым“ (кавычки мои) способом и в деле преподавания.

Едва ли можно с этим согласиться.

Прежде всего, исследование ладонью несомненно грубее и болезненнее для роженицы, чем исследование двумя пальцами, особенно первородящей.

Для определения направления головки к тазу необходимо, как и по автору, чтобы вводилась соответствующая ладонь правая; либо левая. Заранее знать, какая ладонь подходит для данного случая, это значит—знать направление головки. Иначе может случиться, что, войдя правой ладонью, придется ее сменить и вводить затем левую ладонь.

Далее, отечная головка, стоящая даже в широкой части полости малого таза, не всегда (как это имеет место на фантоме) оставляет свободной крестцовую впадину, куда надлежит пройти всей рукой, чтобы нашупать ухо.

Считаю, что обучать студентов внутреннему исследованию (даже на фантоме) необходимо все же двупальцевому, как более бережному, позволяющему в громадном большинстве случаев хорошо определить направление стреловидного и других швов и положение родничков.

Необходимо с первых же исследований добиваться, чтобы

вырабатывалась и совершенствовалась осязательная способность.

Добиться ясного впечатления можно, упражняясь в осторожном осязании пальцами швов и родничков на головке новорожденного и еще лучше, спокойнее на головке мертворожденного плода.

Основное, что нужно определить при исследовании,—это швы и роднички; этому и необходимо обучить студентов.

Акушер, хорошо владеющий двупальцевым методом исследования, в особо трудных случаях прекрасно сможет пользоваться всей ладонью, как это иногда он делал и делает до сих пор.

В своей статье д-р Давыдов вскользь коснулся чрезвычайно существенного вопроса: преподавания акушерского фантомкурса. К сожалению, ни фантомы, ни тем более куклы, какими приходится пользоваться на занятиях со студентами (и врачами), далеко не отвечают самым скромным требованиям. Головки кукол совсем не похожи на головку новорожденного. Консистенция головки, ощущение швов и родничков ничем не напоминают головку новорожденного. Размеры головки не соответствуют размерам фантома и т. п. Между тем первые уроки внутреннего исследования, а в дальнейшем почти все оперативное акушерство студент проходит на фантоме.

Необходимо, чтобы организации, производящие указанные учебные пособия, уделили этому делу больше внимания.

Поступила 31/VIII 1937.

За правильное обучение студентов мед. вузов.

А. А. Айдаров.

В своем сообщении мы хотим еще раз коснуться постановки преподавания студентам мед. вузов амбулаторной хирургии, которой, по нашему мнению, уделяется на хирургических кафедрах недостаточно внимания. В результате этого выпускаемые врачи, которым при прохождении студенческого курса клиницисты охотно демонстрируют резекции желудка, операции на кишечнике, нефректомии, мало знают о карбункулах, нарывах, панарициях и т. п. заболеваниях. А между тем эти „мелкие заболевания“ составляют главную заботу врачей поликлинических и врачей периферии. Не получивши достаточной практической подготовки по лечению гнойных воспалительных процессов и в частности воспалительных процессов пальцев, молодые врачи принуждены ощупью разбираться в этих повседневных, часто сложных по течению заболеваниях, нередко ведущих при неправильном лечении к потере больным трудоспособности.

Нам пришлось за последнее время работать в хирургических кабинетах городских поликлиник Казани и в амбулаториях

участковых больниц. Интересуясь вопросом постановки лечения инфицированных ран, мы убедились, что многие врачи не знают основных принципов лечения острых гнойных заболеваний.

Лечение согревающими компрессами составляет правило, а бессистемные „надрезы“ и „насечки“ где попало, иногда без всякой анестезии или при замораживании хлорэтилом, даже при глубоких гнойных процессах,—обычное явление в хирургических кабинетах городских поликлиник и участковых амбулаторий. Картина нередко напоминает времена Пирогова. „Сразу не знаешь, чему удивляться—стойкости хирурга или стойкости больного, который не потерял доверия к хирургам“.

В условиях современных достижений советской медицины, при неуклонном росте народного хозяйства нашей страны, где партией и правительством уделяется так много внимания оздоровлению труда и быта трудящихся, можно создать все необходимые условия для рациональной работы в поликлиниках и амбулаториях.

Постановка преподавания общей хирургии требует пересмотра не только у нас в Казани, но и в центральных городах. Доказательством может служить письмо молодого врача Анисимовой, адресованное проф. Ю. Ю. Джанелидзе (напеч. в газ. „Известия“ от 9/I 1937 г.).

Можно ли спокойно обходить вопрос о значении профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний кистей и пальцев, дающих иногда тяжелые последствия вплоть до инвалидности, обременяющих бюджет страхкассы и выводящих из строя высококвалифицированных рабочих?

Нам кажется крайне необходимым прохождение студентами „хирургии амбулаторного врача“ в хирургических кабинетах поликлиники под непосредственным руководством опытных ассистентов клиники, которые должны ознакомить выпускемых врачей практически с наиболее частыми гнойными воспалительными процессами и современными методами их лечения.

По поводу статьи д-ра Айдарова.

Проф. Н. В. Соколов.

В статье д-ра Айдарова совершенно правильно поднимается вопрос о ненормальной постановке медобразования в той его части, которая касается амбулаторной хирургии и гнойной хирургии в частности. Основные формы гнойных хирургических заболеваний должны быть изучены на III курсе в занятиях общей хирургии, кафедра которой должна быть обеспечена клиническими койками и амбулаторией. До последнего времени такой клиники в Казани не было, как не было при кафедре и амбулатории. Тем самым преподавание основ общей хирургии и в частности обучение студентов гнойной хирургии стояло

на ложном пути преимущественно теоретического обучения. Неправильность постановки медобразования в этом вопросе углубляется тем, что при госпитальной хирургической клинике 5-го курса не имеется амбулатории; не имелось до последнего времени и фиксированной поликлиники, где можно было бы широко и правильно поставить дело обучения студентов 5-го курса амбулаторной и, в частности, гнойной хирургии.

Справедливость требует сказать, что казанская госпитальная хирургическая клиника всегда была обеспечена достаточным количеством гнойных больных и преподавательский состав всегда фиксировал внимание студентов на этих больных.

Но я согласен с д-ром Айдаровым, что вопросу лечения гнойных больных в студенческом курсе должно быть уделено особенное внимание и что центр тяжести должен быть перенесен в амбулаторию.

Так же своевременно д-р Айдаров ставит вопрос и о неправильной постановке дела обслуживания гнойных больных в городских поликлиниках. В одних случаях неправильное обслуживание зависит от недостаточной квалификации принимающих врачей, в других—от недооборудованности хирургических кабинетов поликлиник.

Президиум Хирургического общества ТАССР и Горздрав (независимо от статьи д-ра Айдарова) на совместном заседании еще 2 октября 1936 г. обсуждали вопрос о положении с гнойной хирургией в Казани, вопросы постановки амбулаторной помощи хирургическим больным и приняли ряд конкретных решений, направленных к урегулированию вопроса о госпитализации гнойных больных и к улучшению постановки амбулаторной помощи. Согласно этому решению Горздрав широко открывает двери поликлиник квалифицированным специалистам (профессора, доценты, ассистенты), которые должны будут при содействии Горздрава поставить дело амбулаторной помощи хирургическим больным на должную высоту и на правильной постановке дела воспитать кадры молодых врачей.

Обзоры, рецензии, рефераты и проч.

Защита диссертации.

На заседании Совета Казанского мед. института 30/XII 1937 г. состоялась защита Л. С. Персианиновым диссертации на степень кандидата мед. наук. Тема диссертации: "Действие стрептоцида в клинике и эксперименте". Диссертация выполнена на кафедрах микробиологии и акушерско-гинекологической Казанск. гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. Диссертант сделал обзор литературы русских и иностранных источников, изложил полученные клинические и экспериментальные данные различных авторов (Улеско-Строгановой, Лебедева и др.), привел различные взгляды на механизм действия стрептоцида: посредством ретикуло-эндотелиальной системы или же благодаря непосредственному бактерицидному свойству самого стрептоцида. Собственные исследования автора состоят из экспериментальной и клинической части.

Материалом для эксперимента служили белые мыши и кролики, всего около 600 животных. Животным вводилась внутрибрюшинно бульонная культура стрептококка в количестве 0,5 см³ всегда одной вирулентности. Введение культуры вызывало 10% смертность у животных. Применение стрептоцида в случаях экспериментально вызванного стрептококкового сепсиса дает 35,8% выздоровления при подкожном введении 1 см³ 1/4% раствора в течение 5 дней. Меньшие дозы или однократное введение стрептоцида дает менее благоприятные результаты.

Лечение является действительным в первые 12 часов после заражения, а начатое позднее 12 часов не дает успеха.

Кролики хорошо переносят подкожно, внутримышечно и внутривенно по 10 см³ 1/4% раствора стрептоцида на 1 кг веса в течение 5–7 дней. Данные дозы не вызывают общих патологических изменений в организме и не дают местных явлений при подкожном и внутримышечном введении, но внутривенное вливание вызывает у кроликов во всех случаях тромбоз вен на месте вливания. Подкожное введение 4% водной взвеси стрептоцида приводит к некрозу кожи на месте инъекции с образованием медленно заживающей язвы.

При заражении белых мышей стафилококком стрептоцид не оказал благоприятного лечебного действия.

Животные со стрептококковым сепсисом в результате лечения стрептоцидом быстро начинают поправляться, призывают в весе, процесс ограничивается, воспалительная реакция уменьшается и следует быстрое выздоровление. Стрептоцид в опытах на мышах показал хорошее профилактическое действие при заражении смертельной дозой гемолитического стрептококка. Стрептоцид, введенный однократно в количестве 1 см³ 1/4% раствора за 2 дня до заражения дает 100% излечения, введенный за 5 дней – 50% и введенный за 9 дней не оказывает действия. Многократное введение стрептоцида с профилактической целью не удлиняет время его действия.

Клинический материал диссертанта составляют 45 больных с местными и общими септическими заболеваниями. На этом материале изучалось профилактическое и лечебное действие стрептоцида. Контролем служила, кроме общего состояния больного и т°, бактериологическое исследование крови и мазков (посевы крови и отделяемого полового аппарата производились несколько раз за период наблюдения), морфологическое исследование крови, РОЭ, исследование мочи и т. д. Стрептоцид хорошо переносился больными при приеме рег ос и при подкожном или внутримышечном введении 1/4% раствора. Внутривенные вливания, не вызывая общих токсических явлений, приводят к образованию тромбов на месте введения с последующим запустеванием вены. Не отмечая особых преимуществ внутривенных вливаний перед другими способами введения, автор рекомендует отказаться от них, чтобы избежать последующих осложнений. У больных при назначении стрептоцида улучшается общее состояние, появляется аппетит, сон, т° падает и местный процесс подвергается ограничению и ускоренному обратному развитию, картина крови улучшается параллельно улучшению заболевания. Клинические наблюдения автора показали, что стрептоцид при лечении общего сепсиса в меньшей части случаев дает

благоприятный лечебный эффект, большинство же тяжелых случаев заканчиваются летально (из 8 больных умерло 5). На результат лечения влияет время, когда начато применение стрептоцида, дозировка и длительность применения. Для лечения автор рекомендует применять стрептоцид как можно раньше и назначать рег. ос по 0,3—0,5 до 3—5 раз в день, смотря по тяжести заболевания. В тяжелых случаях необходимо добавлять внутримышечное введение 1/4% раствора по 20—25 см³ ежедневно 1—2 раза до наступления улучшения. Применение стрептоцида следует прекращать не ранее 5—7 дней после падения т° до нормы, снижения количества лейкоцитов и исчезновения острых явлений заболевания. Автор подчеркивает профилактическое действие стрептоцида и настойчиво рекомендует его применять в акушерско-гинекологической практике, когда имеется опасность последующей инфекции. С указанной целью стрептоцид следует применять при затяжных родах, акушерских операциях и в др. подобных случаях, назначая его во время или сразу после родов (операций) внутрь по 0,3—3 раза в день и отменяя не ранее 5 дней после родов или операции.

Официальный оппонент проф. Р. Р. Гельтцер в своем выступлении обратил внимание диссертанта на некоторые недочеты стилистического характера и в литературном указателе, далее проф. Гельтцер указал на недостаточное освещение вопроса о механизме действия стрептоцида и на то, что экспериментальная часть должна была бы включить вопрос об изучении действия стрептоцида при различных разведениях культуры стрептококка. Значительный процент отрицательных результатов посева крови, офф. оппонент объясняет малым количеством крови, взятой для посева. В заключении проф. Гельтцер отмечает хорошее впечатление от содержания и оформления работы и считает диссертацию вполне удовлетворяющей требованиям, предъявляемым к диссертации на степень кандидата мед. наук.

Офф. оппонент проф. И. Ф. Козлов отмечает актуальность затронутой диссертантом темы, указывает на ряд достоинств в клинической и экспериментальной части работы. Проф. Козлов останавливается на некоторых стилистических ошибках и вполне присоединяется в оценке диссертации к предыдущему оппоненту.

Проф. Н. К. Горяев задал автору ряд вопросов по поводу изменения картины крови в связи с лечением стрептоцидом. Указывает на ценность комплексных работ, выполняемых совместно представителями разных дисциплин.

Проф. Герцберг указал на недостаточный перечень литературы о применении стрептоцида в хирургической практике. Отметил, что в своей клинике при применении стрептоцида внутривенно он не получает тромбозов.

Ряд врачей, присутствовавших на диспуте, указал на необходимость уточнить вопрос о механизме образования тромбов, о механизме действия стрептоцида, объяснить участие ретикуло-эндотелиальной системы в действии стрептоцида и пр. Диссертант, ссылаясь в объяснениях на литературные данные, пояснил, что специально этими вопросами не занимался и что они могут послужить темой новых работ.

По окончании диспута Совет вынес решение о присуждении Л. С. Персианинову ученой степени кандидата мед. наук.

Л. А. Юрьева.

Библиография и рецензии.

Выясновский А. Ю. Эрготизм. Классификация форм, клиника и патологическая анатомия хронического эрготизма. Пермь, 1937 г. Цена 7 рублей. На основании личных наблюдений и данных литературы автор дает исчерпывающее изложение вопроса об эрготизме. Нашли свое отражение в монографии: история токсикологии эрготизма, включая эрготизм на Урале в 1926—1927 г., общая симптоматология и классификация эрготизма, данные лабораторного исследования при хр. эрготизме, психозы при эрготизме, патолог. анатомия хр. эрготизма, вопросы патогенеза, экспертиза эрготизма, профилактические и лечебные мероприятия в оказании помощи эрготикам.

Остановимся на психозах при эрготизме. Картина психоза при эрготизме довольно разнообразна. Кулик наблюдал восемь, а Лысаковский семь различных форм. Сам автор различает 7 групп: 1) интерпариетальные явления, 2) галлюцинационные переживания, 3) онейроидный синдром, 4) сумеречные состояния сознания, 5) сумеречные состояния сознания с оглушенностю, 6) изменения психической сферы с превалирующим нарушением аффекта, 7) дементные формы. А. при этом отмечает, что его классификация имеет целью скорее отразить все многообразие симптоматики, нежели дать замкнутые клинические схемы, и резюмирует: „психозы хронически протекающего заболевания, вызванного отравлением спорыней, развиваются на органической основе“.

Большая часть психотических структур является прямым производным этого органического заболевания и вполне объясняется ими. Наряду с этими возможно формирование психопатических состояний, ближайшей причиной возникновения которых является экзогенная вредность, напр., инфекция.

Психозы, возникающие как производное органического процесса, ничего типичного у эрготиков не обнаруживают.

Подробно и критически излагается патоанатомия хр. эрготизма.

Резюме: Эрготизм отражает грубый органический процесс, распространенный диффузно, но с выраженным локальными акцентуациями, в нем принимают участие все ингредиенты мозговой ткани.

Многое в вопросах эрготизма остается неясным. Вопросы диагностики, экспертизы эрготизма, профилактики и лечение эрготизма излагаются в последней главе книжки. Даются указания к ведению военной и трудовой экспертизы эрготиков, обсуждаются профилактические мероприятия, сводящиеся в основном к ограждению больных от охлаждения, чрезмерного физического напряжения, от инфекции и интоксикации. Терапия—теплые ванны, внутривенные вливания хлористого кальция, спинномозговые пункции (выпускаются 8–12 см³ жидкости). Интравенозное введение 20% раствора сернокислой магнезии.

Проф. Галант (Хабаровск).

Проф. А. Е. Мангейм. *Патогенез, клиника и лечение послеродового лактационного мастита*. 93 стр. Минск, 1936 г. Цена 1 р. 20 к. Тираж 3.00 экз. В небольшой книжке излагаются основные сведения об анатомии грудной железы, патогенезе, клинике и терапии послеродового мастита. Имея двадцатилетний опыт, а. подверг разработке 128 случаев мастита, наблюдавшихся им в клинике за последние 2 года. Являясь сторонником теории лимфогенного происхождения маститов, а. довольно обстоятельно излагает различные теории этиологии и патогенеза послеродового мастита, а также подробно останавливается на происхождении, лечении и предупреждении трещин сосков. А. призывает к большой осторожности с кормлением ребенка при маститах и трещинах соска, рекомендуя отказываться от него при наличии у матери инфекции.

Гораздо бледнее изложена глава, посвященная клинике, профилактике, и особенно лечению маститов, в которых индивидуальное лицо автора скрывается за подробным перечислением множества имеющихся способов лечения и профилактики.

Следует, кроме того, поставить автору в упрек, что при изложении профилактики трещин соска, консервативных и оперативных методов лечения он недостаточно выявил показания для их применения.

В рецензируемой книжке мы находим обильное количество медицинского волапюса, о котором недавно в „Советском врачебном журнале“ красочно писал доцент Антонов. Здесь мы встречаемся с злополучными „случаями“, которые поправляются и выздоравливают. Автор настойчиво эксплорирует, ищидирует, проводит квартцевание и т. д. В книге имеется значительное количество неправильных оборотов и выражений. Например: „нет более несчастных людей, чем те женщины, заболевшие маститом“; „кварц убивает микробы молока“; „наложено 20 разрезов“. Совсем комично выглядит сообщение автора о том, что „Лазаревич смазывает соски ароматическим спиртом“, „Дюрсен обливает их холодной водой“, „Выдрин обмывает груди 2 раза в день теплой водой и мылом и втирает 5% борный вазелин“ и т. д.

Весьма небрежно составлен библиографический указатель, в котором отсутствуют названия статей, нередко—год издания книг, номера журналов. Не следовало бы в нем пропускать известной диссертации Бушмакина и статьи проф. Миротворцева о маститах.

Повидимому, из скромности издательство промолчало об опечатах, которых в книге имеется изрядное количество.

В общем рецензируемая книжка представляет собой краткую сводку имеющихся материалов по маститу и вносит мало оригинального в существующую литературу. Некоторым оправданием для ее появления можно считать большую потребность в подобных изданиях практических врачей, для которых и предназначена эта книга, но к сожалению, бледность и большая недоработанность наиболее интересующих этого читателя отделов — терапии и профилактики — делает книжку не совсем удачной и в этом отношении.

Л. Гольдштейн (Саратов).

Проф. Фикера. *Химиотерапия рака*. (Перевод с итальянского). 138 стр. Биомедгиз, 1937 г. Цена 3 руб. Тираж 320 экз. Насыщенная колоссальным фактическим материалом книга недавно умершего крупного итальянского онколога является сводкой материалов о химиотерапии рака, представленной им в виде доклада на Международном конгрессе по борьбе с раком в Мадриде в 1933 году.

Очень удачно что данная книга выходит после появления в 1936 г. книги этого же автора „Эндогенные факторы развития опухолей и современное состояние биологической терапии“. В ней Фикера подробно изложил свои взгляды на этиологию и патогенез злокачественных опухолей.

Инициативу Биомедгиза по изданию трудов крупнейшего современного онколога, каким является Фикера, надо всячески приветствовать.

Фикера и руководимая им Миланская школа с 1908 г. настойчиво по определенному плану работали над клиническим и экспериментальным разрешением вопросов, связанных с этиологией рака, особенно его общих эндогенных факторов развития. Эта работа имела огромное значение в борьбе с примитивным представлением о злокачественном новообразовании, как чисто местном автономном процессе, но при конкретизации и попытке выявления характера и природы этих общих эндогенных факторов, создающих „благоприятную обстановку“ в организме для развития опухоли, Фикера и его школа не удержались от грубо механистического толкования результатов своих обширных экспериментов и клинических наблюдений.

Совершенно неприемлемым является положение Фикера о разделении всех тканей и органов человеческого и животного организма на две резко разделенные группы — способствующих росту опухолей в организме и, наоборот, тормозящих этот рост.

Поэтому и „биологическая терапия“ лизатами „онкологических органов“ теряет свой специфический антибластический характер и в лучшем случае является одной из разновидностей лизатотерапии.

Однако как раз в этом аспекте „биологическая“ терапия приобретает особый интерес для широких кругов советских врачей, ввиду большой работы, проведенной у нас над испытанием и проверкой разного рода лизатотерапии.

Совершенно правильно пишет в предисловии к рецензируемой книге Я. Рапорт, что она „далека от того, чтобы служить практическим руководством для врача-онколога“.

Однако, несомненно, что при поисках паллиативной терапии в случаях неоперабильных и радиорезистентных злокачественных новообразований ни один онколог не пройдет мимо труда Фикера.

Л. Гольдштейн (Саратов).

Рефераты.

a) Хирургия.

Добегет. *Проба Вольгемута на диастазу в диагностике острых заболеваний в верхней половине брюшной полости*. (Münch. Med. Wschr. 1937. 44. 1721—1724). На основании своих наблюдений за последние 10 лет, а. рекомендует для диагностики заболеваний в верхней половине живота определение диастазы в моче по Вольгемуту. При этом он указывает, что очень высокие цифры почти всегда наблюдаются в первые дни болезни при остром некрозе поджелудоч-

ной железы, хотя отрицательный результат пробы и не исключает наверняка данного заболевания. Тяжелый приступ желчно-кишечной болезни протекает с поражением поджелудочной железы, которое иногда может быть настолько тяжелым, что ведет к острому некрозу ее. Обнаруженное в части случаев холециститат длительное, но незначительное повышение содержания диастазы в моче указывает на наличие воспалительных изменений поджелудочной железы, которые могут вести к серьезным осложнениям в этом органе. В противоположность некрозу поджелудочной железы количество диастазы при прощадении язвы желудка и острой непроходимости кишечника увеличено лишь в умеренной степени.

Б. Иванов.

La m m, H. *Послеоперационная подкожная эмфизема*. (Zbl. Chir. 1937. 7. 417—418). А. обращает внимание на неоднократно наблюдавшуюся им так называемую „безобидную“ форму послеоперационной подкожной эмфиземы, возникающую в результате распространения воздуха, попавшего при операции под кожу по подкожной клетчатке при поднимании краев раны во время наложения скобок. С целью профилактики этого осложнения рекомендуется, особенно у исхудавших больных, при наложении скобки только растягивать рану в продольном направлении узловыми крючками или пинцетами, отнюдь не приподнимая ее краев; это препятствует образованию под кожей карманов, в которые может попасть воздух. А. указывает, что во всех случаях послеоперационной подкожной эмфиземы, прежде чем раскрывать рану или даже делать разрез и впрыскивать сыворотку (при подозрении на газовую гангрену), следует подумать об этой „безобидной“ форме эмфиземы.

Б. Иванов.

Philipowic z, J. *Лечение паротита*. (Zbl. Chir. 1937. 25. 1471—1472). Наиболее частым возбудителем воспаления околоушной железы, развивающегося после операций, или заболеваний и повреждений органов брюшной полости и дающего иногда значительную смертность (по некоторым аа.—35%) является золотистый стафилококк. А. применяет для лечения паротита стафилококковую вакцину. Материал его составляют 19 сл., в которых указанное лечение дало хорошие результаты; после первой или второй инъекции лихорадка и припухлость исчезают, боли делаются меньше, и обычно в течение 8 дней болезнь заканчивается выздоровлением. Автор подчеркивает, что вакцина должна назначаться возможно раньше, при появлении первых симптомов заболевания.

Б. Иванов.

Jung hanns, H. *Лечение ран мазью с иодистым серебром*. (Dtsch. med. Wschr. 1937. 25. 963). Клинические наблюдения и бактериологические исследования показали, что мазь с иодистым серебром обладает бактерицидными свойствами и ускоряет очистку гнойных ран с быстрым появлением хороших грануляций. Это действие особенно ясно выражено при применении 1,5% мази с иодистым серебром и рыбьим жиром; запах последнего в такой мази не столь резок, как в других мазях.

Б. Иванов.

Klein, S. A. *Значение антивируса в хирургии*. (Rev. Chir. 1937. 56. 237—283). Антивирус применяется в хирургии, во-первых, для лечения инфицированных ран и воспалительных процессов кожи и слизистых оболочек и, во-вторых, с целью профилактики и лечения воспалительных заболеваний брюшины и брюшной полости. А. применял смешанный антивирус, составленный из стафило-, стрепто- и энтерококков, кишечной палочки и вас. руосуапеус. Подкожное и внутрикожное введение морским свинкам стафилококкового и coli—антивируса оказывало иммунизирующее действие. Кролики с септическими повреждениями и ранами в результате лечения антивирусом выживали. У животных с искусственным перитонитом антивирус, будучи введен в полость брюшины, оказывал незначительное защитное действие, которое однако не было специфичным. На основании экспериментов на животных и своих клинических наблюдений а. рекомендует применение смешанного антивируса в количестве 50—100 см³ при операциях в брюшной полости и на слепой кишке, связанных с возможностью инфекции. Лечение антивирусом в форме компрессов и повязок показано при всех видах флегмон, абсцессов, язв, панарициев, фурункулов и при роже; терапевтическое действие антивируса лучше, чем действие обычных влажных повязок.

Б. Иванов.

Hanák, F. *Техника операции при параартикулярном артродезе*. (Zbl. Chir. 1937. 5. 288—291). В 50 сл. операций артродеза тазобедренного сустава по поводу туберкулеза а. использовал для фиксации сустава крепкую пластинку из подвздошной кости. Пластинка отворачивалась и вставлялась в расщеплен-

ный большой вертел. Пространство между суставом и пересаженным куском кости выполнялось спонгиозным веществом из подвздошной или межмыщелковой части большеберцовой кости. У детей младшего возраста укрепление пластинки только в большом вертеле оказывается недостаточным; здесь производится расщепление еще и проксимальной части бедра до его диафиза и пластина укрепляется ниже эпифизарного хрища. Из 50 оперированных больных у 46 был получен прочный костный анкилоз уже спустя 3 мес. после оперативного вмешательства; в 4 остальных случаях потребовалась повторная операция, также закончившаяся образованием анкилоза.

Б. Иванов.

Niklas. *Подготовка к местной анестезии* (Zbl. Chir. 1937, 26. 1555—1556). В качестве подготовительного мероприятия к местной анестезии а. рекомендует следующий простой и надежный способ, применимый у всех больных, за исключением детей меньше 14-летнего возраста, у которых методом выбора является авертиновый основной наркоз. Способ состоит во внутримышечном введении больному за $\frac{1}{2}$ часа до операции и после предварительного назначения 0,02 пантопона, 8—10 см³ 10% раствора эвиана; последний довольно быстро вызывает глубокий сон. Спящий больной в кровати доставляется в предоперационную, где и производится местная анестезия; сон длится около часа, причем засыпание и пробуждение больного происходят без возбуждения. На 146 сл. а. ни разу не наблюдал никаких осложнений; отсутствие соответствующего действия отмечено только у единичных больных, но и здесь в результате дополнительного назначения пантопона был получен необходимый эффект.

Б. Иванов.

Svoboda, H. *Борьба с головными болями после повреждений черепа*. (Zbl. Chir. 1937. 11. 624—626). Для борьбы с головными болями, возникающими после повреждения черепа, а. рекомендует профилактическое назначение уротропина независимо от характера и тяжести травмы; при проведении этого мероприятия а. только у 14 из 54 больных наблюдал симптомы повышения внутричерепного давления. При появлении головных болей назначается медленное (2—3 мин). внутривенное вливание 50 см³ 30% раствора виноградного сахара. Вливания повторяются 3 дня подряд, причем больной должен соблюдать строжайший по-кой; на голову назначается холод. Этот способ дал а. отличные результаты.

Б. Иванов.

Schmid, H. H. *Профилактика послеоперационного тромбоза и эмболии*. (Zbl. Chir. 1937. 6. 317—317). С целью профилактики послеоперационных тромбозов и эмболий а. рекомендует поднимать ножной конец кровати. Немедленно после операции под две ножки кровати ставятся деревянные подставки высотой в 25 см, таким образом, чтобы между кроватью и поверхностью пола образовался угол в 25°; это положение сохраняется в течение 4 дней. Применяя этот способ а. не наблюдал ни одного случая послеоперационного тромбоза и эмболии на 500 крупных гинекологических операций, не было также и осложнений со стороны органов кровообращения и дыхания. А. указывает, что предлагаемый им способ не оказывает действия там, где тромбоз имелся уже до операции.

Б. Иванов.

Rudofsky, F. *Видоизменение операции при hallux valgus*. (Zbl. Chir. 1937. 6. 361—362). А. рекомендует следующее видоизменение операции при hallux valgus: после обычной резекции головки 1-й плюсневой кости производится расщепление сухожилия длинного разгибателя большого пальца, начиная от середины основной фаланги до верхней трети первой мегатарзальной кости; образованный лоскут, центральный конец которого остается в соединении с сухожилием, пришивается к надкостнице и суставной сумке на медиальной поверхности основной фаланги, что препятствует отведению пальца в латеральную сторону. Преимуществом этого способа в легких случаях и в случаях средней тяжести является неполное отделение сухожилия разгибателя от места его прикрепления и сохранение тем самым возможности разгибания пальца.

Б. Иванов.

Pike et Tison. *Алкоголь и рак пищевода*. (Acad. de med., fevr., 1937). Авторы полагают, что алкоголь имеет большое значение в этиологии рака пищевода. На 110 наблюдений рака пищевода в 102 случаях (93%) больные употребляли алкоголь в количестве не меньшем одного стакана в день.

В большинстве стран процент заболевания женщин раком пищевода значительно больше, чем во Франции. Авторы объясняют это тем, что женщины во Франции не употребляют алкоголя. На 110 случаев авторов всего было 9 женщин. У больных, употреблявших алкоголь, в 82 случаях из 102 рак был высоко-

расположен (выше бифуркации). У нееющих из 8 случаев в 4 рак был высококо расположен, а в 4 случаях низко. Авторы объясняют высокое расположение рака у больных, употребляющих алкоголь, тем, что в верхней части пищевода алкоголь дольше задерживается, чем в нижней.

Они полагают, что алкоголь, хронически раздражая слизистую, вызывает метаплазию ее, и, таким образом, является канцерогенным фактором.

E. Ауслендер.

Feingeffe^r. Современное положение лечения рака языка. (Soc. de Stomat. de Paris, dec. 1936). Автор указывает на значение ранней диагностики рака языка и предлагает делать биопсию всякой язвы языка, не зажившей в течение 15 дней. При этом страдании исключительно рано поражаются регионарные лимфатические железы.

Автор различает передние и задние дорзо-лингвальные раки и раки инфралингвальные.

Раки языка являются большой частью эпителиомами, очень чувствительными к рентгену и радио, в то время как железы не поддаются этому лечению, поэтому поражения на языке должны подвергаться лечению радием после предварительной подготовки полости рта и удаления металлических протезов, а лимфатические железы должны быть удалены. Операцию эту необходимо сделать возможно раньше и радикальнее.

Лечение способом Кюре дает, по статистике, 23% случаев излечения.

E. Ауслендер.

Pauzat и Forton. Паранефрит у грудного ребенка. (Soc. de Méd. de Bordeaux, 22 января 1937 г.) Флегмоны околопочечной клетчатки встречаются у детей, особенно в грудном возрасте.

Авторы приводят историю болезни ребенка одного месяца, вскормленного грудью матери, у которой имелись трещины сосков и абсцесс на груди. Болезнь у ребенка началась с симптомов вульгарного гастро-энтерита: диареи, рвоты, отказа от груди, темпер. 38,5°, одышки. Объективное исследование не обнаружило ничего патологического; моча нормальная. Ребенок погиб к концу вторых суток. Аутопсия обнаружила на задней поверхности почки скопление гноя в околопочечной клетчатке, в то время как кишечник, аппендицит, почки и др. органы найдены без изменений.

Интерес сообщения, по мнению авторов, заключается в том, что отмечается связь между инфекцией соска матери и околопочечной клетчатки ребенка. Авторы считают, что когда ребенку, у которого в кишках не имеется вируленной флоры, вводится с молоком большое количество стафилококков в пищеварительный тракт, то происходит проникновение бактерий через лимфатический барьер аппендицита (т. к. слизистая не подготовлена еще к защите). Настоящего аппендицита в данном случае не было, инфекция локализовалась в околопочечной клетчатке.

Особенная трудность диагностики этого заболевания у грудных детей может быть несколько облегчена рентгеном.

Авторы полагают, что это заболевание не столь редкое, как обычно считается, ибо оно часто не распознается. Возможно, что часть смертных исходов, отнесенных за счет вульгарного гастро-энтерита, на самом деле стоит в связи с паранефритическими абсцессами.

E. Ауслендер.

б) Акушерство и гинекология.

Vogt, E. Профилактика и терапия внутриматочной асфиксии. (Münch. med. Wschr. 1937, 43, 1690—1692). Консервативная медикаментозная профилактика и терапия внутриматочной асфиксии имеет громадное практические значение. А. приводит симптомы и главнейшие этиологические моменты этого вида асфиксии плода и указывает, что в случаях, где они обусловливаются судорожным состоянием нижних отделов матки, например, после нецелесообразного ведения родов, назначения слишком больших доз препаратов задней доли гипофиза, искусственного разрыва плодного пузыря и после пальцевого расширения маточного зева,—показано назначение противосудорожных средств, препаратов белладоны в форме свечей с прибавлением наркотиков или без них. Если причина асфиксии неясна и осложнения со стороны пуповины могут быть исключены, вводят матери внутримышечно кардиазоль или же при тазовом предлежании вприскивают его в ягодицы плода. Количество оперативных

вмешательств по показаниям со стороны плода значительно уменьшилось после введения в профилактику и терапию внутриматочной асфиксии кардиазоля. При асфиксии, обусловленной усиленной сопротивляемостью мягких частей, показана эпизиотомия под хлор-этиловым или эфирным оглушением. Б. Иванов.

Holzbach, E. *Вскрытие матки под обескровливанием по Эсмарху*. (Zbl. Gyn. 1937. 30. 1746—1747). Для получения почти полного обескровливания при всех акушерских операциях на матке а. рекомендует наложение вокруг шейки ее резиновой трубы толщиной с карандаш; туго перетянув шейку этой трубкой, концы последней фиксируют клеммой. Применяя этот способ в течение 15 лет при малом кесарском сечении, а. оттягивает матку кверху, перетягивает ее шейку указанным образом, вскрывает полость матки продольным разрезом спереди в нижнем отделе тела, удаляет яйцо и зашивает рану стенки матки двухэтажным швом; операция происходит при почти полном обескровливании, причем дополнительное обкалывание кровоточащих участков требуется очень редко. Способ может применяться с хорошим результатом и при отсутствии беременности и не дает никаких вредных последствий. Б. Иванов.

Ostadai, B. *Химическая реакция на беременность по Visscher-Bowman'у* (Zbl. Chir. 1937. 5. 266—268). На основании ряда собственных исследований а. приходит к выводу, что положительный результат реакции, предложенной Visscher-Bowman'ом для определения беременности, зависит не от наличия в моче беременных гормона передней доли гипофиза, как это до настоящего времени считалось, а обусловливается, вероятно, присутствием в моче углеводов, главным образом, лактозы; последняя даже при далеко зашедшей беременности почти всегда находится в моче в значительном количестве. Положительный результат реакции указывает на наличие беременности с вероятностью до 88%, тогда как отрицательный и неопределенный результаты ее не имеют никакого диагностического значения. Практически пользоваться этой реакцией, не являющейся, по мнению а., специфическим гормональным способом, можно только с указанными ограничениями. Б. Иванов.

Speidel. *Легочные кровотечения, появляющиеся незадолго перед менструацией*. (Med. Klin. 1937. 431, 1436—1437). Известно, что так называемые викарирующие менструации встречаются в молодом возрасте (как признак наступающей половой зрелости) и иногда после наступления менопаузы, причем наиболее частой формой их является кровотечение из слизистой оболочки носа; описаны также желудочно-кишечные кровотечения. А. приводит несколько наблюдавшихся им случаев легочных кровотечений, возбудивших прежде всего подозрение на наличие специфического процесса в легких; однако ни клиническое, ни рентгенологическое исследование не обнаружило в них никаких органических изменений. Во всех этих случаях заслуживает внимания появление легочного кровотечения за 2—3 дня до наступления менструации и прекращение его с наступлением нормального маточного кровотечения. Лечение в остром периоде должно состоять в применении кровоостанавливающих (клауден, кальций и т. д.) и абсолютном покое; иногда приходится назначать сердечные средства. Что касается действия препаратов яичника в подобных случаях, то, ввиду кратковременности наблюдения, а. воздерживается от окончательного заключения по этому поводу. Б. Иванов.

в) Урология.

Montagne L. Boud. *Острый везикулит после трансуретральной резекции простаты*. (Urol. a. cut. rev. № 5, 1937). Мужчине 56 лет, страдающему гипертрофией простаты с обычными клиническими симптомами, автор произвел, соблюдая все правила асептики, трансуретральную резекцию аденомы. На третий день после операции наступило повышение температуры. Несмотря на предпринятое на 4—5-й день промывание пузыря раствором акрифлавина через катетер моча содержала бактерии. На восьмой день автор обнаружил наличие везикулита с левой стороны с „грамотрицательными бациллами“ в секрете. В дальнейшем явления везикулита затихли, и образовалась фиброзная форма этого заболевания. Автор допускает мысль, что бактерии могли находиться в скрытом состоянии в семенном пузырьке еще до операции и под влиянием последней развилась острая форма везикулита; возможно, что инфекция попала позднее и везикулит развился в послеоперационном периоде. А. Д.

Welfeld, Kennedy and Hillebrand (Чикаго). Камень простаты после резекции (Urol. a. cut ver. № 5, 1937). Гематурия и пиурия, возникающие вскоре после резекции аденомы в простате, могут служить причиной возникновения инкрустированных циститов, а при наличии этих последних возможно образование камней в пузыре и простатической части уретры. Рассстройства обмена веществ, недостаточность витамина С могут повести к образованию камней. Последнее может быть связано и с гиперпаратиреоидизмом. Наличие инфекции в мочевом тракте и явления застоя в нем, изменения в концентрации мочи, фосфатурия тоже способствуют развитию камней. После резекции простаты остатки и обрывки тканей, кусочки слущивающегося эпителия могут в дальнейшем послужить ядром для образования камня,

А. Д.

Lazarus (Нью-Йорк). Ректо-вазикальная fistula, осложненная заболеванием простаты (Urol. a. cut. rev. № 5, 1937). После краткого литературного обзора, в котором автор подробно остановился на работе Higgins'a, приводятся симптомы заболевания. Главнейшими из них являются: выход из уретры газов с неприятным запахом при мочеиспускании, выделение мочи вместе с калом из прямой кишки. Если fistula незначительная, то благодаря развивающимся явлениям отека на слизистой пузыря каловые массы в пузырь не проникают. Вскоре развиваются явления цистита, причиной которого чаще бывает кишечная палочка. Диагностика заболевания легка на основании описанных симптомов. В качестве диагностических приемов рекомендуется: 1) введение в пузырь раствора индиго-кармина, который при наличии fistula вскоре проникает в прямую кишку, 2) ректоскопия. При наличии карциномы простаты, по-служившей причиной образования fistula, прогноз неблагоприятный. В качестве лечебных приемов могут быть рекомендованы: 1) консервативный метод лечения рентгеном и промывание пузыря через катетр à demeure, 2) применение колостомии, 3) радикальная операция. Дано описание 2-х случаев fistula.

А. Д.

Ewell Maguardt and Sargent. Лечение гидроцеле методом инъекций (Urol. a. cut. rev. № 4, 1937). После краткого обзора литературы дано подробное описание лечения водянки яичка инъекциями хинина или уретана. Авторы разбирают свой материал, касающийся 75 сл. гидроцеле у 68 больных. Авторы стремились вместе с тем изучить и отдельные результаты, имея возможность проследить своих больных не более 37 месяцев. Иногда результаты лечения оказывались превосходными, рецидивы наблюдались лишь в 4-х случаях. Из осложнений авторы наблюдали 7 орхоэпидидимитов. Метод инъекций следует применять как в случаях хронических гидроцеле, так и рецидивирующих. Противопоказаниями являются врожденное гидроцеле, если при этом имеется сообщение с полостью брюшины, опухоли мошонки и туберкулез. Инъекции хинина и уретана ведут не к облитерации мешка, а к рассасыванию образовавшейся жидкости.

А. Д.

Naggiai, M. Туберкулезный абсцесс на penis'e (Journ d'Urol № 2, т. 43, 1937). У 20-летнего мужчины была произведена правосторонняя нефректомия по поводу туберкулеза почки, были явления цистита без туберкулезных палочек в моче и с многочисленными стафилококками в ней. В простате узел в правой половине; придатки и яички нормальны. Из уретры выделений нет, отсутствуют также и субъективные ощущения; при давлении на абсцесс выделений из канала не появлялось и уретроскопическая картина была нормальной. Абсцесс на члене был значительным, он был рассечен и выпущено большое количество гноя. Гистологическое исследование иссеченного кусочка ткани из области абсцесса показало наличие гигантских клеток и туберкулезной инфильтрации. Абсцесс начался в кавернозных телях penis'a. Автор допускает лимфатический и гемигенерный путь проникновения туберкулезной инфекции. Непосредственный же переход из простаты на penis отвергается.

А. Д.

Ticus, M. Кказуистике инородных тел в уретре. (Journ d. Urol № 2, т. 43, 1937). Автор доложил в Марсельском урологическом обществе о мастурбANTE, которому проф. Жанбро удалил однажды из задней уретры стеклянную трубку. Большой вновь ввел себе в уретру с целью мастурбации свинцовую палочку длиной в 10 см, которая была удалена путем наружной уретротомии

А. Д.

Доц. О. Л. Каплан (Москва). По поводу статьи „Простейший способ определения положения головки плода в полости таза“ В. И. Давыдова.	99
А. А. Айдаров (Казань). За правильное обучение студентов медвузов	101
Проф. Н. В. Соколов (Казань). По поводу статьи д-ра Айдарова.	102
Обзоры, рецензии, рефераты и пр.	
Л. А. Юрьева. Защита диссертации	104
Библиография и рецензии. 1) А. Ю. Вяжинский. Эрготизм. Классификация форм, клиника и патологическая анатомия хронического эрготизма. Проф. Галант. 2) Проф. А. Е. Мангейм. Патогенез, клиника и лечение послеродового лактационного мастита. Л. Гольдштейн. 3) Проф. Фикера. Химиотерапия рака. Л. Гольдштейн . . .	105
Рефераты: а) хирургия; б) акушерство и гинекология; в) урология . . .	107

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ.

1. Статьи, присылаемые в редакцию без предварительного согласования, не должны превышать $\frac{1}{2}$ печ. листа (20000 печ. знаков), т. е. *12—15 страниц, написанных 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 с 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 должны быть изложены в сжатом виде. Протоколы, истории болезни должны быть средактированы возможно кратко. В конце статьи обязательно дать краткое резюме или выводы.

5. *Рисунки, диаграммы и таблицы* (самые необходимые) должны быть выполнены так, чтобы допускали непосредственное воспроизведение (контрастные фотографии, рисунки тушью и т. п.). Каждый рисунок должен быть на клее на бумагу с оставлением широких полей, на которых пишется название статьи и № рисунка. В статье место рисунка обозначается на полях. Если к рисунку должны быть даны объяснения, кроме имеющихся в тексте, они пишутся на особом листке.

6. Фамилии иностранных авторов, упоминаемые в статье, пишутся *русским шрифтом*. При сомнении в произношении иностранной фамилии она пишется рядом в скобках иностранными буквами. Анatomические и другие специальные термины надлежит писать в переводе на русский язык. Названия медикаментов писать по латыни только в прописях рецептов.

7. Сокращенные обозначения мер: грамм — г, килограмм — кг, миллиграмм — мг, литр — л, сантиметр — см, кубический сантиметр — см³, миллиметр — мм.

8. Библиографические данные — *только самая необходимая журнальная и монографическая литература* — должны быть написаны *разборчиво* (особенно иностранные источники) и помещены в конце статьи в алфавитном порядке (сначала русские, а затем иностранные) с точным указанием журнала, года, тома, выпуска. При ссылках на книги необходимо дать полное название книги, год и место издания.

9. В конце статьи обязательно ставится *собственноручная подпись автора и его почтовый адрес*. Статья должна иметь визу руководителя учреждения, откуда она исходит.

10. Авторам настоятельно рекомендуется оставлять у себя копии статей, посыпаемых в редакцию. Редакция оставляет за собой право *сокращать и исправлять* рукописи, а *рукописи ненапечатанных работ не возвращать*.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

на 1938 год ИЗДАНИЕ СОВЕТА ФИЛИАЛОВ НА-
УЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ
ТАТАРСКОЙ АССР

(Год издания XXXIV)

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

„Казанский медицинский журнал“ содержит следующие основные отделы: I. Социалистическое здравоохранение, социальная гигиена, профгигиена и профпатология; II. Теоретическая и клиническая медицина; III. Краткие сообщения из практики; IV. Обзоры по наиболее интересным и важным для врача вопросам, рефераты важнейших работ из заграничной печати, рецензии и библиографические заметки о вновь выходящих медицинских книгах, отчеты о научных командировках, о главнейших врачебных съездах, о диспутах при защите докторских диссертаций, о заседаниях медицинских обществ Казани и др. гор. СССР; хроника медицинской жизни в СССР и заграницей; вопросы, ответы и объявления.

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.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПОЧТОВЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Можно также направлять подписку по адресу редакции:

г. Казань, редакция „Казанского медицинского журнала“.

Отв. редактор Е. М. Лепский

Лит. ред. Г. Д. Шапиро

Тех. ред. Г. Е. Петров

7 п. л. В п. л. 67100 зн. Т. 6000—115. Уполн. Татглавлита № Б—301. Наряд № 0556. Сдано в произ.
10/138 г. Подп. к печ. 26/III 38 г. Бум. ст. ф. 60 X 92 см.

Типография при НКМП Тат. АССР. Казань, ул. Миславского, 9. 1938.