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)

№ 5-6

МАЙ-ИЮНЬ

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ
заслуженного деятеля науки
профессора В. С. ГРУЗДЕВА

КАЗАНЬ

РЕДАКЦИЯ:

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

В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

Проф. А. Ф. Агафонов, проф. В. Е. Адамюк, проф. А. Д. Адо, проф. С. М. Алексеев, проф. М. П. Андреев, проф. З. Н. Блюмштейн, проф. Л. М. Броуде, проф. И. П. Васильев, засл. деят. науки проф. А. В. Вишневский, доц. Н. И. Вылегжанин, проф. Р. Р. Гельтцер, проф. Б. Г. Герцберг, доц. Б. С. Гинзбург, доц. Д. Е. Гольдштейн, доц. М. И. Гольдштейн, проф. Н. К. Горяев, 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. Мастбаум, 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, проф. Т. Д. Эпштейн.

Адрес редакции: *Казань, ул. Толстого, № 4/14, тел. 34—02.*

СОДЕРЖАНИЕ.

Стр.

Проф. П. В. Маненков (Казань). Краткий очерк жизни и деятельности заслуженного деятеля науки проф. В. С. Груздева 473

Печатные труды проф. В. С. Груздева 477

Клиническая и теоретическая медицина.

И. С. Колбасов (Казань). Местное обезболивание по Вишневскому при родах 481

Р. И. Мовшович (Новосибирск). К материалам об обезболивании родов ликером скопаном 484

Доц. Х. Х. Мещеров (Казань). К вопросу о циклических изменениях влагалищного эпителия 486

Проф. А. П. Николаев (Сталино). Щитовидная железа и токсикозы беременности. 491

И. А. Покровский (Рязань). Эклампсия без судорог. 497

Г. Л. Дозорцева и Х. В. Кейлина (Минск). Эклампсия по материалам акуш.-гинеколог. кл-ки Белорусского мед. и-та за 11 лет 504

М. А. Рапопорт (Минск). Лечение эклампсии сернокислой магнезией. . . 508

Проф. А. М. Ольшанецкий (Киев). Dekapitatio крючком Брауна в модификации Ольшанецкого. 513

И. В. Данилов (Казань). К упрощению методики реакции Фридманна . . . 516

(Окончание на 3 стр. обложки)



Заслуженный деятель науки
профессор Викторин Сергеевич Груздев

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 5—6 МАЙ—ИЮНЬ 1938
Год издания XXXIV

Краткий очерк жизни и деятельности заслуженного деятеля науки профессора В. С. Груздева.

7 февраля 1938 г. скончался в Казани заслуженный деятель науки профессор Казанского медицинского института Викторин Сергеевич Груздев. Умер ученый с мировым именем, выдающийся преподаватель, талантливый врач-клиницист и замечательный скромный труженик.

Профессор Груздев родился 25 января (по ст. ст.) 1866 г. в бывшей Костромской губернии. Обучается он в духовном училище и в духовной семинарии, но не питает склонности к деятельности служителя религиозного культа. Его привлекают естественные науки и прежде все го—медицина. Викторин Сергеевич твердо решает поступить в военно-медицинскую академию. Задача очень сложная для непривилегированного молодого человека, каким был В. С., а тем более для семинариста. Однако, Груздев настойчив в достижении своей цели. Он сдает трудный экзамен на аттестат зрелости при одной из петербургских гимназий и поступает в военно-медицинскую академию.

Студент Груздев не замыкается в узкие рамки ученической работы. Он стремится расширить и углубить свои общие и специальные познания и, начиная с III курса, упорно занимается научно-исследовательской работой в терапевтической клинике известного профессора Манассеина. Здесь он выполняет две научные работы. За одну из них ему присуждается премия, за другую—зол тая медаль. Студент Груздев—постоянный сотрудник медицинской газеты „Врач". Он, наконец, находит время основать и редактировать один из научно-популярных журналов „Природа и люди".

25 лет В. С. Груздев оканчивает военно-медицинскую академию со званием „лекарь с отличием" и остается по конкурсу при академии в числе врачей так наз. „профессорского института". С этой поры начинается жизнь и работа молодого ученого Груздева.

В течение ближайших 3 лет он успешно проходит стаж ординатора в акушерско-гинекологической клинике проф. Лебедева. Здесь он глубоко изучает основы избранной им специальности акушера-гинеколога, исполняет ординаторские обязанности и, кроме того, с энтузиазмом занимается научной работой. За 3 года ординаторской работы В. С. появляется в печати 8 научных трудов его и диссертация на степень доктора медицины.

Окончив ординатуру и получив в 28 лет степень доктора медицины, молодой ученый направляется в заграничную научную

командировку, где знакомится с медицинскими институтами, клиниками, слушает курсы эмбриологии, физиологии и бактериологии и ведет 5 научных работ в физиологическом институте профессора Hensen'a и в акушерско-гинекологической клинике проф. Wertha в Киле.

Возвратившись из 2-летней заграничной командировки, В. С. получает звание приват-доцента и вскоре—доцента, а 34 лет избирается по конкурсу профессором Казанского университета на кафедру акушерства и женских болезней, которую и принимает в начале 1900/01 уч. года. Итак, почетное звание профессора Груздев получает в наикратчайший срок, добившись его своим упорным, правильно организованным и целеустремленным трудом.

Вступив в должность профессора Казанского университета, В. С. развивает энергичную и всестороннюю деятельность, создавшую ему заслуженную славу. 38 лет он беспрерывно работает в Казани, из них 31 год в качестве заведующего кафедрой и клиникой и последние 7 лет как консультант.

Немало было на первых порах у молодого профессора Груздева препятствий. Нелегко было ему получить признание со стороны сослуживцев и пациентов, имея среди своих предшественников таких известных акушеров-гинекологов, как проф. Красовский, Феноменов и др. Лишь упорно совершенствуясь и гармонично сочетая научную, учебную и лечебную работу, проф. Груздев блестяще преодолевает все препятствия.

С первых дней работы в Казани В. С. намечает программу своей профессорской деятельности и горячо принимается за реконструкцию помещения клиники и реорганизацию ее работы, исходя из требований медицинской науки и техники.

В основу своей профессорской деятельности В. С. кладет гармоническое сочетание научной, учебной и лечебной работы. Он указывает, что развитие акушерства и гинекологии, как практических отраслей медицины, зависит от успешной разработки их теоретических основ. Следуя этому принципу, проф. Груздев подвергает данные клиники теоретическому изучению и, соответственно результатам этого изучения, строит свою клиническую деятельность.

Реконструируя клинику и реорганизуя ее работу, В. С. руководится задачей—поставить свою клинику, как научное, учебное и лечебное учреждение, на надлежащую высоту. С этой целью он создает при клинике хорошую научную лабораторию, очень хороший учебный музей для студентов и врачей и прекрасную обстановку для оперативной помощи больным.

Непрерывно и быстро проф. Груздев выпускает одну научную работу за другой. Каждая такая работа отличается высоким качеством содержания и литературного оформления, демонстрирует строгую научную объективность и добросовестность ее автора. В. С. опубликовал 110 научных работ, тематика их разнообразна; в большинстве случаев темы этих работ навеяны клиникой. В своих научных исследованиях проф. Груздев касает-

ся мало изученных и практически важных вопросов акушерства и гинекологии. Часть его работ посвящена истории этих дисциплин и прежде всего истории акушерства и гинекологии в России. Эти работы являются почти единственными в данной области.

Далее, видное место среди научных трудов проф. Груздева занимают работы, посвященные изучению опухолей женской половой сферы. В. С. много положил труда на исследование строения этих опухолей, на их распознавание и лечение. В этом направлении им высказан ряд новых мыслей и сделаны новые для своего времени предложения.

Ряд исследований проф. Груздева был посвящен разработке методики и техники гинекологических операций. В результате этих исследований была улучшена операционная работа клиники, уменьшилось число осложнений и смертельных исходов после операций.

Не могли не обратить внимания проф. Груздева, как ученого, тяжелые страдания женщин, имеющих так наз. каловые и мочевые свищи. Способы лечения этих больных требовали дальнейшего изучения и проф. Груздев, немало поработав по этому вопросу, добился, наконец, успеха.

Не прошел ученый Груздев мимо вопроса об абортах и внутриматочных впрыскиваниях, часто калечивших женщин. В своих научных работах он наглядно оттенил их вред и обратил на это внимание медицинского мира и общественности.

Пытаясь облегчить другим, особенно молодым, ученым знакомство с научной литературой, В. С. дал несколько обзоров научных работ по акушерству и гинекологии за ряд лет.

Наконец, все добытое своими научными исследованиями и врачебным опытом проф. Груздев положил в основу изданного им оригинального руководства по акушерству и гинекологии для студентов и врачей

Важно отметить здесь же, что о результатах своих научных исследований В. С. постоянно сообщал не только врачам и студентам, но и широким массам. Он нередко опубликовывал популярные статьи по различным научным вопросам, часто выступал с популярными лекциями перед женской аудиторией.

Для полноты характеристики проф. Груздева, как ученого, необходимо добавить, что по его заданию и под его руководством ученики покойного выполнили 200 научных работ, из которых 10 были диссертациями на степень доктора медицины

Как клиницист проф. Груздев много потрудился над организацией лечебного процесса, над диагностикой и хирургическим лечением акушерско-гинекологических заболеваний. Через клинику В. С. прошло около 20 тыс. гинекологических больных и рожениц. Лично проф. Груздевым сделано свыше 3000 крупных гинекологических и акушерских операций.

Безупречный ученый и клиницист, проф. Груздев строго относился к своему долгу преподавателя. Преподавание в его клинике стояло на большой высоте. В своих лекциях он препод-

носил слушателям самое необходимое и научно-строго проверенное. Чтобы привить учащимся навык в правильном подходе к больному и умение практически применить полученный запас знаний, В. С. всегда обращал особое внимание на практическую работу студентов в клинике.

Как преподаватель проф. Груздев всегда был озабочен обеспечением своих слушателей учебниками. Не находя возможным, по скромности своей, приступить к изданию собственного руководства, пока не будет накоплен достаточный личный опыт, В. С. в первое время, при отсутствии русских учебников, заполнял этот недостаток изданием переводных иностранных руководств. Лишь только после Октябрьской революции он издал свое оригинальное и многотомное руководство по акушерству и женским болезням для студентов и врачей. Это руководство, к сожалению, не вполне законченное автором и ставшее теперь библиографической редкостью, является одним из лучших среди русских учебников по акушерству и гинекологии.

Через аудиторию проф. Груздева прошло около 10 тыс. студентов. Не ограничиваясь преподавательской деятельностью в стенах мединститута, В. С. до последнего года своей жизни читал лекции также слушателям Казанского института усовершенствования врачей.

Большой заслугой проф. Груздева, как ученого, клинициста и преподавателя, является, далее, создание им оригинальной научно-практической школы акушеров-гинекологов. Эта школа дала нашей стране 12 профессоров, занимающих кафедры в различных мединститутах Советского Союза и десятки специалистов акушеров-гинекологов. Один из учеников этой школы удостоен звания заслуженного деятеля науки.

Видное место в многогранной и яркой деятельности В. С. занимает его общественная работа.

С первых лет советской власти проф. Груздев энергично принимается за возрождение общественно-научных организаций и органов медицинской печати, почти прекративших свое существование в последние годы царизма. Он становится во главе развалившегося к тому времени Казанского общества врачей и быстро оживляет его деятельность. По почину проф. Груздева и под его непосредственным руководством, как ответственного редактора, возрождается единственный в Казани врачебный журнал „Казанский медицинский журнал“, который вскоре, благодаря необыкновенной энергии и исключительной преданности делу ответственного редактора, становится одним из лучших общемедицинских журналов нашего Союза. В дальнейшем В. С.—ответственный редактор сборников „Труды КГМИ“.

В числе крупных врачебно-общественных заслуг В. С. нельзя не отметить его трудов по организации, созыву и проведению имевших большой успех Поволжских съездов врачей и съездов акушеров-гинекологов. В. С. был членом Варнитсо и состоял депутатом Казанского городского совета.

Вот далеко неполный очерк того, что сделал проф. Груздев.

Оценка этой деятельности дана 1) в сотнях приветствий от различных научно-учебных учреждений Союза, правительственных и общественных организаций и отдельных лиц на пяти юбилейных чествованиях Груздева, 2) в постановлениях правительства, положительно оценившего его деятельность, 3) в избрании проф. Груздева почетным членом 9 ученых обществ нашей страны и т. д.

На ярком фоне своей жизни и деятельности В. С. выделяется как замечательный и скромный труженик. Никто не припомнит такого случая, когда бы он застал проф. Груздева без дела.

Вся деятельность В. С. покоилась на бурном стремлении к знанию и научному исследованию. В ней выявились огромная энергия, работоспособность, целеустремленность и аккуратность покойного. Задуманное и начатое В. С. всегда доводил до конца. Ясно очерченная цель, строгий план, высокое качество содержания и формы—вот стиль работы Груздева. Экономить время, аккуратно и в срок выполнить дело—вот девиз его. И всякий, нарушавший этот стиль и девиз, получал от В. С. резкий упрек. В своих отношениях к людям В. С. всегда обнаруживал чуткость и добросердечность. Он уважал человека и заботился о нем.

Пусть же ценные черты покойного Викторина Сергеевича послужат образцом учащейся молодежи и молодым ученым нашей страны.

Проф. *П. В. Маненков.*

Печатные труды проф. В. С. Груздева.

1. О влиянии потения на свойства желудочного сока и кислотности мочи. Врач, 1889, № 20.

2. Сравнительное влияние обильного и умеренного питья воды на азотистый обмен, усвоение азотистых веществ пищи, кровяное давление и легочно-кожные потери у острых лихорадочных больных. Врач, 1890, №№ 7 — 10.

3. Несколько наблюдений над комбинированным, хирургическим и бальнеологическим лечением женских болезней в Железноводске. Хирург. вестник, 1893. — То же отдельным изданием под заглавием: Железноводск, как женский. курорт. СПБ, 1893.

4. Женский отдел на СПБ гигиенической выставке 1893 года. Врач, 1893. №№ 33—37.

5. Отдел минеральных вод, климатолечения и водолечения на СПБ гигиенической выставке 1893 года. Врач, 1893, №№ 34—36.

6. Маисовая головня (ustilago maydis), как средство, усиливающее родовое сокращение матки. Врач, 1894, № 19.

7. Саркома яичников. Диссертация. СПБ, 1894.

8. К вопросу о начале половой зрелости у петербургских женщин. Труды V съезда русских врачей, т. I.

9. Начало половой зрелости у обитательниц России в зависимости от влияющих на него факторов. Журн. общ. охран. нар. здравия, 1894.

10. К вопросу об этиологии острого многоводия в связи с вопросом о происхождении околоплодной воды вообще. Врач, 1894, №№ 41—44.

11. К вопросу об одиночной перевязке пуповины. Врач, 1895, №№ 9—10.

12. Случай многоводия при однояйцевых тройнях (совместно с д-ром Полотебновым). Врач, 1895, № 17. — То же на немецком языке под заглавием: Fall von Hydramnios bei Drillings—Schwangerschaft. Centr. f. Gyn., 1928, № 25.

13. К вопросу об оперативном лечении перегибов матки назад — retroflexio uteri. Врач. 1896.

14. Versuche über die künstliche Befruchtung von Kanincheneiern. His' Arch. f. Anat. u. Physiol. 1896. — То же на русском языке под заглавием: Опыты с искусственным оплодотворением яиц млекопитающих. Врач. 1897, № 42.

15. Zur statistik der Geburten nach Anteflexio uteri. Münch. m. Woch., 1896 № 46.

16. Zur Histologie der Fallopius'schen Tuben. Zentr. f. Gyn., 1897, № 10.

17. Untersuchungen über die Entwicklung und Morfphologie der menschlichen Uterusmuskul. (совместно с проф. Werth'ом). Archiv für gynaekologie, B. 55, H.2.

18. Исторический очерк кафедры акушерства и женских болезней Военно-медицинской академии и соединенной с нею академической акушерско-гинекологической клиники. СПБ. 1898.

19. К вопросу об отличительном распознавании доброкачественных опухолей яичников от злокачественных. Врач. 1898, № 43.

20. Медицинский отчет о деятельности XII городского родильного приюта в СПБ за первый год его существования. СПБ. 1899.

21. К казуистике повреждения лонного сочленения во время родов. СПБ, 1899.

22. Обзор важнейших работ по акушерству за 1897 г. Русский арх. патологии, клин. мед. и бактериологии. 1899.

23. Обзор важнейших работ по гинекологии за 1897 г. Там же.

24. Бугорчатая киста яичника или осумкованный брюшинный выпот? Врач, 1899, № 41. — То же на немецком языке под заглавием: Tuberkulöse Eierstockscyste oder eingekapseltes Bauchfellexsudat? Monat. f. Gub. u. Gyn., B. XII, H. I.

25. К вопросу о применении углекальция в гинекологической практике. Ежен. „Практ. медицина", 1899, № 43.—То же на нем. яз., под заглавием: Ueber die Anwendung des Calcium-Carbids in der gynaekologischen Praxis. Münch. m. Woch., 1900, № 24.

26. К учению об искусственных преждевременных родах. Врач, 1899, №45.— То же на нем. яз. под заглавием: Zur Kasuistik der künstlichen Frühgeburt. Zentrbl. f. Gyn., 1900, № 17.

27. О фибромиомах рукава. Врач, 1900. №№ 8 — 10.

28. W. Nagel. Гинекология. Перевод под редакцией и с дополнением проф. Груздева. СПБ, 1900.

29. Обзор важнейших работ по акушерству за 1898 г. Русск. арх. пат., 1900.

30. Обзор важнейших работ по гинекологии за 1898 г. Там же.

31. К патологии желтых тел яичника. Там же, 1901.

32. Обзор важнейших работ по акушерству за 1899 г. Там же.

33. Обзор важнейших работ по гинекологии за 1899 г. Там же.

34. Взгляд на прошлое, настоящее и будущее акушерско-гинекологической науки. Русск. врач, 1902, № 2.

35. Уретропластика по идее проф Субботина в гинекологической практике. Рус. врач, 1902, № 32.—То же на нем. яз. под заглавием: Urethroplastik nach der Idée von Subbotin in der gynaekoligischen Praxis. Zentr. f. Gyn., 1902, № 35.

36. К технике брюшных чревосечений. Рус. врач, 1903, №№ 1 - 2. — То же на нем. яз. под заглавием: Beitrag zur Technik der Laparocoeliotomie. Die med. Woche, 1904.

37. К диагностике беременности при гипертрофии маточной шейки. Практ. врач, 1903, № 1. — То же на нем. яз., под заглавием: Beitrag zur Diagnostik der Schwangerschaft bei Hypertrophie des Gebärmutterhalses. Med. Woche, 1903, № 20.

38. К вопросу о перекручивании ножки яичниковых опухолей. Врач. газета, 1903, № 17.

39. O. Küstner. Краткий учебник гинекологии. Перевод под редакц. и с дополнением проф. Груздева. Русск. изд. 1, СПБ, 1903.

40. К терапии пузырных свищей у женщин. Рус. врач, 1903, № 3 — То же на нем. яз. под заглавием: Zur Therapie der Blasenfisteln bei Frauen. Allg. wiener med. Zeitung, 1904, №№ 35 — 38.

41. К вопросу о так наз. „возвращающихся фиброидах" матки. Рус. врач, 1904, № 9.

42. К вопросу о кистах желтых тел яичника. Журн. акушер. и ж. б. 1905. То же на нем. яз. под заглавием: Beitrag zur Frage d. proliferirenden aus Luteinzellen bestehenden Ovarialgeschwülste. Arch. f. Gyn., B. 70, H. 3.

43. К вопросу об инородных телах в брюшной полости и об отношении к ним брюшины. Рус. врач, 1906, № 30.—То же на нем. яз. под заглавием: Beitrag zur Frage der Fremdkörper in der Bauchhöhle und über das Verhalten des Bauchfelles den Fremdkörpern gegenüber. Zentr, f. Gyn., 1906. № 46.

44. Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России. Журн. акуш. и ж. б. 1906. — Акушерско-гин. учреждения России. На русском, нем., франц. и английском языках.

45. К вопросу об осложнении влагалищно-пузырных свищей ущемлением вывороченного пузыря. Рус. врач, 1907, № 4 — То же на нем. яз. под заглавием: Zur Frage der Komplikation der Vesico-Vaginalfisteln durch Inkarzeration der vorgefallenen Blase. Zentr. f. Gyn., 1907, № 35.

46. K. Schröder. Учебник акушерства. Пер. под ред. и с дополн. проф. Груздева. Русск. изд. VI, 1908.

47. К вопросу о границах применения лапаротомии с продольным разрезом, лапаротомии с разрезом по Pfannenstiel'ю и кольпотомии в гинекологической практике. Журн. акушерства и ж. б., 1908 г.

48. К диагностике и терапии гигантских опухолей женской половой сферы. Журн. ак. и ж. б., 1910.

49. O. Küstner. Краткий учебник гинекологии. Пер. под ред. и с доп. проф. Груздева. Рус. изд. 2, 1910.

50. Полная атрезия рукава во время беременности. Практ. врач, 1910, № 3—4.

51. К вопросу о замене резиновых перчаток в акушерско-гинекологической практике. Нов. в мед., 1910.

52. Казанская акушерско-гинекологическая клиника, ее состояние и деятельность. Сб. V международного конгресса акушеров и гинекологов. СПБ, 1910.

53. К патологии и терапии рака матки. Рус. врач, 1911, № 13.

54. O. Küstner. Краткий учебник гинекологии. Пер. под ред. и с дополнен. проф. Груздева. Рус. изд. 3. СПБ, 1912.

55. Zur Frage der Ausspülungen der Bauchhöhle bei Laparotomien. Verh. d. VI Kongr. d. Geb. u. Gyn. in Berlin.

56. Несколько наблюдений над внематочной беременностью. Практ. врач, 1913, №№ 34 — 35.

57. К патологии и терапии atresiae ani vaginalis. Хир. арх. Вельяминова 1913, кн. 5.

58. Уродства и уроды. „Знание для всех". 1914.

59. Наследственность. Там же. 1917.

60. Курс акушерства и женских болезней. Часть I. Анатомия и физиология женского полового аппарата (с атласом). М. 1920.

61. К вопросу об образовании искусственной уретры из прямой кишки. Рефер мед. журн., 1921, № 4 — 5.

62. К вопросу о клиническом значении наклонений и перегибов матки кзади (retroversio — flexio uteri). Казанский мед. журн., 1921.

63. Курс акушерства и женских болезней. Часть II. Акушерство. 2 тома. Берлин, 1922.

64. Гинекология. Изд. I. Казань, 1922.

65. Радиотерапия рака матки. Казанский мед. ж., 1922, № 1.

66. К вопросу о чревосечении чрез паховые каналы. Гинекология и акушерство, 1922, № 1.

67. Отчет о деятельности общества врачей при Казанском университете за 1921 г. и взгляд на его задачи в будущем. Каз. мед. ж., 1922, № 1.

68. Внутриматочные впрыскивания и внематочная беременность. Каз. мед. журн., 1923, № 3.

69. I Поволжский съезд врачей. Каз. мед. ж., 1923, № 4.

70. К радиотерапии рака матки. Каз. мед. ж, 1924, № 1.

71. К патогенезу проляпсов женского полового канала. Гин. и ак., 1924, № 2.

72. Elevatio uteri und Hirschprung'sche Krankheit. Festschrift f. Theilhaber. Berlin.

73. Luis Pasteur. На татарском языке.

74. К учению о фибромиомах матки (фибромиомы матки и бесплодие). Каз. мед. ж., 1925, № 1.

75. Казанский Гос. институт для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. Каз. мед. ж., 1925, № 4.

76. К 25-летию Казанского медицинского журнала. Каз. мед. ж., 1926, № 1.

77. К вопросу об ответственности врачей-гинекологов и хирургов за оставление инструментов и др. предметов в брюшной полости больных при чревосечениях. Каз. мед. ж., 1926, № 2.

78. Борьба с раком матки в условиях современной нашей действительности. Труды VII всес. съезда акуш. и гин. в Ленинграде. 1926.

79. Взгляд на историю и современное состояние эмбриологии. Вестн знания 1926, № 6.
80. История гинекологии. Руков. по жен. бол. под ред. проф. Л. А. Кривского. Изд. 1-е. Ленинград, 1927. Изд. 2, 1931 г.
81. К учению о женской гипоспадии. Каз. мед., ж., 1927, № 3.
82. Хирургическая стерилизация женщин. Журн. ак и ж. б., 1927, № 4.
83. Грыжа беременной матки в рубце после аппендектомии. Каз. мед. ж., 1927, № 6 — 7.
84. Искусственный выкидыш, как социальное зло, и борьба с этим злом. Каз. мед. ж., 1928, № 1. Труды II Поволжского съезда врачей в Саратове.
85. 60-летие об-ва врачей при Казанском университете. Каз. мед. ж, 1928, № 1.
86. К современному положению вопроса об абдоминальном кесарском сечении (совместно с проф. А. И. Тимофеевым) Каз. мед. ж., 1928, № 8. Труды VIII всес. съезда ак. и гин. Киев, 30 г.
87. Гинекология. Изд. II. М., 1928.
88. Профессор Иван Григорьевич Савченко. Каз. мед. ж., 1929.
89. Влагалище. Больш. мед. энциклоп., т. V.
90. Гинекология. Ibid., т. VII.
91. Гинекология. Изд. III. М., 1930.
92. История акушерства. Для сборн. рук. по акуш. под ред. проф. Малиновского.
93. Многоплодная беременность. Сборн. работ Казанск. гос. мед. ин-та за 1933 г., № 5 — 6.
94. Анатомия и гистология матки. Больш. мед. энциклоп., т. XVII.
95. Маточные кровотечения. Сборн. работ Каз. гос. мед. ин-та за 1933 г., № 5—6; Б. мед. энц., т. XVII.
96. Функциональные заболевания матки. Там же.
97. Оперативное лечение рака матки. Малиновский и Кватер. Рак женской половой сферы. 1933, стр. 58 — 86.
98. Патология родов. Больш. мед. энц.
99. Материалы к вопросу о внематочной беременности. Мед. монографии Каз. мед. ж., вып. X, 1932.
100 Stöckel. Курс акушерства. Пер. под ред. и с доп. В. Груздева, Рафалькеса и Фейгеля. М.
101. Обзор случаев внематочной беременности, стационарно наблюдавшихся в Казанских акушерско-гинекологических клиниках за 1931 и 1932 г. г. Сборники работ Казанского гос. мед. ин-та за 1933 г., № 5 — 6.
102. Показания и противопоказания к искусственному выкидышу. Каз. мед. ж. 1933, № 7.
103. К вопросу о хорион-эпителиоме, первично развивающейся в трубе на почве эктопической беременности (совместно с доц. Е. Д. Рузским). Сборники работ Каз. гос. мед. ин-та за 1933 г., № 5 — 6. — То же на нем. яз. под заглавием: Zur Kenntnis des primären Chorion-epithelioms der Tube auf Grund ektopischer Gravidität. Zentralblat. f. Gyn., 1933, № 44.
104. Уродства плода. Больш. мед. энцик., XXV.
105. Краткий обзор диагностики, профилактики и терапии главнейших болезней женской половой сферы. Спутник сов. врача, Казань, 1933.
106. К 100-летию акушерско-гинекологической клиники Казанского медицинского института (с 8 рис. и 3 портретами). Сборн. Казанск. гос. мед. института за 1933 г., № 5 — 6.
107. Роды (совместно с Архангельским, Брауде, Бубличенко, Гентером, Колосовым, Курдиновским, Мазо, Малиновским, Селицким, Скробанским и Фейгелем). Больш. мед. энц., т. XXIX, 1934.
108. Stöckel. Основы акушерства. Пер. под ред. и с доп. В. Груздева, Рафалькеса и Фейгеля. М. изд. 2.
109. К столетию (103-летию) акушерско-гинекологической клиники Казанского госмединститута. Труды Казанского госмединститута. 1935, т. IV.
110. Краткий обзор деятельности кафедры акушерства и гинекологии и факультетской акушерско-гинекологической клиники Казанского госуниверситета за время с 1916 по 1929 г. Там же.
111. А. А. Новицкий и А. М. Волосович. Влагалищное грязелечение. С предисловием и под редакцией засл. деятеля науки проф. В. Груздева. Казанский мед. журнал, 1936.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков) Казанского госуд. медицинского института.

Местное обезболивание по Вишневскому при родах.

И. С. Колбасов.

Местная анестезия применяется для обезболивания нормальных родов в различных модификациях. Проводя обезболивание родов, я придерживался метода, предложенного профессором А. В. Вишневским.

Последний разделяет свой метод на два этапа. Первый этап начинается со второй половины периода открытия, когда анестезирующий раствор вводится в участки отраженных болей на коже.

Прежде чем приступить к введению раствора, при $2^1/_2$—3-х пальцах открытия, предварительно, путем расспроса роженицы, определяются наиболее болезненные места передней брюшной стенки и крестцово-поясничной области. Обычно спереди эти места располагаются между пупком и лобком с различным распространением по бокам от средней линии. Сзади наиболее болезненные места совпадают с ромбом Михаэлиса.

После соответствующей обработки кожи спиртом и иодом, кожные зоны, «отраженных» болей анестезируются в виде ромба из двух уколов на передне-боковых поверхностях живота. Кроме этих двух уколов Вишневский анестезирует также в виде ромба пояснично-крестцовую область и делает два укола в боковых отделах поясничной области. Последние два укола делаются только в тех случаях, когда у роженицы боли имеют опоясывающий характер.

В каждом из указанных мест уколов тонкой иглой двухграммового шприца делается сначала кожный желвак. Затем длинной тонкой иглой десятиграммового шприца прокалывают кожный желвак и, предпосылая инъицируемый раствор, продвигают иглу близко под кожей. Таким образом из двух уколов, в виде ромба, анестезируется кожа передней брюшной стенки ниже пупка,

области ромба Michaelis'a и боковых стенок живота. На все это расходуется 350 куб. см анестезирующего раствора, приготовленного по следующей прописи:

Rp. NaCl—5,0, KCl—0,075, $CaCl_2$—0,125, Aq. destill. 1000,0. Novocaini 2,5.

С наступлением периода изгнания Вишневский предлагает переходить ко второму этапу обезболивания, при котором тем же анестезирующим раствором непосредственно обрабатываются травматизируемые родовым процессом нервы в следующем порядке:

1) двумя уколами, сделанными на четыре пальца выше симфиза и столько же кнаружи по обеим сторонам от средней линии, длинной иглой анестезируют переднюю половину больших половых губ; 2) оставляя роженицу на спине с разведенными бедрами, делают еще два укола пальца на три кпереди и кнаружи от anus'a соответственно ischiorectaln'ой ямке, и вводят сюда раствор по 40 куб. см с каждой стороны. Игла проводится в мягкие ткани на 3—4 см, причем ей придается направление к задним концам больших срамных губ.

В некоторых случаях для полноты анестезии автор рекомендует свою копчиковую анестезию, которая заключается в том, что в боковом положении роженицы, нащупав верхушку копчика, через предварительный кожный желвак продвигают иголку по направлению передней поверхности крестца, но не глубже верхушки копчика, и сюда вливают 40 куб. см анестезирующего раствора. Для обоих этапов анестезии Вишневский рекомендует ориентироваться на 400—450 куб. см, как предельную дозу.

Придерживаясь такого метода анестезии, я провел обезболивание 35 нормальных родов, из них 15 у первородящих, 20 у повторнородящих. Для обезболивания выбирались роженицы с сильно выраженными родовыми болями. В большинстве случаев обезболивание начиналось в конце первого периода родов.

Оценка эффективности обезболивания производилась на основании опроса рожениц и по их общему поведению во время родов. Анестезирующий раствор применялся холодный без подогревания его перед употреблением. Шприц и иглы каждый раз кипятились, места уколов заклеивались коллодием.

В наших случаях обезболивание дало следующие результаты: 1) полное обезболивание наступило в 6 случаях; 2) уменьшение болей в 26 случаях; 3) эффекта не было в трех случаях.

Из трех случаев с отрицательным результатом в одном обезболивание по Вишневскому было применено после безуспешного обезболивания по способу Лурье (Pantopon 1%—1,0+Sol. Magn. sulf. 30%—3,0, внутрь смесь с хлоралгидратом—15,0 и Veronal—0,5) В двух же остальных случаях анестезирующий раствор был несвежего приготовления (получен из аптеки несколько дней тому назад).

В случаях с положительным результатом обезболивания уменьшение болей наступало быстро, через 1—2 схватки, и анестезия держалась 4—5½ часов.

Наблюдая за обезболиванием непосредственно у родильного стола, не отходя от роженицы, от начала обезболивания до конца родов, я получил самое благоприятное впечатление от способа обезболивания по Вишневскому. Однако не все роженицы охотно соглашаются на обезболивание посредством уколов. Скробанский считает даже, что производство многочисленных глубоких и болезненных уколов едва ли может найти себе применение при нормальных родах. Мне неоднократно приходилось слышать отказ от обезболивания путем инфильтрационной анестезии рожениц, заявлявших, что они боятся уколов, что от уколов еще больше будет боль. И только тогда, когда родовые боли усиливались и переходили порог терпимости, роженицы соглашались на обезболивание путем местной анестезии.

Несомненно, что причиной протеста некоторых рожениц против этого вида обезболивания является известное предубеждение против всякого вида уколов. Однако болезненность при уколах, производимых с целью обезболивания родов, ограничивается только первым поверхностным уколом. Она по сравнению с теми болями, которые женщина испытывает во время родов, ничтожна и ни в коем случае не может служить препятствием на пути массового распространения этого вида акушерского обезболивания. Тем более, что местная анестезия не нарушает динамики хода родового акта. Схватки не ослабляются и не замедляются, а в некоторых случаях, наоборот, отмечается удлинение их и заметное укорочение пауз между ними. Период изгнания при этом ускоряется, вследствие расслабления мышц тазового дна, в связи с исчезновением болевых ощущений у роженицы.

Неблагоприятного влияния на плод данный способ обезболивания не оказывает. Сердцебиение плода во время обезболивания не изменялось. Все дети родились живыми, активными, с громким криком. Случаев асфиксии не было. Развитие этих новорожденных за время пребывания их в клинике не нарушалось. Никаких уклонений со стороны их общего состояния не отмечалось.

Наконец, обезболивание по методу Вишневского нисколько не отражалось и на общем состоянии роженицы. Ни со стороны пульса, ни со стороны дыхания никаких изменений не отмечалось. Во всех наших случаях послеродовый период проходил без отклонений от нормы.

Если учесть, далее, предположение Вишневского о том, что местная анестезия играет большую роль в профилактике послеродовых заболеваний, особенно септического характера, то все это, вместе взятое, является достаточным основанием к тому, чтобы признать, что местное обезболивание по Вишневскому не только может, но и должно найти себе применение при массовом обезболивании родов. И наша клиника, испробовавшая уже не один способ обезболивания родов, перешла сейчас исключительно на обезболивание по способу Вишневского.

Основные выводы из наших наблюдений следующие:

1. Метод местной анестезии по Вишневскому при родах дает прекрасный результат без всякого вреда для матери или для плода.

Ни в одном случае применения скопана мы не наблюдали изменений в состоянии плода, которое требовало бы немедленного родоразрешения. В дальнейшем новорожденные не теряли в весе больше обычного. Желтуха новорожденных на 200 детей наблюдалась в 28 случаях (14%) I степени и в 3 (1,5%) случаях II степени. По Гентеру желтуха новорожденных встречается до 88%. В одном случае имелась кефалогематома у ребенка первородящей; роды продолжались 33 ч. 30 мин., из них без вод 5 часов. Все дети выписаны в хорошем состоянии.

На основании нашего немногочисленного материала можно придти к заключению, что скопан является таким средством, которое в 58% случаев дает хороший обезболивающий эффект, не проявляет особого вреда в отношении плода и матери, хотя в последовом периоде несколько увеличивает потерю крови.

Литература: 1. Бабенков, А. и гин., № 9, 193[illegible].—2. Липманович и Рождественская, А. и гин., № 12, 1937.—3. Проф. Скробанский, Сов. медицина, № 8, 193[illegible].—4. Проф Кватер, там же.—5. Проф. Николаев, Обезболивание родов (Труды II конференции акушеров-гинекологов Донецкой области) под редакцией проф. Жмакина. 1936.—6. Проф. Илькевич, Проблемы теоретической и практической медицины. Сборник № 4.
Поступила в ред. 5.IV. 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков) Каз. гос. мед. института.

К вопросу о циклических изменениях влагалищного эпителия.

Доц. **Х. Х. Мещеров.**

Циклические изменения слизистой оболочки матки и связь этих изменений с овариальной функцией, установленные выдающимися работами Гичмана и Адлера, побудили многих ученых произвести клинические и экспериментальные исследования в надежде обнаружить подобные изменения как в других органах половой сферы, так и вне ее. Вскоре появились работы, указывающие на циклические изменения слизистой фаллопиевых труб, в грудных железах и других органах.

Мы коснемся лишь изменений в слизистой оболочке влагалища в связи с менструальным циклом; тема была предложена мне для разработки покойным проф. В. С. Груздевым. Цондек и Ашгейм описали как биологические, так и гистологические изменения слизистой влагалища у белых мышей, крыс и свинок. Указанные авторы также установили закономерность этих изменений соответственно различным стадиям течки. Ими обнаружено, что в стадии покоя слой эпителия влагалища бывает наиболее тонким, перед течкой он утолщается с тем, чтобы во время oestrus постепенно истончиться. Характерные гистологические изменения имеются в строении вагинального эпителия у грызунов, состоящие в том, что эпителий перед течкой разделяется на 3 слоя: поверхностный, состоящий из не-

скольких рядов больших, круглых клеток; средний слой ороговевших клеток, и базальный—также из больших с круглыми ядрами клеток. Первые два слоя во время течки постепенно слущиваются, и базальный слой остается обнаженным. Прогрессивный процесс, т. е. восстановление первых двух слоев, начинается после oestrus и заканчивается перед новой течкой. Указанные превращения эпителия настолько типичны и постоянны, что, исследуя мазки вагинального секрета, можно с определенностью установить стадию полового цикла.

Рассуждая априорно, мы должны предполагать возможность тех же изменений и в женской вагине. И действительно, дальнейшие исследования ряда авторов указывают на верность такого предположения лишь с некоторыми отклонениями. Первые наблюдения в этом направлении сделаны Стиве[3]). Обстоятельная же работа по вопросу о гистологических изменениях влагалищного эпителия у женщин и связи этих изменений с овариально-менструальным циклом была опубликована Дирксом в 1927 году.

Исследовав гистологически слизистую вагины у 30 женщин, Диркс указал здесь на периодические процессы восстановления и обратного развития, происходящие в продолжение менструального цикла. Из этой работы видно, что многослойный плоский эпителий влагалища женщины диференцируется на 3 слоя: 1) поверхностный, по аналогии со слизистой матки, названный Дирксом функциональным или пролиферационным слоем, 2) лежащий под ним слой — „интраэпителиальная зона ороговения“ и 3) базальный слой.

Функциональный слой, состоящий по Дирксу из нескольких рядов больших клеток с круглыми ядрами, появляется в первые дни после начала менструации. Количество рядов клеток этого слоя зависит от стадии менструального цикла.

Чем ближе к следующим месячным, тем больше их, и перед регулами их количество максимально. С наступлением кровей, а иногда и раньше, клетки данного слоя пластами отторгаются на границе с интраэпителиальной зоной ороговения, унося иногда клетки последней.

Под функциональным слоем, по Дирксу, располагается слой вытянутых параллельно поверхности эпителия клеток с палочковидными ядрами. Этот слой состоит из нескольких рядов клеток, хорошо воспринимающих окраску. И, наконец, третий слой по Дирксу представляют большие клетки с круглыми ядрами, расположенные также в несколько рядов, причем клетки ряда, граничащего со стромой, имеют цилиндрическую форму. Стиве, проверивший данные Диркса, пришел к выводу, что слизистая вагины женщин претерпевает периодические изменения иного характера. Утолщение слизистой по Стиве объясняется изменениями не только в эпителии ее, но и в строме. Эти изменения зависят от переполнения слизистой оболочки кровью и лимфой перед месячными, причем изменения в эпителии не бывают такими постоянными, ясно выраженными, как на то указал Диркс. Эти изменения влагалищного эпителия, равно как описанные Дирксом, Стиве не считает специфичными для влагалища, так как он находил их в эпителии других органов и даже у мужчин в пищеводе. Далее, Стиве отрицает и связь изменений в эпителии влагалища с овариально-менструальным циклом.

Стемсгорн, обследовав у 32 гинекологических больных слизистую рукава, хотя и нашел в некоторых случаях трехслойность эпителия, однако не так регулярно, как сообщает Диркс. Средний слой эпителия влагалища, названный Дирксом „зоной ороговения“ Стемсгорн именует „зоной уплотнения“. Далее, утолщение эпителия перед регулами он объясняет простым набуханием вытянутых клеток от соприкосновения с кислотным содержимым влагалищного секрета. Панков, подтверждая цикличность изменений влагалищного эпителия, заявляет, что она подвержена значительным колебаниям у одной

и той же женщины. В русской литературе появилась оригинальная работа Бочкарева и Павловой, правда, основанная на небольшом материале, доказывающая, что во влагалище действительно происходят циклические изменения, однако максимум их совпадает не с менструацией, а с овуляцией. Работа основана на изучении клеточного состава промывной жидкости вагины.

Разноречивость результатов исследования различных авторов побудила нас произвести ряд гистологических исследований слизистой оболочки влагалища у женщин в различные периоды менструального цикла.

Материалом для наших исследований служили кусочки, взятые из передней стенки рукава у 56 женщин. В целях исключения травматизации влагалищного эпителия, внутреннее исследование у большинства этих женщин прекращалось за 5—6 дней до взятия кусочка. По этим же соображениям отмечался день последнего полового акта. Явно больные и с расстройством овариально-менструального цикла в исследование не включались. К намеченному для эксцизии участку, после осторожного введения заднего зеркала, прикладывался кусочек ваты, смоченной в спирте, причем этот участок не протирался из-за боязни повредить поверхностный эпителий.

Под местной анестезией (1/4% раствор новокаина) вырезывался кусочек (примерно 1×0,5 см) с последующим наложением 2—3 кетгутовых швов на рану. Удаленный кусочек проводился через спирты возрастающей крепости и заливался в парафин. Срезы окрашивались по Ван-Гизону, гематоксилин-эозином и на гликоген по Бесту.

У 7 из 56 женщин эксцизия производилась два раза в различные стадии менструального цикла.

Клинически все исследованные женщины распределяются следующим образом: наибольшую группу (30 человек) составляют женщины, не имевшие субъективных и объективных изменений, за исключением жалоб на бесплодие; диагнозы у остальных: у 12 женщин ruptura colli uteri, у 9—descensus et prolapsus vaginae et uteri, у 2—infantilismus uteri, у 1—cancer colli uteri, у 1—fibromyoma uteri и у 1—ruptura perinei.

Рассмотрим обе эти группы в отдельности. В первую группу вошли в возрасте до 25 лет 4 жен., от 25 до 30 лет—9, от 30 до 40 лет—16, от 40 до 50—1; во вторую группу до 25 лет—3 женщины, от 25 до 30 л.—7, от 30 до 40 л.—9, от 40 до 50 л.—4, выше 50—3. В последней группе имеются 4 женщины с лактационной аменореей и 2 старухи, не имеющие регул в течение 3—6 лет.

Первые месячные появились в I группе: в 12 лет у 1 женщины, с 13 до 17 лет—у 27, и в 18 л.—у 2; во II группе с 13 до 17 л.—у 25, в 18 л.—у 1.

Взятие кусочков производилось у женщин первой группы при той или иной влагалищной операции по поводу бесплодия (продувание труб, расширение шейки матки), у второй же группы женщин—при операциях по поводу основного заболевания. С целью проследить все разнообразие и закономерность изменений в слизистой

влагалища мы произвели эксцизию у женщин в различные периоды менструального цикла.

В кусочках слизистой оболочки влагалища женщин, принадлежащих к первой группе, мы наблюдали периодически, закономерно протекающие процессы развития и регресса, происходящие, главным образом, в эпителиальном слое ее. Последний то утолщается, принимая вид трехслойного эпителия, то становится ниже вследствие отторжения функционального слоя. Указанные процессы восстановления и обратного развития протекают параллельно менструальному циклу. Строма слизистой тоже не остается без изменений; она набухает из-за крове-и лимфонаполнения в предменструальном периоде или спадается во время месячных и вслед за ними.

Для лучшей демонстрации восстановления и обратного развития слизистой оболочки вагины рассмотрим эти изменения в различные дни менструального цикла от начала последних менструаций.

На 5-й день от начала регул функциональный слой состоит из небольших островков клеток, на большей же поверхности он совершенно отсутствует. Интраэпителиальная зона уплотнения состоит из 5—6 рядов вытянутых параллельно поверхности клеток, с палочковидными ядрами, хорошо воспринимающими краску. Местами этот слой разрыхлен. Базальный слой состоит из 10—15 рядов крупных клеток с круглыми, менее интенсивно окрашенными ядрами; пограничные со стромой клетки располагаются палисадообразно в один ряд. Строма несколько отечна, сосуды расширены и наполнены кровью.

На 7—8-й дни после начала регул ясно появляется функциональный слой, состоящий из 2—3 рядов крупных, неинтенсивно окрашенных клеток с круглыми ядрами. В некоторых препаратах и у различных женщин этот слой вариирует; он то более толст и непрерывен, то менее выражен и местами отсутствует. Интраэпителиальная зона уплотнения более высока, чем в предыдущие дни и состоит из 6—8 рядов вытянутых клеток с палочковидными ядрами. Базальный слой состоит из 6 —15 рядов таких же клеток, как и на 5-й день. Картина стромы несколько отличается от предыдущей: нет отечности и расширения сосудов.

11-й день от начала регул. Ясно выражен функциональный слой. Он состоит из 4 — 5 рядов крупных, с круглыми ядрами клеток. Зона уплотнения представляет полосу, состоящую из 4 — 5 рядов, тесно прилегающих друг к другу вытянутых клеток с хорошо воспринимающими окраску палочковидными ядрами. Базальный слой и строма ничем не отличаются от предыдущего препарата.

15 й день от начала месячных. Три слоя эпителия. Границы отдельных клеток этого слоя местами выражены слабо. Функциональный слой содержит 6—8 рядов крупных клеток с круглыми ядрами. Зона уплотнения состоит из 7 — 8 рядов вытянутых клеток с палочковидными ядрами. Базальный слой высок, слабо воспринимает окраску. Строма без особых изменений.

20-й день от начала регул. Ясно контурирующаяся трехслойность эпителия. Функциональный слой высокий в 8 — 10 рядов. Границы

его клеток совершенно стушованы, местами ядра отсутствуют. Видны щели между первым и вторым слоями. Зона уплотнения местами состоит из более крупных клеток. Базальный слой высокий с резко очерченными границами крупных клеток.

26-й день от начала регул. Резко выраженная трехслойность. Функциональный слой отечный, отдельных клеток не видно, имеются лишь немногочисленные ядра с нерезкими контурами. Этот слой резко отграничивается и местами отторгается пластами от второго слоя.

Необходимо отметить, что высота функционального слоя на некоторых участках препарата из слизистой влагалища этой женщины представляется неравномерной; местами этот слой ниже, чем следовало ожидать. Так, в препаратах трех женщин этой группы неравномерность функционального слоя особенно бросалась в глаза. Зона уплотнения на границе с функциональным слоем более компактна, ядра резко окрашены. Базальный слой, состоящий из плоского эпителия, хорошо выражен. Строма отечна, сосуды расширены и наполнены кровью.

Что касается гистологической картины слизистой влагалища второй группы женщин, то у 12 она ничем не отличалась от того, что мы наблюдали на препаратах женщин первой группы в соответствующие дни цикла, у 8 же женщин функциональный слой хотя и был ясно выражен, однако правильности в строении рядов клеток этого слоя мы не наблюдали. Здесь чаще встречались травматизированные участки, и хорошо развитый функциональный слой чередовался с обнаженным базальным слоем. Строма слизистой оболочки влагалища женщин второй группы представляла картину аналогичную первой группе.

Микроскопическая картина срезов, принадлежащих кормящим грудью женщинам, представляется такой же, как и вскоре после начала месячных: т. е. наблюдается 2 слоя эпителия — зона уплотнения и базальный слой. Местами, правда, встречаются клетки, напоминающие клетки функционального слоя; но они не образуют л ошного слоя, составляют максимум 1 — 2 ряда, ядра их более вытянуты, чем в клетках выраженного функционального слоя.

У старух и женщин с полным выпадением матки функциональный слой отсутствует, сохраняется только два слоя, из которых поверхностный дает типичную картину ороговения.

Выводы. 1. Во влагалищном эпителии происходят циклические изменения: после менструации появляются функциональный слой и зона уплотнения, достигающие максимума перед следующими месячными.

2. Циклические изменения влагалищного эпителия совпадают с менструальным циклом.

3. Циклические изменения влагалища аналогичны циклическим изменениям слизистой матки и тесно связаны с функцией яичников.

4. Для наблюдения развития функционального слоя необходимо устранить травматизацию эпителия.

5. У женщин с заболеванием половой сферы влагалищный цикл может протекать атипически.

6. **Циклические изменения в эпителии влагалища не так постоянны и не столь резко выражены, как в слизистой матки.**

Литература: 1. Hitschmann и Adler, Mschr. Geburtsch. 27., 1908.—2. Stemshorn, Zbl. f. Gynäk. № 37—1928.—3. Stieve, Zbl. f. Gynäk. № 4—1931.—4. Pankow, Zbl. f. Gynäk. № 38 и 43—1928.—5 Бочкарев и Павлова, Акуш. и гинек. № 9—10—1937.—6 Zondek и Aschheim, Klin Wschr. № 22—1926.—7. Dierks, Arch, f. Gunäk. 130, 1927, 138—1929.

Поступила в ред. 20. IV 1938. г.

Щитовидная железа и токсикозы беременности.

Проф. **А. П. Николаев.**

Роль щитовидной железы в экономике организма весьма велика. Щитовидная железа (щ. ж.) обнаруживает чрезвычайно большое влияние на обмен веществ. Она прежде всего поддерживает энергию окислительных процессов в организме и повышает основной клеточный обмен, который как у здорового человека, так и у животных неизменно повышается под влиянием введения в пищу вещества щ. ж. Она является, далее, важным органом белкового обмена, стимулируя азотистый распад. Эппингер, Фальта, Рудингер доказали, что расщепление белка у тиреоидектомированных собак совершается менее полно, чем у нормальных животных. Исхудание базедовиков и, наоборот, значительное отложение жира у микседематиков иллюстрирует значение функции щ. ж. и для жирового обмена. Под влиянием длительного воздействия вещества щ. ж. понижается дыхательный коэфициент; у животных, которым вводят большое количество щ. ж., дыхательный коэфициент равен 0,70—0,72; понижение это зависит от того, что сжигаются главным образом жиры и белки. Ашер, Пенде считают, что повышение обмена обязано в основном воздействию гормонов щ. ж. на печень путем возбуждения катаболической функции последней, причем механизм, при помощи которого щ. ж. оказывает избирательно повышающее действие на белковый обмен, заключается, повидимому, в ускоренной дезаминирующей функции печени. Также в отношении жирового обмена установлено, что повышение его под влиянием щ. ж. зависит от стимулирующего действия последней на печень. У животных, лишенных щ. ж., наблюдается высокая концентрация нейтральных жиров в крови и небольшое количество их в печени; щитовидная железа способствует переходу нейтральных жиров из крови в печень и усиленному сжиганию жирных кислот в печеночной ткани. Наклонность же базедовиков к пищевой гликозурии, а также усиление у них эффекта от адреналина (Сахаров) говорит за участие щ. ж. и в углеводном обмене. Указанное действие щ. ж. заключается в том, что вследствие раздражения симпатического нерва происходит усиленное вымывание сахара из печени и обеднение, таким образом, печени гликогеном. Известковый обмен регулируется щитовид-

ной железой в смысле понижения содержания солей извести в крови. Наконец, щитовидная железа оказывает весьма значительное влияние и на водный обмен. Сродство коллоидов тканей в воде, их гидрофильность под влиянием щ. ж. понижается. Это освобождает известное количество воды, которая и выводится усиленно почками; почечные сосуды при этом расширяются. Это выделение воды сопровождается также большой отдачей хлористого натра тканями, особенно печенью.

Эппингер установил, что в результате водяной пробы по Фольгарду у животных, которым давали тиреоидин, через 3 часа наблюдалось полное выделение введенной воды, вместо 60% в случаях без дачи тиреоидина. Тот же опыт на тиреоидэктомированных животных действует сходно с вливанием изотонического солевого раствора в подкожную клетчатку, которая надолго его фиксирует.

В опытах Фужимаки и Гильдебранда отдача NaCl с мочей после введения 1 мг тироксина кролику возросла в среднем с 350 до 1276 мг в 28-часовом опыте, в то же время подача NaCl из тканей увеличилась на 1700 мг. Наоборот, животные, лишенные щитовидной железы, необычайно медленно отдают введенный хлористый натр. Коронеди называет гормон щ. ж. „физиологическим мочегонным“.

Основываясь на этом обезвоживающем действии препаратов щ. ж., Вахтель, а также я рекомендовали применение тиреоидина в послеродовом периоде при чрезмерном приливе молока и болезненном нагрубании грудных желез и получали превосходные результаты („Врачебное дело“, 1934). При такой тесной связи между функцией щитовидной железы и всеми видами обмена веществ, представляется особенно интересным выяснить состояние этой функции при беременности, когда обмен веществ резко изменен, а зачастую и грубо нарушен.

Прежде всего следует отметить, что при нормальной беременности щ. ж. почти как правило увеличена. Фрейнд наблюдал такое увеличение у 80% беременных, Ланге—у 55%, Энгельхорн—у 60%, причем последний автор на беременных кроликах и морских свинках доказал гипертрофию и гиперплазию железы.

По Веефрицу щ. ж. увеличивается во время беременности на 58,4%, т. е. более значительно, чем яичник, который увеличивается на 54,5%. Новейшие исследования Додерляйна, Эйфингера, Ансельмино и Гофмана, Бокса с определенностью доказывают наличие гиперфункции щ. ж. во время нормальной беременности с повышенным содержанием ее гормона в крови. Последнее становится настолько значительным, что оказывается возможным количественное определение гормона. Литр крови в конце беременности содержит количество гормона, соответствующее 10—15 мг тироксина. Связанное с этим повышение общего обмена веществ позволяет Аксельмино и Гофману проводить параллель между беременностью и Базедовой болезнью. Наличием в крови беременных субстанции, принимаемой за гормон щ. ж., и повышением в результате этого обмена объяс-

няется ряд явлений, вполне характерных для беременности и хорошо нам известных, как напр.: обеднение организма гликогеном, усиленное образование кетоновых тел, повышенное содержание молочной кислоты в крови, состояние ацидоза, уменьшение времени редукции гемоглобина, легко возникающая алиментарная гликозурия, расширение капилляров, повышение гальванической возбудимости, лабильность пульса, уменьшение вязкости крови, ускорение оседания эритроцитов и проч.

Бок исследовал состояние иодного зеркала крови при беременности, считая, что изменение функции щ. ж., богатой иодом как никакой иной орган, должно выразиться в частности в изменении содержания иода. Действительно оказалось, что количество иода в крови беременных значительно повышено. Новейшие исследования Люэга показали, что кожа, особенно электрические свойства ее, а именно так называемый поляризационный объем, в весьма значительной мере находятся под влиянием щ. ж. Повторив эти исследования на беременных, Бок установил, что у всех беременных и во все сроки беременности цифры, показывающие конденсаторную способность кожи, как правило, весьма заметно возрастают, увеличиваясь обычно соответственно сроку беременности и быстро падая в послеродовом периоде.

Основываясь на только что изложенном и на повышении иодного зеркала, Бок приходит к выводу, что при беременности имеется определенная гиперфункция щитовидной железы.

Последнее заключение подтверждают также, кроме всех вышеприведенных данных, исследования Додерляйна, выяснившего, что гормон передней доли гипофиза могущественно возбуждает рост щ. ж. и, действуя через последнюю, препараты передней доли гипофиза оказывают такое же влияние на обмен веществ, как искусственный подвоз тироксина.

В настоящее же время мы хорошо знаем, какие громадные количества гормона передней доли гипофиза содержатся в крови (и в моче) беременных. Понятно, таким образом, и его влияние на рост и гиперфункцию щитовидной железы.

Здесь необходимо также упомянуть об исследованиях Блюма, согласно которым в норме содержится в крови вещество, способное нейтрализовать действие гормонов щитовидной железы; во время беременности это антитиреоидное вещество совершенно исчезает, снова появляясь тотчас же после родов.

Итак, увеличение и гиперфункцию щ. ж. при беременности следует, повидимому, считать физиологическим явлением.

С другой стороны, имеется целый ряд наблюдений, указывающих, что осложнения беременности токсикозами встречаются гораздо чаще именно у тех беременных, у которых не удается обнаружить никакой гипертрофии и гиперфункции щитовидной железы. Так, Ланге из 25 случаев без гипертрофии щ. ж. в 18— наблюдал альбуминурию. Аналогичные наблюдения относительно альбуминурии у беременных, не обнаруживавших увеличения щ. ж., были сделаны Валентини, Фругингольцом и Жанделиз.

Ланге отметил также, что удаление у беременных кошек 4/5

щитовидной железы ведет к появлению белка в моче, поражению почек и к тетаническим явлениям, нередко ведущих к смерти. Фертретен и Ван-дер-Линден также отметили у кошки, которая, будучи лишена щ. ж., все же забеременела,—появление при родах сопорозного состояния с тоническими и клоническими судорогами, уменьшавшимися под влиянием тиреоидина и исчезнувшими после родов. Мусси и Шаррен, Каро подтвердили появление судорог у беременных животных с удаленной щитовидной железой.

Графф наблюдал при увеличении щ. ж. у беременных альбуминурию в 16% случаев, без увеличения—в 22%. Из 33 случаев эклампсии лишь в 3% он констатировал нормальную гипертрофию и гиперфункцию щ. ж., в то время как у нормальных беременных это явление отмечается по крайней мере в 50%. Никольсон наблюдал у 25 женщин без увеличения щ. ж. 20 раз альбуминурию и так же, как Штурмер, рекомендует для лечения подобных случаев препараты щ. ж.; последний автор получил, якобы, от такого лечения резкое (в 4 раза) снижение смертности.

Барчи проводил лечение отеков беременных, альбуминурии и эклампсизма, применяя таблетки тиреоидина в течение 3—5 недель, при ежедневной дозе 0,5-1,0 экстракта, и неизменно получал хорошие результаты.

Объяснение благоприятного влияния гипертрофии и гиперфункции щ. ж. на течение беременности и особенно токсикозов ее следует искать, по нашему мнению, исключительно в могучем влиянии щ. ж. на общий обмен веществ и особенно на белковый и водный обмен, ибо токсикозы беременности—это есть болезнь обмена веществ в различных проявлениях и в первую очередь—результат нарушения белкового обмена. Не нужно искать каких-то особых, специфических „ядов беременности", „ядов эклампсии"; в процессе нарушенного обмена может образоваться и выбрасываться в кровь и производить токсическое действие множество различных веществ, возникающих в результате неправильного белкового, жирового и углеводного обмена. Протеиногенные (биогенные) амины, пептон, полипептиды, ацетон, ацето-уксусная кислота, молочная кислота, бета-окси-масляная кислота и др. продукты неполного обмена, изолированно или суммарно действуя на организм беременной, вызывают токсические явления.

С другой стороны, как анатомическое, так и функциональное состояние некоторых органов при недостаточности или удалении щ. ж. у животных обнаруживает много сходства с состоянием этих органов при некоторых наиболее тяжелых токсикозах беременности у женщин. Так, напр., у животных, лишенных щ. ж., печень находится в состоянии пассивной гиперемии и отечности, с явлениями мутного набухания, жировой инфильтрации и атрофии паренхиматозной ткани. Согласно Лорану и Гертогу, недостаточность щ. ж. вызывает атонию желчных ходов и вялость выделения желчи со склонностью к застою ее. Со стороны почек при отсутствии щ. ж. Лоран отмечает частоту возникно-

вения альбуминурии и гиалинурии. Сама почечная ткань обнаруживает явления жирового перерождения и мутного набухания, а также воспалительные и склеротические изменения (цит. по Пенде).

Далее, весьма интересны данные Жанделиз и Перрен о снижении сопротивляемости животных, лишенных щитовидной железы, некоторым ядам, как напр.— мышьяку и ртути. Другие авторы (Вассале, Блюм и др.) отмечают невыносливость таких животных к мясной (resp. белковой) пище. Наконец, Леви и Ротшильд на основании клинических наблюдений допускают, что недостаточность щ. ж. предрасполагает к явлениям анафилаксии и так называемой идиосинкразии, т. е. к явлениям алергического порядка. Эти наблюдения особенно интересны в связи с выдвигаемой за последние годы алергической теорией токсикозов беременности.

Можно предположить, что гиперфункция щ. ж. при беременности оказывается весьма полезным приспособлением, способствующим повышению устойчивости организма по отношению к различным токсическим агентам. Помимо резкого повышения всех видов обмена, усиления диуреза и дехлорирования тканей, помимо профилактики алергических явлений, помимо предупреждения дегенеративных изменений в важнейших органах, напр., в печени и почках, повышенная функция щ. ж. оказывает мощное стимулирующее действие на симпатическую нервную систему, являющуюся регулятором всех защитных реакций тканей, точно так же как и на кровь, усиливая ее антитоксические свойства.

В последнее время некоторые авторы (Черняк) выдвигают положение, что повышенная функция задней доли гипофиза якобы является одной из важнейших причин возникновения токсикозов. Ансельмино и Гофман считают, напр., что эклампсия обусловливается нарушением внутренней секреции, причем на первом плане стоит гиперпродукция некоторых компонентов гормона задней доли гипофиза (антидиуретического и повышающего кровяное давление). Этим авторам удалось при нефропатии и эклампсии доказать чрезвычайное увеличение продукции этих компонентов и отметить параллелизм клинических явлений с количественным нарастанием этих веществ. Подобной же точки зрения придерживается в последнее время проф. Мандельштам.

Все эти эндокринологические наблюдения весьма интересны, но требуют еще дальнейшей проверки. Однако и при такой концепции в отношении природы токсикозов, гиперфункция щитовидной железы, следовательно,—и препараты последней, должны оказать полезное действие всилу их могучих диуретических свойств.

Исходя из нашего взгляда на нефропатию и эклампсию, как на токсикоз, происходящий вследствие глубоко нарушенного белкового, жирового и водного обмена, и зная могучее влияние щ. ж. на последний, мы с 1932 г. начали применять тиреоидин для профилактики эклампсии, т. е. для лечения эклампсизма и нефропатии. В зависимости от тяжести случая мы даем по 3-4 таб-

летки тиреоидина (0,1) в день, иногда присоединяя к этому в особо тяжелых случаях единичные инъекции сернокислой магнезии (15 *см*³ 20% раствора) и общее облучение кварцевой лампой. Это лечение идет на фоне голодной и безводной диеты, применяемой в течение первых 2-х суток по поступлении беременной. Раньше (до 1936 г.) мы комбинировали лечение тиреоидином с единичными дозами хлорал-гидрата (1,5—2,0 в клизмах), который ныне заменили сернокислой магнезией.

Мы лечили по такой методике несколько десятков случаев нефропатии и эклампсизма, иногда весьма тяжелых, и всегда с полным успехом.

В виде небольшой иллюстрации к сказанному позволю себе привести здесь лишь один случай, представляющий несомненный интерес, как случай абортивной формы эклампсии.

Гр-ка Г, 24 лет, поступила в клинику 21/III 1932 г. Первые двое родов и послеродовые периоды N. Беременность 7 лунных мес. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение прослушивается слева от белой линии. Б-ная небольшого роста, полная, рыхлая, лицо весьма отечное, на ногах также значительные отеки, большая анасарка. Жалобы при поступлении на беспрерывную тяжелую головную боль, неясность зрения, мелькание в глазах, боли в области желудка и печени. Из сопроводительной записки районного врача (весьма авторитетного), а также из рассказа родных видно, что у больной за последние две недели было два припадка судорог с потерей сознания. На языке имеются следы прикусывания.

Припадки начинались с сильных болей в области печени, рвоты и головной боли. Ранее никогда никакими припадками не страдала. При поступлении: кровяное давление 205/135. В моче белка 12‰; индикан, уробилин в N, сахара и ацетона нет; 1-2 лейкоцита, небольшое количество гиалиновых цилиндров, единичные эритроциты, единичные клетки почечного эпителия, зернистые цилиндры - 2-3 в препарате. Диурез 500—600 см³ в сутки. Кровь: билирубина 1,6 мг, эритроцитов 4 500 000, лейкоцитов 12 600, цв. пок.=0,7, Hb—65%; эозинофилов 5%, палочкояд. 12%, сегментиров. 60%, лимф. 15%, моноцитов 8%. Со стороны легких N. Сердце: левая граница расширена на 2 см, верхняя на 1 см; на аорте второй тон резко акцентуирован. Печень выдается на 1 см, несколько болезненная.

Назначено: 1) тиреоидин по 0,1 три раза в день, 2) клизмочки с хлоралгидратом (1,5) два раза в день. Молочная и фруктовая диета.

24. III. Кровяное давление 185/120. Диурез 700—1000 см³. Головная боль меньше. Мелькание в глазах продолжается. Больная получает тиреоидин 0,1×3.

29. III. Моча: белок 6,6‰, уд. вес ее 1,012. Остальное — как в предыдущем анализе. Диурез свыше 1000 см³. Головной боли нет, зрение нормальное, общее состояние хорошее, отеки почти исчезли. Кровяное давление 165/120.

4/IV. Моча: белок 4‰, гиалин. цил. 1 на 3-4 п. зр., эритроцитов, зернист. цил., клеток почечного эпителия нет. Удельный вес 1,018. — Терапия: тиреоидин 0,1×3. Сердцебиение плода не выслушивается. В этот день больная перестала ощущать движение плода. В последующие дни общее состояние больной все улучшается. С 5/IV назначено: касторовое масло 30,0, спринцевание по Кивишу 3 раза в день 38° С; хинин 0,3×3.

6/IV. Появились схватки, при общем хорошем состоянии.

7/IV. Родился мертвый, частично мацерированный плод женского пола, весом 1500 г. Послеродовый период N. Дача тиреоидина продолжалась ввиду повышенного кровяного давления (165/120) и нагрубания грудных желез.

12/IV. Моча: белок 2‰, 1-2 гиалин. цилинд. в п. зр. Диурез — 1500 см³. Незначительные явления эндометрита; температура нормальная.

16/IV. Больная в хорошем состоянии выписалась.

Другие, более легкие случаи эклампсизма протекали по этому же типу с терапией одним тиреоидином и неизменно с хорошими результатами в смысле понижения кровяного давления,

увеличения диуреза, уменьшения отеков, улучшения субъективных явлений и благополучного родоразрешения. Мы не делаем пока определенных выводов из своих малочисленных наблюдений, но стоя относительно токсикозов беременности на точке зрения возникновения их в результате нарушения обмена веществ и рассматривая щ. ж. на основании всех приведенных выше данных как могучий фактор повышения общего обмена (гл. образом белкового и водного)—мы настойчиво рекомендуем использовать это простое и доступное средство для лечения отеков беременных, нефропатии и эклампсизма.

Поступила в ред. 9/I 1938.

Из роддома им. Н. К. Крупской (директор Ю. В. Корчагин) в Рязани.

Эклампсия без судорог.

И. А. Покровский.

Большинством акушеров в настоящее время эклампсия признается, как финальная стадия аутоинтоксикации беременной, а очень часто сопровождающие эклампсию явления со стороны почек и печени считаются явлениями вторичного порядка.

Интоксикация при беременности, с современной точки зрения, обязана, главным образом, расстройству обмена веществ, на почве нарушенного равновесия в эндокринной системе, вследствие включения в работу новой эндокринной железы—плаценты. Организм беременной женщины, находясь под влиянием растущего яйца, перестраивает и всю эндокринную систему, в связи с этим — и свой обмен. В зависимости от способности организма быстро перестроить работу эндокринной системы, в связи с включением желтого тела и плаценты, беременность или протекает нормально, или наступают те или иные патологические симптомы—гестозы. Таким образом, все гестозы беременности, включая сюда и эклампсию, в основе своей имеют общую причину. Нельзя исключить и других влияний, идущих со стороны плода и плаценты, чисто обменного порядка; если они и не являются непосредственной причиной, то все же частично могут участвовать в общем комплексе причин токсикозов. Если, может быть, нет основания говорить о каких-либо специфических токсинах, выделяемых плацентой, как это считали раньше (Фейт, Шморль), то плацента, обладая гормональной функцией, концентрируя в себе большое количество ферментов, может при известных условиях быть причиной дисгармонии в работе эндокринных желез и обменных процессов в организме беременной. Совершенно понятно, что в зависимости от очень сложных условий в организме и токсикоз будет проявляться различно, и эклампсия под влиянием этих же условий будет значительно вариировать в своих симптомах и течении.

Считается, что начало эклампсии связано с эклamптическим припадком. По крайней мере так считалось сравнительно недавно, пока наши знания еще не были достаточно полны. После работ Шморля, который на основании многочисленного материала Лейпцигской и Дрезденской клиник установил патолого-анатомический симптомокомплекс изменений в органах при эклампсии, изменился взгляд и на клиническое течение эклампсии. Припадок, считавшийся патогномоничным симптомом для эклампсии, потерял свое абсолютное значение. Появились в литературе описания случаев без припадков и с типичными для эклампсии изменениями в органах. Таким образом была установлена форма эклампсии без судорог. И в настоящей формулировке для эклампсии считается уже не обязательным наличие припадка. Так, Цангемейстер говорит, что эклампсия может проявляться в виде припадка судорог, но может встречаться и без судорог. Судороги — симптом эклампсии, но далеко не обязательный. То же, примерно, говорит и Зейц. Таким образом, нет оснований говорить об эклампсии без судорог, как об отдельном виде заболевания, принципиально отличном от судорожной эклампсии.

Если считать эклампсию, как интоксикацию на почве патологически измененного обмена веществ, то степень изменения обмена, а следовательно, и степень интоксикации организма может быть различной. Эклампсия без судорог — наиболее тяжелая форма аутоинтоксикации, протекающая с первичным тяжелым поражением нервной системы. Эта точка зрения, впервые высказанная Шморлем, в дальнейшем нашла большое число сторонников. Селицкий считает, что эклампсия без судорог возникает на почве тяжелого в большинстве случаев гибельного отравления центральной нервной системы. Николаев, придерживаясь той же точки зрения, говорит, что в этом случае применим закон Арндт-Шульца: вещества, чуждые организму, в том числе и яды, в малых дозах возбуждают, в больших парализуют. При эклампсии без судорог циркулирует в крови большое количество ядов, которые вызывают паралич центральной нервной системы, без ее раздражения, т. е. без судорог. Подобного мнения держатся и другие авторы: Шморль, напр., считает характерным симптомом этой формы эклампсии кому, Цангемейстер склонен смотреть на эклампсию без судорог, как на тяжелейшую форму эклампсии. Такого же мнения придерживаются Бок, Морек.

Однако, существует противоположный взгляд, некоторые авторы смотрят на бессудорожную форму эклампсии, как на заболевание легкое, кончающееся в большинстве случаев выздоровлением (Альбек, Зейц). Такая диаметрально противоположная точка зрения основана на том, что многие случаи эклампсизма трактуются, как эклампсия без судорог с соответственно небольшим процентом смертности. Так, Альбек приводит при эклампсии без судорог всего 11% смертности и называет случаи, где бессудорожная эклампсия проявилась продромальными симпто-

мами, которые бесследно исчезли после родов. Зейц считает, что атипичная форма эклампсии может протекать без судорог с другими симптомами (??), и такие случаи в большинстве кончаются выздоровлением.

Эта разница в толковании совершенно естественно приводит к тому, что некоторые авторы считают это заболевание даже не относящимся к эклампсии. Взгляд на эклампсию без судорог, как на относительно легкое заболевание и отожествление ее с эклампсизмом не соответствует установившемуся общему взгляду на это заболевание и противоречит определению эклампсии без судорог. За бессудорожную эклампсию мы можем считать только такое заболевание эклампсии, где судороги не проявляются не потому, что раздражение, аутоинтоксикация недостаточны еще, а потому, что эта аутоинтоксикация слишком сильна и сразу угнетает нервную систему и, минуя судорожную стадию, вызывает стадию параличей. Взгляд на бессудорожную форму экплампсии, как на тяжелое заболевание, вполне подтверждается и статистикой смертности при этой форме. Смертность от эклампсии без судорог очень велика (по Селицкому 71%), а если исключить случаи Альбека, которые большинством авторов считаются за эклампсизм, то смертность увеличивается до 84%. Марек на 45 собранных им случаев приводит смертность в 70—80%. Русаков приводит смертность в 77%.

Не лучше рисуется картина и в иностранной литературе. В диссертации Селицкого приводится 61 случай, описанный иностранными авторами, со смертностью в 64%, включая сюда и случаи Альбека с одиннадцатью выздоровлениями из 12. Если исключить случаи Альбека, приняв их не за эклампсию без судорог, а за эклампсизм, то смертность повышается до 77,3%. За последнее время описаны еще несколько случаев эклампсии без судорог, как русскими, так и иностранными авторами с очень высоким процентом смерти. Из 14 случаев, описанных русскими авторами, умерло 13 больных; смертность 92,8%. Из 14 случаев, опубликованных в иностранной печати, умерло 11 больных; смертность 78,5%. Смертность увеличивается еще и тем, что ранняя диагностика, а следовательно и ранняя рациональная терапия очень затруднительна. В клинической картине эклампсии без судорог нельзя отметить каких-нибудь постоянных симптомов, какие мы встречаем при типической форме эклампсии. Отдельные авторы утверждают, что диагноз эклампсии без судорог прижизненно поставить невозможно, и только секция дает право говорить о таком диагнозе. Однако есть и противоположное мнение, где указывается на необходимость тщательного клинического наблюдения за больной, что часто дает возможность своевременно поставить и диагноз.

Какие же симптомы наиболее часто наблюдаются при этой форме эклампсии? Почти все авторы считают, что coma, stupor, бессознательное состояние являются наиболее частыми и почти постоянными симптомами. Шиккель считает, что характерными

симптомами являются центральные: кома, головная боль, общее беспокойство. Ранцель отмечает головную боль, часто сопровождающуюся рвотой, но эти симптомы являются начальными. В дальнейшем развивается глубокая кома, расстройство зрения, и наблюдаются судороги отдельных мышц тела. Проф. Селицкий приводит таблицу наиболее часто встречающихся симптомов. Из этой таблицы видно, что наиболее частыми симптомами являются: коматозное состояние, головная боль, расстройство зрения, отеки, общее возбуждение, рвота и подергивание отдельных мышц. В громадном большинстве случаев наблюдается белок в моче и повышение кровяного давления. Нередким явлением при этой форме эклампсии бывает повышение температуры тела. По мнению Шиккеля, повышение температуры служит плохим прогностическим признаком. Часто заболевание развивается молниеносно и так же заканчивается.

Таким образом, из большого числа симптомов ни одного характерного для эклампсии без судорог нет. Наиболее частый и характерный симптом — кома, чаще отмечается перед концом заболевания, когда всякая терапия является запоздавшей. Вот это и дает право Бякенбаху и другим говорить о невозможности прижизненного диагноза. По их мнению, диагноз ставится только на секционном столе. Хатиллон описал случай без всяких клинических симптомов. Вюрк описал случай, где у беременной на 9 месяце появился внезапно кашель, поднялась температура до 40°. Больная скоро потеряла сознание и по прибытии в клинику через несколько минут умерла. На вскрытии обнаружены характерные для эклампсии изменения. Эти случаи наиболее разительны в смысле атипичности и ни в начале, ни в конце заболевания ничем не напоминают эклампсию. Многие другие случаи, опубликованные в литературе, дают однако комплекс симптомов, наводящих на мысль о тяжелой интоксикации организма. Я уже перечислил наиболее часто встречающиеся симптомы и хочу остановить внимание на одном из них.

При внимательном наблюдении за больной, повидимому, значительно чаще, чем это описывается, можно видеть некоторый намек на судороги — судорожное подергивание отдельных мышц. Этот симптом нам удалось отметить в одном из двух нами наблюдавшихся случаев. Симптом появляется, повидимому, рано в начальных стадиях интоксикации и в последующем течении уже не повторяется. Этот симптом указывает на способность нервной системы реагировать, хотя и слабо. В более тяжелых случаях его может не быть, и симптомы общей интоксикации выступают на первый план. Все это дает однако мало опоры для раннего диагноза, и совершенно понятен существующий пессимизм в этом вопросе.

К этим подробностям надо присоединить и то, что в родильный дом беременная или роженица доставляется уже с развившимся заболеванием, часто через несколько часов от начала, т. е. в таком состоянии, когда врач может сделать очень мало. В случаях же, развивающихся в стенах акушерского учреждения,

при внимательном наблюдении, повидимому, можно диагносцировать эклампсию без судорог и своевременно применить вмешательство. Это видно хотя бы из случая Николаева, это же можно было сделать в одном из наших случаев, представленных ниже. Таким образом и мнение, утверждающее возможность постановки прижизненного диагноза, во многих случаях оказывается правильным. Все зависит от степени интоксикации, от времени поступления в родовспомогательное учреждение и от тщательности клинического наблюдения за больной. В клинике II Гос. московского мединститута за последние годы наблюдалось два случая эклампсии без судорог.

1. Больная (ист. бол. № 2736) поступила 8/IV 1932 г. в 22 ч. 55 мин. По национальности армянка, 20 лет. Беременность 1-я, последние menses не помнит, движение плода тоже. Размеры таза 27, 29, 31, 19. Окружность живота 97, высота стояния дна матки над лобком 22 см, положение плода продольное, предлежащая часть—головка над входом, сердцебиение не прослушивается, схватки слабые, незначительное кровотечение. Роженица поступила в беспокойном состоянии, с жалобами на сильную головную боль, сильные отеки на лице, нижних конечностях. Из анамнеза можно констатировать правильное половое развитие. В детстве перенесла скарлатину, сыпной тиф, отмечает часто повторяющуюся ангину. Телосложение правильное, питание хорошее. Конституция пикническая. Со стороны сердца, органов дыхания ничего патологического не отмечено, кровяное давление 205/130, температура 36,7° пульс 78.

9/IV — 1 ч. 10 мин. состояние беспокойное, жалобы на сильную головную боль; кровянистые выделения, больная возбуждена, вскакивает, схватки средней силы. Дан chloral-hydrat 2,0 в клизме. В 3 часа: бессознательное состояние. Пульс 10 , напряжен Morphi mur. 0,01 под кожу. Под хлороформом произведена катетеризация и спущено несколько капель мочи; внутреннее исследование показало: шейка укорочена, зев пропускает палец, воды целы, головка над входом, незначительные кровянистые выделения. Тут же сделана venesectio в 500 к см; крови из кубитальной вены, после кровопускания кровяное давление 16 /120. Грелка на область почек. В 4 часа: клизма из chloral hydrat; в 6 часов—из носа и горла обильные выделения слизи с кровью. Впрыснут Morphi mur. под кожу. В 8 часов — бессознательное состояние, пульс 60, напряжен, рвота с кровью, сердцебиение плода не прослушивается, матка напряжена. В 10 часов—консультация. Констатировано: пульс аритмичен, некоторая ригидность затылка, замедление пульса 50–60. Бессознательное состояние. Решено роды закончить влагалищным кесарским сечением. Операция влагалищного кесарского сечения в 11 час. 35 мин. После операции больной дан кислород для вдыхания и банки на спину. Состояние больной продолжало ухудшаться, моча отсутствовала, и наконец, в 21 час 15 мин больная умерла при явлениях сердечной слабости. Секция (прот. № 160), патолого-анатомический диагноз: эклампсия, нефрозонефрит, бородавчатый эндокардит, кровоизлияние в мягкую оболочку головного мозга. Клинический диагноз gravididas 8 лун. мес. Уремия, анурия.

2. Больн. К. (ист. бол. № 2010,) 28 лет, русская, поступила в клинику I/IV 1934 г. в 19 ч. 30 мин. Беременность 1-я, роды 1-ые. Последние месячные 27/VI. Первого движения плода не помнит; размеры таза 24, 28, 30, 18, окружность живота 90, высота стояния дна 28 см. Положение плода продольное. Предлежащая часть головки во входе, сердцебиение ясное слева ниже пупка. Схватки средней силы. Температура 36,6°. Пульс 70. Со стороны наследственности ничего не отмечает. Перенесла корь, грипп, малярию, ангину, воспаление почек. Муж болел гонореей. Менструация с 17 лет, через 28 дней по 2 дня, без болей. Перенесла воспаление яичников в 1925 году. В первой половине беременности и в последнее время беременности была рвота. В декабре 1923 г. перенесла воспаление почечных лоханок, с которым лежала в палате беременных. Около месяца тому назад появилась незудящая сыпь по всему телу. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Телосложение правильное. По телу пустулезная сыпь. Тоны сердца чисты. Дыхание везикулярное. Рвота 2 раза в день. Моча чистая, кровяное давление по Буллиту 140/100.

2/IV — схватки средней силы, головка во входе, сердцебиение плода ясное, воды целы. Общее состояние удовлетворительное.

3/IV—температура 36,9°, головка в полости, схватки кратковременны, частое сердцебиение плода ясное, справа ниже пупка. В 13 час. озноб, темп. 39°, около 14 час. развилась общая слабость, схватки стали слабыми. Внутреннее исследование: открытие полное, головка близка к выходу. 17 час.—сердцебиение плода не слышно, потуги слабы, головка показывается из половой щели. 18 ч. 30 мин.—решено произвести операцию родоразрешения. Произведена перфорация головки. На извлечение плода роженица все время реагировала резкими судорожными подергиваниями. Сознание неясное, на вопросы не отвечает, пульс учащен, слабый, рвота зелеными массами. После операции роженица потеряла сознание. Через полчаса приступлено к удалению последа. Так как способ Креде не дал результатов послед удален рукой. Матка вяло сокращается. Введены кровоостанавливающие и сокращающие средства. Физиологический раствор под кожу. Дыхание стало останавливаться, и в 21 ч. 45 м. наступил exitus.

Выписка из протокола вскрытия: „Оболочка и вещество мозга среднего кровенаполнения, немного отечны, синусы для крови проходимы. Брюшина бледная, в полости малого таза немного желтой прозрачной жидкости. Слизистая гортани, трахеи, бронхов бледная. Вход в гортань свободный, легкие малокровны, всюду проходимы для воздуха, сердце свободно, нормальных размеров, хорошо сократилось.

Клапаны без видимых изменений. Аорта заметно уже нормы. Клетчатка и железы средостения без особых изменений. Слизистая пищевода, желудка и кишок бледна. В желудке много грязновато-жидкого содержимого, кишечник почти пуст. Поджелудочная железа малокровна, печень нормальных размеров, формы и плотности, темносеро-красного цвета. Под серозным покровом большое число свежих кровоподтеков, в виде мелких точечных и крупных листовидных пятен. Больше всего кровоподтеков на месте прикрепления поддерживающей связки. Много их на поверхности желчного пузыря. На разрезах печени всюду крупные и мелкие очаги свежих кровоизлияний, причем вещество печени имеет тусклый темнокоричневый цвет. Селезенка нормальных размеров и плотности. В разрезе она темновишневая с ровной поверхностью разреза, с которого соскабливается немного крови. Почки умеренного кровенаполнения, поверхность разреза особых изменений не представляет. Капсула снимается хорошо. Правая почка почти в полтора раза меньше левой и имеет несколько мелких и крупных рубцовых западений коркового слоя. Капсула снимается хорошо. Слизистая лоханок и мочевого пузыря бледна. Тазовые органы свободны от сращений. Матка 20 × 11 × 6 см, с дряблой мышцей, особенно в пределах шейки. Сосуды в мышце зияют. Мышцы шейки пропитаны кровью. Внутренняя поверхность матки светло-красная, немного шероховатая, со слабо выраженной плацентарной площадкой в теле на задней стенке слева. Трубы без видимых изменений. Яичники крупны, бледны, мягкие. В правом истинное желтое тело величиной с крупную горошину, бледно-желтое фиброзное с крупным кровоизлиянием в нем. Тазовая клетчатка и сосуды без видимых изменений. Придаток мозга немного выбухает из турецкого седла, мягкий, желторозовый. Щитовидная железа нормальных размеров, умеренной плотности, малокровна; надпочечные железы нормальных размеров с ярко желтым корковым и темнокоричневым мозговым слоем“ (д-р А. И. Синев).

Диагноз: Послеродовое состояние. Эклампсия.

Эти два случая по своему течению резко отличаются друг от друга как по симптомам, так и по времени нарастания их. Первый случай протекал с типичными для эклампсии без судорог явлениями, и при внимательном клиническом подходе мог быть диагносцирован рано, однако он совсем не был диагносцирован при жизни. Через 2 часа по поступлении в роддом б-ная впала в бессознательное состояние, с высоким кровяным давлением, рвотой с кровью; перед этим отмечено общее беспокойство, сильные головные боли, отечность, белок в моче. В дальнейшем состояние ухудшалось, а оперативное вмешательство, которое

в данном случае являлось единственной рациональной терапией, предпринято было только в 12 час. ночи, т. е. через 22 — 23 часа по поступлении. Вводимые наркотики действовали как дополнительный вредный фактор.

Второй случай протекал до периода изгнания без всяких симптомов, но зато тяжелые симптомы почти молниеносно нарастали. Эта эклампсия носит характер молниеносно развившегося заболевания, где едва ли можно было даже при правильной оценке симптомов предотвратить плохой исход, хотя и здесь родоразрешение было затянуто и могло бы быть сделано раньше наложением щипцов еще при живом плоде.

Случаи эти указывают на то, что эклампсия без судорог протекает различно и что типических симптомов при эклампсии без судорог нет. Каждый случай имеет индивидуальные особенности, поэтому требуется индивидуальный подход в оценке симптомов. Они же с очевидностью доказывают возможность постановки прижизненного, даже раннего диагноза, при тщательном наблюдении за больной. Но наблюдаются случаи, где диагноз при жизни невозможен.

Выводы. На основании того, что мы знаем об эклампсии, можно говорить о ней как о заболевании всего организма, проявляющемся различными симптомами в зависимости от степени поражения того или иного паренхиматозного органа, в зависимости от силы аутоинтоксикации и индивидуальной сопротивляемости организма. Судороги являются частым, но не постоянным симптомом, т. е. встречается и эклампсия без судорог. Симптом судорог нужно рассматривать как реакцию центральной нервной системы на раздражение циркулирующими в крови аутотоксинами. В случаях эклампсии без судорог отмечается такое количество аутотоксинов, которое быстро парализует нервную систему, минуя судорожный период. Вследствие отсутствия судорог и непостоянства симптомов бессудорожной эклампсии диагностика этой формы во многих случаях невозможна, но некоторые случаи могут быть все же распознаны при тщательном клиническом наблюдении. Эклампсия без судорог дает высокий процент смертности (92,8% русские авторы). При своевременном диагнозе этот процент смертности может быть значительно снижен. Единственным рациональным способом лечения является быстрое родоразрешение.

Поступила в ред. 23.XI 1937.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. М. Л. Выдрин) Белорусского мединститута.

Эклампсия по материалам акушерско-гинекологической клиники Белорусского медицинского института за 11 лет (1925—36).

Г. Л. Дозорцева и Х. В. Кейлина.

Вопрос об эклампсии обсуждается многими авторами на протяжении ряда лет и сейчас еще не сходит со страниц печати. Существуют различные теории патогенеза этого заболевания, теория фетального обмена; плацентарная теория, основанная на включении плаценты в систему эндокринных желез; теория дисфункции эндокринной системы, вызывающей нарушение клеточного обмена (Архангельский); гипотеза о связи эклампсии с расстройством внутренней секреции эндокринных желез, главным образом, задней доли гипофиза и щитовидной железы (Кюстнер, Хайм и др.) — цитировано по Груздеву).

Более обширная литература посвящена лечению эклампсии.

Нами разработан материал акушерско-гинекологической клиники Белорусского государственного медицинского института за 11 лет (1925—1936 г.). За это время по нашей клинике прошло 73 больных эклампсией.

Приведем число этих больных по годам: в 1925 — 1, в 1926 — 3, 1927 — 2, 1928 — 6, 1929 — 5, 1930 — 3, 1931 — 2, 1932 — 2, 1933 — 8, 1934 — 11, 1935 — 16, 1936—14. Итого 73.

По годам же процентное отношение эклампсии к количеству родов представлено в следующей таблице.

Год	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	Итого
Колич. родов	682	783	857	887	721	773	732	672	1326	1507	1905	2626	13491
Проц. эклампсии.	0,1	0,3	0,2	0,6	0,6	0,4	0,4	0,3	0,6	0,7	0,8	0,5	0,5

За весь этот период через клинику прошло 13491 родов; процент эклампсии по отношению к этому количеству родов составляет 0,5.

Следовательно наши цифры совпадают с данными Москвы, Узбекистана и несколько ниже данных Ленинграда и Хабаровска.

Возрастный состав наших больных следующий: от 16 до 20 лет — 22 больных, что составляет 30,1%, от 21 до 25 лет—35 (47,9%), от 26 до 30 лет — 12 (16,4%), от 31 до 35 лет — 2 (2,7%), от 36 до 40 лет — 1 (1,3%), от 41 до 45 лет — 1 (1,3%).

Таким образом, мы видим, что наибольшее количество эклампсии падает на возраст от 21 до 25 лет — 47,9%, затем от 16 до 20 лет — 30,1%. По нашему материалу, чем старше больная, тем меньше она подвергается заболеванию эклампсией. Эти данные совпа-

дают с данными других авторов по этому вопросу. Нас интересовало, в какие месяцы наиболее часто возникает эклампсия; об этом свидетельствует следующая таблица.

Месяцы	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябр.	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Итого
Количество	12	4	8	7	5	5	6	4	6	6	6	4	73
Проц. к итогу	16,4	5,4	10,9	9,0	6,9	6,9	8,2	5,4	8,2	8,2	8,2	5,4	-

По нашему материалу эклампсия преобладает в январе — 16,4% и марте—10,9.

В четырех случаях при второй беременности эклампсии предшествовал самопроизвольной аборт 2 раза и 2 раза искусственный аборт. В одном случае при вторых родах была повторная эклампсия. Таким образом, у нас повторная эклампсия наблюдалась в 1,3%. Повторная эклампсия вообще редко наблюдается—по Штекелю около 2%. Подавляющее число случаев эклампсии у нас дали первобеременные—83,5%.

Весь наш материал мы разделили на три группы по времени появления эклампсии: эклампсия во время беременности, эклампсия в родах и эклампсия послеродовая.

При отсутствии родовой деятельности у нас было 16 случаев, из них 1 при 8-месячной беременности, 1 при 7-месячной, и 1—при беременности 6-ти с половиной месяцев, остальные при доношенной беременности. В родах было 44 случая, из них начались припадки при одном пальце открытия в 13 случаях, при двух пальцах в 9 случаях, при трех пальцах в 6, при четырех пальцах в 3, полное открытие в 13 случаях. Эклампсия в периоде изгнания в трех случаях. Послеродовая эклампсия—в 13, из них в 11-ти случаях эклампсия, начавшаяся в родах, продолжалась и после родов.

Как видим, чаще всего припадки эклампсии наблюдались в родах, в 44 случаях — 60,2%; послеродовая эклампсия наблюдалась в 17,8%.

При 70 родах (одна выписалась, не разрешившись, но потом поступила в родах, которые прошли нормально) родилось 70 детей. Судьба их такова: 14 родилось в асфиксии, причем 12 оживлены, двое неоживленных падают на две двойни, мертвых 15. Вес доношенных живых детей колеблется от 3000 до 3500 грамм. Роды двойнями были в 6 случаях; таким образом одноплодную беременность мы имели в 91,7%; многоплодную в 8,3%.

К явлениям, нередко предшествующим эклампсии, нужно отнести изменения со стороны мочи, кровяного давления, появления отеков и головных болей. При поступлении очень редко удавалось узнать, какова была моча во время беременности, так как подавляющее большинство наших больных не посещало консультации и не имело анализов исследования мочи. При поступлении больных в клинику исследование мочи их показало следующее: сплошной белок в 6 случаях, 0,33‰ — 2 случая, 1,75‰ — 3 случая, 2 — 21‰ — 1 случай, 3,3‰—4 случая, 4,95‰—2 случая, 6,6‰—3,13‰—1,20% —

1,26‰ — 1, в 9 случаях белок отсутствовал. Эритроцитов от 10 до 15 — 3 случая, от 5 до 6 — 8, от 1 до 2 — 8, от 15 до 20 — 3, зернистые цилиндры — 5 случаев, гиалиновые — 5, зернисто гиалиновые — 4, лейкоциты встретились в 3 случаях, почечный эпителий в 3, сахар в 3, индикан в 1, уробилин в 2, соли в 8 случаях. Удельный вес мочи колебался от 1014 до 1021, причем количество мочи во многих случаях не превышало в порции 100 грамм, наивысшую границу белка мы имели — только в одном случае — 26‰.

Что касается отеков, то на нашем материале мы их наблюдали в небольшом проценте случаев, в противоположность наблюдениям некоторых авторов. Что касается кровяного давления, то максимум кровяного давления мы имели 200 м/м, минимум 125 — 130, причем кровяное давление понижалось в среднем на 40 м/м к выписке; нужно отметить, что у некоторых больных при выписке с хорошим самочувствием кровяное давление оставалось повышенным в сравнении с нормой; в клинике кровяное давление у больных измерялось несколько раз.

Очень часто наши больные, поступившие в сознании, отмечали у себя за последние 2 — 3 недели до поступления головные боли. Расстройство зрения нами наблюдалось в 21%; окулистами установлен в 11% отек соска зрительного нерва, а в остальных случаях при расстройстве зрения изменения ими не обнаружены.

Если обратить внимание на количество припадков, то у нас наблюдалось от 1 до 5 припадков 10 случаев (13,7%), от 10 до 15 — 8 случаев (10,9%), от 16 до 20 припадков — 4 случая (5,5%). В одном случае было 38 припадков (1,3%). 8,4% больных доставлены в бессознательном состоянии и без припадков, причем тяжесть случая не всегда можно увязать с количеством припадков: так, у нас наблюдались случаи смертей при 4 — 8 — 10 припадках, в то время, когда в одном случае при 38 припадках больная с заболеванием эклампсией справилась; приходится отметить, что тяжесть эклампсии надо измерять не только по количеству припадков, но и по их силе. По силе припадков у нас наблюдалось: тяжелых случаев 31%, средней тяжести 43% и легких 26%.

В лечении эклампсии в настоящее время существуют три метода: активный, консервативный и смешанный. Наша клиника в лечении больных эклампсией придерживалась смешанной терапии, строго индивидуализируя каждый случай. Большей частью мы начинали с консервативной терапии по схеме Строганова, но при угрожающем состоянии переходили к активным методам родоразрешения. Исключительно по схеме Строганова нами проведены 13 случаев; метод Строганова и кровопускание — в 17 случаях (до последних 3 лет кровопускание нами проводилось при высоком кровяном давлении, причем количество выпускаемой крови колебалось от 300 до 500 грм., за последнее время мы увеличили количество выпускаемой крови и до 900 грм.) В четырех случаях нами проводилось лечение эклампсии только кровопусканием; в двух случаях прерван плодный пузырь — и кровопускание. В 17 случаях применялось лечение эклампсии по методу Строганова плюс следующая активная терапия: в 6 случаях щипцы, в 2 — метреириз и поворот на ножку,

в 2—кровопускание и щипцы, в 1 случае — перфорация головки, —поворот по Бракстон — Гиксу, в 2 — кесарево сечение, в 1 — кровопускание, метреириз и перфорация головки, в 1—кровопускание и кесарево сечение и в 1—лечение серно-кислой магнезией внутримышечно и щипцы.

Чисто активная терапия применена нами в виде кесарева сечения у 7 больных, а всего кесарево сечение при эклампсии нами было произведено 10 раз. К этой операции мы прибегали в тех случаях, когда консервативные методы (кровопускание, наркотические вещества) не давали результатов, или состояние больной ухудшалось, припадки учащались при отсутствии или начале родовой деятельности. У первородящих кесарево сечение было произведено в 8 случаях; у повторно-родящих — в 2. У 4 первородящих совсем отсутствовала родовая деятельность, у 4 было начало родовой деятельности. У двух был амауроз. Все больные до операции были в довольно тяжелом состоянии. У одной после операции было 4 припадка, у остальных после операции припадки не повторялись. Из повторнородящих одна уже подверглась кесарскому сечению 3 года тому назад, тоже по поводу эклампсии. Все беременности были доношенные, кроме одной 8-месячной. Детей извлечено 12 (2 двойни); почти все дети родились в асфиксии; трое детей мертвых (по одному из двойни и один при 8-месячной беременности).

В 6 случаях нами проведено лечение серно-кислой магнезией, причем употреблялся 25% раствор и впрыскивалось интрамускулярно по 20 грамм, причем если кровяное давление через 4 часа после впрыскивания не падало, впрыскивание повторялось; за сутки вводилось в организм не больше 90 — 100 г указанного раствора. В одном случае сернокислая магнезия применялась при эклампсии во время беременности, в 4 — при э. родовой и в 1 — при э. послеродовой. В случае эклампсии беременной сернокислая магнезия вспрыснута была 2 раза по 20 грамм, припадки прекратились, сознание вернулось и больная выписалась с сохранившейся беременностью. В 3 случаях родовой эклампсии магнезия вспрыснута была до 4 раз, причем кровяное давление у этих больных было 165—180—140—135, были сильные головные боли, отёки ног. После инъекции кровяное давление понизилось до 120 максимум, минимум 80, сознание вернулось, и роды прошли нормально.

На 73 случая эклампсии умерло 7 больных, что составляет 9,5%, из них одна больная, доставленная в коматозном состоянии, умерла через полчаса, не разрешившись. Из опроса сопровождающих выяснилось, что за последние 2 месяца отеки были на ногах, за последние две недели отеки живота, лица и ног. Второй случай: эклампсия родовая (однояйцевая двойня). Лечение по схеме Строганова, больная умерла на 12-й день от катаральной пневмонии Третий случай—больная 20 лет, первые роды, температура 36,8°, пульс 120, было 20 припадков, в сознание не приходила. Лечение по Строганову и щипцы. Умерла на 3-й день при застойных явлениях в легких, не приходя в сознание. На аутопсии типичная картина эклампсии. Четвертый случай — эклампсия в родах; дома было 4 припадка, доставлена в бессознательном состоянии. Смерть в родах — щипцы на мертвой, мертвый плод и ручное отделение последа. Пятый случай—больная, 25 лет, доставлена через 18 часов после первого припадка в бессознательном состоянии, кровяное давление максимум 130, при кипячении мочи—сплошной белок, припадков нет. Сделана венопункция, выпущено 400 см³ крови, метреириз, перфорация головки, сердечные средства. Смерть через 15

часов после поступления. Аутопсия: венозное полнокровие обоих легких, дилатация правого сердца, гипертрофия левого желудочка, паренхиматозное перерождение сердца, печени, мелкие капилярные кровоизлияния под капсулу печени. Шестой случай — больная, 25 лет, доставлена в тяжелом состоянии, кровяное давление 155/108, было 4 припадка, произведено кесарево сечение; смерть через 36 часов. Седьмой случай — больная 40 лет; эклампсия в родах, беременность 37—38 недель. Мертвый плод, лечение серно-кислой магнезией и поворот на ножку. На 6-й день смерть при явлениях отека легких.

Борьба с эклампсией, поражающей женщин в молодом, цветущем возрасте, дающей и до сего дня большую смертность, является актуальной задачей.

Эта борьба должна сводиться к профилактике. Последняя должна начинаться с первых же дней посещения беременной консультации; у беременной наряду с ее взвешиванием, измерением таза и обследованием общего состояния должна быть исследована моча, кровяное давление. Особенное внимание должно быть обращено на отеки, — при значительном прибавлении веса, головной боли тут же должны быть приняты меры в виде назначения покоя, соответствующей диеты, а в случаях, неподдающихся лечению в консультации, больные обязательно должны быть направлены в палаты беременных при родильных домах.

Наш небольшой материал приводит нас к следующим выводам:

1. Борьба с эклампсией должна проводиться в стенах консультации широкой, ранней профилактикой.

2. Прибавка веса больной, появление отеков, наличие белка в моче обязывает врача консультации назначать больным соответствующую диету и выделить в диетстоловых соответствующий стол для подобных беременных.

3. Должна быть тесная связь консультации с роддомами.

4. В роддомах должны быть палаты беременных и соответствующие изолированные помещения для эклампти чек.

Поступила в ред. 7. X. 1937.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. М. Л. Выдрин). Белорусского мед. ин-та.

Лечение эклампсии сернокислой магнезией.

М. А. Рапопорт.

Ряд сообщений, появившихся в последнее время в нашей литературе, указывает на благоприятные результаты при лечении эклампсии сернокислой магнезией (Бровкин, Попов, Аловский, Строганов, Черток, Майзель).

Этот метод лечения был в нашей клинике применен в нескольких случаях в 1935 году, а с октября 1936 года все наблюдавшиеся случаи эклампсии подверглись лечению сернокислой магнезией.

Исключив при лечении эклампсии морфий, хлоралгидрат и хлороформ, применяя сернокислую магнезию часто в комбинации

с легким эфирным наркозом, мы в остальном придерживались профилактического метода Строганова: консерватизм ведения родов, затемненная комната, изоляция больной, содержание больной в тепле, кислород после припадка и т. д.

Лечение проводилось в основном по методике, предложенной Бровкиным, следующим образом:

Больная помещалась в слегка затемненную комнату. По возможности устранялось всякое раздражение. Вскоре после припадка вводили внутримышечно в ягодичную область 20 см³ 25% раствора сернокислой магнезии. Предварительно измерялось кровяное давление, исследовалась моча. В случаях беспокойного состояния больной все эти манипуляции проводились под легким эфирным наркозом. При повторных припадках или при наличии признаков приближения припадка вторично вводилась сернокислая магнезия в той же дозе не раньше, чем через 4 часа после первой инъекции. При тех же показаниях и через такие же промежутки времени производились третья, четвертая, пятая инъекции. Всего за сутки делалось не больше четырех инъекций. Максимальная суточная доза сернокислой магнезии при 4-х инъекциях в сутки составляла 20 см³, т. е. по 5 гр. на инъекцию. Иногда в тяжелых случаях на следующие сутки проводилась пятая инъекция. Очень часто, несмотря на прекращение припадков после первого вспрыскивания, мы вводили профилактически вторично сернокислую магнезию. Это делалось при высоком кровяном давлении, сильных головных болях, значительных отеках, малом диурезе, а также при бессознательном состоянии больной.

В целях изучения действия сернокислой магнезии на кровяное давление и диурез, через час после инъекции и перед каждой последующей инъекцией измерялось кровяное давление и отмечалось количество выделенной мочи.

В случаях, когда, несмотря на правильное лечение, припадки продолжались и состояние больной ухудшалось — применялось кровопускание. Когда же роды затягивались или состояние больной становилось угрожающим, родоразрешение проводилось при наличии соответствующих условий консервативными оперативными вмешательствами.

С введением сернокислой магнезии нам ни разу не пришлось прибегнуть к кесарскому сечению из-за эклампсии. Также значительно уменьшился процент других акушерских операций у рожениц с эклампсией.

Наш материал составляют 34 больных с эклампсией, леченной сернокислой магнезией. Эклампсия во время беременности—3 случая, во время родов—23 (68%) и послеродовой эклампсии—8 (23%). По возрасту: от 18 до 20 лет—8 (23%), от 20 до 25 лет—12 (35%), от 25 до 30 лет—12 (35%) и старше 30 лет—2 случая (7%). Первородящих было 27 (79,5%), повторно родящих—7 (20,5%). Больных с одноплодной беременностью было 28 и с многоплодной (двойни)—6. Родоразрешились—34, детей родилось—40.

У 22 больных (64,7%) имелись значительные отеки. Почти у всех больных было повышено кровяное давление, а именно:

у 16 больных от 140 до 160 мм ртутного столба (максимальное), у 9—от 165 до 175, у 2—до 180, у 2—до 195, у одной—до 200 и у одной—до 210 мм. У трех больных кровяное давление не измерено. Белок в моче был обнаружен во всех случаях: у одной больной—6,6‰, у одной—5‰, у 10—от 1 до 2‰ и у 6—от 0,6 до 0,8‰, в остальных случаях следы белка и единичные гиалиновые и иные цилиндры. Пониженный диурез был у 28 больных, случаев анурии не было. Резкое понижение зрения у 8 больных. Сильные головные боли отмечались всеми больными.

Припадками до поступления в клинику страдали 9 рожениц (25%), из них у одной больной до поступления было 16 припадков, у одной—12, у одной—6, у одной—5, у четырех—по 4 и у одной—один припадок. Первый припадок в 18 случаях произошел в периоде раскрытия, в 5—в периоде изгнания и в 8—в послеродовом периоде. В трех случаях припадки начались задолго до начала родовой деятельности. У 11 больных эклампсия была выражена в тяжелой форме, из них 7 женщин были в бессознательном состоянии. По количеству припадков имели: по одному припадку—13 случаев, по 2 припадка—6, по 3—6, по 4—3, по 5—3, по 10—1, по 14—1, и 20 припадков—1 случай. Припадки прекратились после однократного вспрыскивания в 19 случаях (66%), после двух инъекций—в 9 случаях (26%), после трех—в 5 случаях и в одном случае после пятикратного введения сернокислой магнезии. Однократное введение произведено было 11 раз, двукратное—7 раз, трехкратное—7 раз, четырехкратное—5 раз, пятикратное—3 раза, и один раз сернокислая магнезия введена шестикратно.

В большинстве случаев после введения магнезии кровяное давление уменьшалось в среднем на 20 мм ртутного столба, увеличивался диурез, поведение больных становилось более спокойным, часто наступал сон и после сна больные отмечали уменьшение головных болей и улучшение самочувствия. Случаев токсического влияния сернокислой магнезии на больных у нас не было. Antidotum для сернокислой магнезии (10% хлористого кальция) нам применить ни разу не пришлось. Отмеченные некоторыми авторами местные осложнения (абсцесы, флегмоны) при внутримышечном введении у нас не наблюдались.

К кровопусканию пришлось прибегнуть всего два раза. В одном случае у больной с 20 припадками через час после первой инъекции сернокислой магнезии, выпущено 800 г крови венопункцией, в дальнейшем продолжалось лечение сернокислой магнезией и наступило выздоровление. В другом случае кровопускание произведено после прекращения припадков, ввиду очень высокого кровяного давления.

Одним из недостатков многократных введений сернокислой магнезии мы считаем замедление родовой деятельности. Вредного действия на мать и ребенка даже после шести инъекций мы не наблюдали. Указания профессора Строганова на плохие результаты при лечении сернокислой магнезией у эклампткчек с многоплодной беременностью нашим материалом не подтверждаются.

У Строганова из 10 больных с многоплодной беременностью 4 умерли. Среди наших больных было 6 с двойнями. Все они хорошо перенесли лечение, родилось 11 живых детей. Все 6 рожениц выписались домой здоровыми с 10 живыми детьми. Проф. Строганов указывает на частоту психозов при лечении сернокислой магнезией. Среди наших больных наблюдался один случай психоза у родильницы с эклампсией после родов. На основании одного случая мы, понятно, вывода делать не можем. Во многих случаях у очень беспокойных больных после введения сернокислой магнезии наблюдали положительный эффект: больные успокаивались, впадали в дремотное состояние, явления неистовства проходили.

Из 34 рожениц-эклампти чек самопроизвольные роды имели место в 27 случаях (79%), оперативное вмешательство—в 7 случаях (21%), из них: а) щипцы—1 раз; б) щипцы на головку первого плода и поворот на ножку второго плода—в двух случаях (двойни); в) ручное пособие при ягодичном предлежании первого плода и поворот на ножку второго плода—в одном случае двойней; г) перфорация головки на мертвом плоде—в одном случае; д) вскрытие плодного пузыря и извлечение за ножку при ягодичном предлежании — в одном случае и е) вскрытие плодного пузыря—в одном случае.

Кроме того, были произведены следующие вмешательства: 1) ручное пособие при ягодичных предлежаниях—3 раза; 2) ручное отделение последа—3 раза; 3) зашивание разрывов промежности—4 раза; 4) венопункция—2 раза.

Нормальный послеродовой период наблюдался у 19 больных (56%). В остальных случаях послеродовой период был осложнен: эндометритом—2 сл., недостаточным обратным развитием матки—5, нагноением швов—2, пуерперальными язвами на влагалище—1, психозом—1, пиелитом—1, двукратным повышением температуры выше 38°—3.

Смертных случаев не было, все больные выписались домой в хорошем состоянии. Родилось детей—40, из них живыми—34. Умерло в клинике после родов—2.

Обстоятельства смертности детей следующие: 4 женщины прибыли в клинику с отсутствием сердцебиения плода, из них у одной тут же сделана перфорация головки плода, одна родила урода, в двух случаях родились мацерированные плоды. Один ребенок извлечен щипцами в асфиксии, оживлен, умер через 2 дня; один ребенок извлечен в асфиксии (ягодичное предлежание), оживить не удалось; в одном случае ребенок родился самостоятельно в асфиксии—не оживлен, и один ребенок недоношенный, (вес 2000 г) умер на 3-й день после родов (двойни). Из последних четырех случаев в трех произведено по одной инъекции сернокислой магнезии, припадки эклампсии у них начались не позже, чем за три часа до родов, и только в одном случае с наложением щипцов проводилось лечение с начала родовой деятельности.

Вес выписавшихся живых детей в 29 случаях от 2800 до 3000 г и выше и в трех случаях—2100—2200 г.

До широкого применения сернокислой магнезии наша клиника в лечении больных эклампсией придерживалась смешанной терапии, строго индивидуализируя каждый случай. Начинали мы большей частью с консервативной терапии по схеме Строганова и при угрожающем состоянии переходили к активным методам родоразрешения.

Ниже приводим сравнительную таблицу результатов лечения эклампсии по материалам клиники с 1925 года по 1937 г.

Сравнительная таблица результатов лечения эклампсии смешанной терапией и сернокислой магнезией.

	Количество случаев	Операт. закончен. роды						Смертность матерей		Количество родившихся детей	Количество мертвых детей		Количество кровопусканий	
		Всего	Процент	Кесарск. сечение	Процент	Щипцы и пр. акуш. операц.	Процент		Процент			Процент		Процент
1. Смешанная терапия (материал кл. 1925—1936 гг. по данным д-ра Дозорцевой и Кейлиной)	73	27	37	10	14	17	23,5	7	9,6	76	17	22	26	35
2. Лечение сернокисл. магнезией (1936—37 гг.) . .	34	7	20,5	—	—	7	20,5	—	—	40	8	20	2	6

Выводы. 1. Сернокислая магнезия — весьма ценное средство в борьбе с эклампсией: она обладает значительным прерывающим действием на припадки, понижает кровяное давление и увеличивает диурез.

2. При лечении эклампти чек сернокислой магнезией роды большей частью оканчиваются без вмешательства, все реже и реже встречаются случаи эклампсии, требующие кесарского сечения, уменьшается количество акушерских операций, а также количество кровопусканий.

3. Вредного действия сернокислой магнезии на мать, или на плод не наблюдается.

4. Благоприятные результаты получены при лечении эклампсии и у рожениц с многоплодной беременностью.

5. Внутримышечное применение сернокислой магнезии в виде 25—30% раствора более удобно и менее болезненно, чем подкожное введение больших количеств 3% раствора.

Поступила в ред. 21|I 1938.

Из акуш.-гинекологич. клиники Киевского мед. института (завед. клиникой проф. Ольшанецкий).

Decapitatio крючком Брауна в модификации Ольшанецкого.

Проф. А. М. Ольшанецкий

Современное состояние акушерской помощи у нас в СССР сделало операцию эмбриотомии и в частности декапитации чрезвычайно редкой: при нашей широкой возможности госпитализации всех родов запустить поперечное положение до необходимости применения операции эмбриотомии является почти недопустимым. Все же такие факты еще есть, хотя встречаются все реже и реже.

В этих редких случаях—может быть потому, что эти случаи редки,—опыт производства эмбриотомии, в частности декапитации, имеется у немногих молодых акушеров, а поэтому сложность и опасность операции декапитации следует свести до минимума.

Для производства этой операции было предложено много различных инструментов: Zweifel'я trache lorector, Строганова—экразер, Лазаревича—брефотом с сжимателями, Шульца — декапитационный серповидный нож, Кюстнера — рахиотом, пилопроводник Ратемон Бонгу, всем известный крючок Брауна и т. п.

Неудовлетворенность этими инструментами, частично благодаря их сложности, частично из-за неэффективности применения их, заставила акушеров остановиться на самом простом из них—крючке Брауна и внести изменения в технику производства операции декапитации.

Уже то обстоятельство, что после наложения крючка Брауна необходимо применить большие усилия с целью перелома позвоночника и последующего разрыва мягких частей шеи, вследствие чего может произойти сдвиг с своего места головки, делает эту операцию весьма опасной.

К этому следует добавить, что все эти манипуляции совершаются при запущенном поперечном положении, после долгих часов тщетной работы матки, при ad maximum растянутом нижнем сегменте.

Эти условия побудили многих акушеров искать выхода из положения в изменении техники, в частности такой выход, наиболее удачный, был предложен Чудновским, который до наложения крючка Брауна, делал надрез кожи шеи плода и вводил крючок в образованный таким образом подкожный канал.

Практика показала, что и это добавление не устраняет в конечном счете необходимость делать поворот крючка Брауна для перелома шейных позвонков и, следовательно, сдвигая насильно головку, производить добавочное растяжение и без того истонченной ткани нижнего сегмента, т. е. стоять на грани разрыва матки.

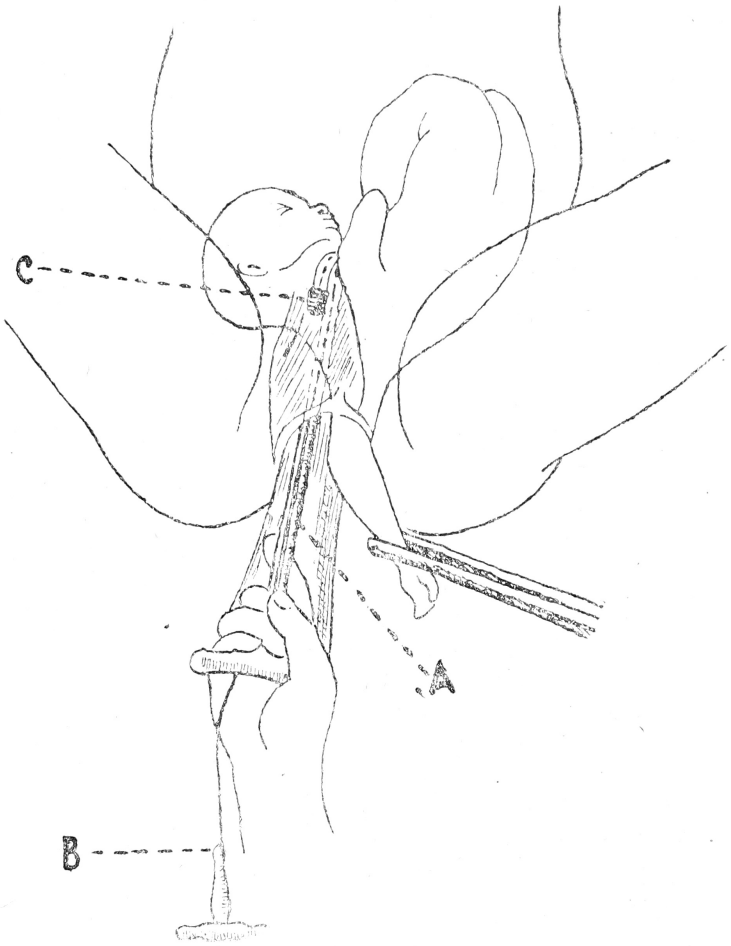
По нашему мнению, необходимо при декапитации создать такие условия, при которых исключалась бы необходимость поворачивать крючок Брауна вокруг своей оси и, следовательно смещать головку.

Для этой цели мы предложили следующее изменение крючка Брауна.

Во внутренней поверхности крючка вплоть до его окончания загнутой части делается выемка (желобок), в которую легла бы сталь-

ная проволочка. К одному концу проволочки приделывается поперечная трубочка „В“ для захвата рукой. Другой конец проволочки приделывается к штифту „С“, который входит в конец загнутого крючка (рис. 1).

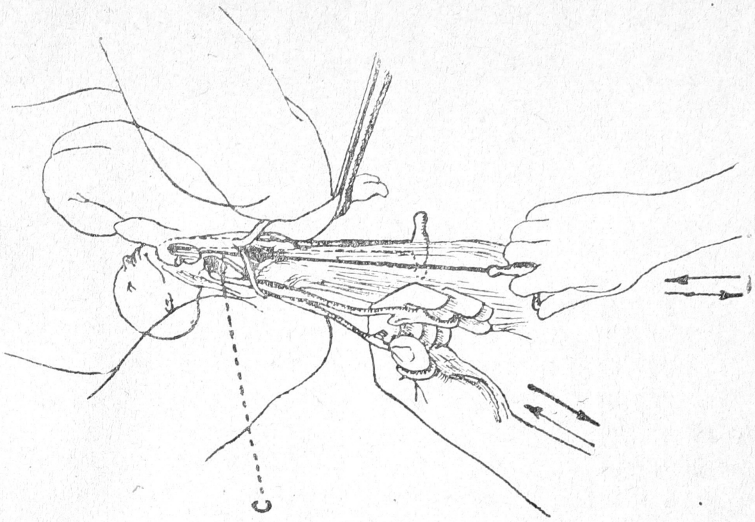
1-е положение.



Наложенный декапитатор на шею плода. А—крючок. В—первый конец проволоки, заложенный в рейке крючка. С—штифт, на котором укреплен второй конец проволоки.

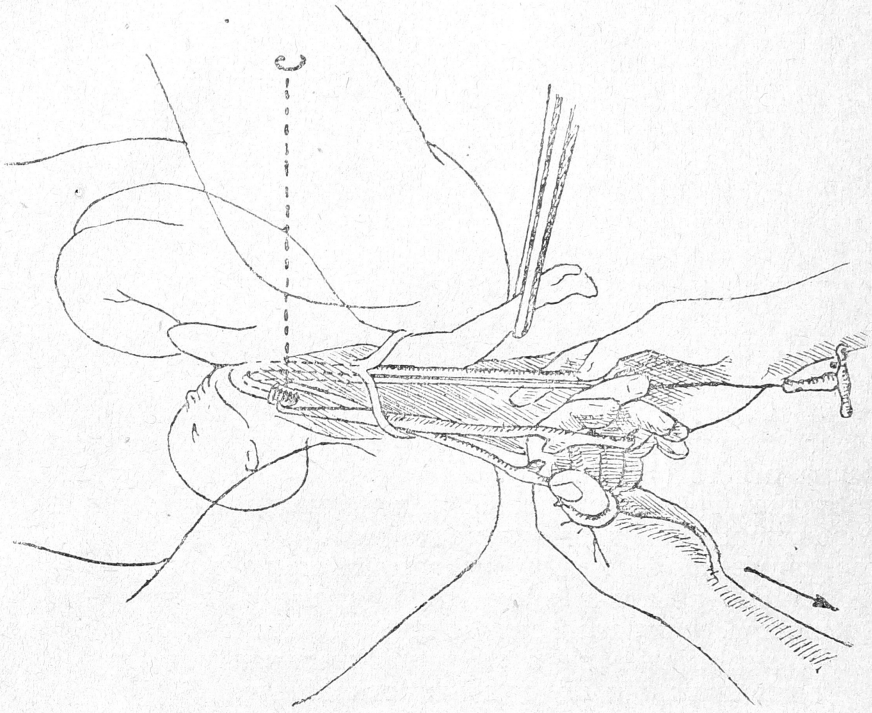
С вложенной проволочкой в выемку крючок Брауна вводится на шею плода по всем правилам этой операции. Не делая после введения никаких движений крючком (рис. 2), оператор захватывает штифт „С“ пулевыми щипцами либо другим инструментом. Штифт „С“ извлекается (рис. 3) наружу, а за ним следует проволочка, при чем крючок Брауна остается на месте. Оба конца проволоки акушер берет в руки, 3—4 пиловидными движениями декапитирует головку, после чего проволока выпадает и крючок без труда вынимается. В дальнейшем операция заканчивается как обычно.

Перед применением крючка в нашей модификации следует проверить целость и сохранность проволоки и лишь после этого приступить к операции. Если бы проволока оказалась негодной, ее легко заменить.



3-е положение.

С—Штифт извлекается пулевыми щипцами и приступают к отпилу головки. При извлечении наружу штифта пулевые снимаются.



2-е положение.

С—Штифт захвачен пулевыми щипцами и извлекается.

При этом методе головка и крючок остаются неподвижными, техника значительно упрощается и снижается до минимума опасность разрыва.

Поступила в ред. 3. VI. 1937.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков) Казанского гос. мединститута.

К упрощению методики реакции Фридманна.

Асс. И. В. Данилов.

Распознавание беременности в ее ранних стадиях имеет большое практическое значение, однако решение этого вопроса бывает порой затруднительным.

Трудность диагностики беременности особенно увеличивается при наличии опухолей, при ретрофлексированной и фиксированной матке, при развитии плода вне матки и т. д. Бывают случаи, когда вследствие неясно выраженной картины болезни своевременно не диагносцируется внематочная беременность и больная погибает. Отсюда вполне понятно стремление врачей найти специфическую реакцию на беременность.

Для этой цели были предложены различные биологические реакции, среди них наибольшее применение получила реакция Ашгейм—Цондека, основанная на том, что уже с первых дней беременности у женщины начинается усиленная продукция гормона передней доли гипофиза — пролана, выделяющегося и обнаруживаемого в моче беременной и оказывающего стимулирующее действие на яичники даже у инфантильных неполовозрелых животных. Техника этой реакции довольно проста и общеизвестна.

Реакция А.-Ц. была многочисленными авторами испробована на весьма большом материале, причем оказалось, что она дает верные указания в 98% всех случаев, т. е. гораздо чаще, чем другие, предложенные для этой цели, биологические реакции.

При всех своих достоинствах эта реакция имеет однако и большие недостатки, к которым относятся: 1) потребность в большом количестве животных, 2) значительная их смертность (20% мышей не переносят впрыскиваний мочи в указанных количествах и погибают во время опыта), 3) длительность времени для получения ответа (100 часов).

В последнее время предложен ряд модификаций, ускоряющих и упрощающих оригинальную реакцию А.-Ц. Эти упрощающие и ускоряющие способы можно разделить на группы по виду животных (мыши, крысы и кролики), применяемых для опыта, по виду вещества, впрыскиваемого подопытным животным (моча, кровь и сыворотка крови беременной женщины) и, наконец, по способу введения мочи подопытным животным.

В то время как основоположники биологической реакции для определения беременности в ранних стадиях ее развития, Ашгейм и Цондек, пользовались в качестве подопытных животных инфантильными мышами-самками, другие (Бруо и Симонс, Агаронов, Прохоров, Нейман) исходя из мысли, что гормоны передней доли гипофиза, имеющиеся в моче беременной, не специфичны в половом отношении, пользовались в своих опытах для определения ранней беременности взрослыми мышами-самцами. При положи-

тельной реакции у мышей-самцов отмечалась особенно сильная гипертрофия так наз. добавочных половых желез. Третья группа авторов (Рейнрих) для диагностики беременности употребляла инфантильных крыс и, наконец, четвертая группа исследователей (Фридман, Бутнер, Клауберг, Гофманн и др.), считая мышей мало пригодными для этой реакции, ввиду их большой смертности в опыте и продолжительности времени, необходимого для получения ответа, использовали в качестве подопытных животных кроликов-самок.

Для биологической реакции на раннюю беременность большинство авторов пользуется мочей испытуемой женщины. Другие вместо мочи употребляют сыворотку крови (Гофман) или кровь (Силин), исходя из того, что гормон, вызывающий изменения в половых органах опытных животных, может задержаться в почках беременной и, следовательно, моча последней не даст положительной реакции даже при наличии беременности.

Что касается способа введения мочи или сыворотки крови подопытным животным, то обычно пользуются инъекцией под кожу (мышам) или внутривенной (кроликам). В самое последнее время некоторые авторы (Силин и др.) предлагают вводить кровь в брюшную полость.

Занимаясь в свое время изучением вопроса, какая из имеющихся модификаций биологической реакции является наилучшей в смысле точности, быстроты ответа и доступности для практических врачей, мы пришли к выводу, что из всех модификаций, ускоряющих и упрощающих оригинальный способ А.-Ц., самой ценной по точности, доступности, простоте и скорости получения ответа является модификация Фридманна.

Техника реакции Фридманна такова: берется утренняя моча без особых асептических предосторожностей и ставится в холодильник (только у женщин, страдающих гнойными белями, она получается катетером). Перед впрыскиванием она осторожно подогревается на водяной бане не свыше 40° и вводится в краевую вену уха кроличихи в течение 48 часов 6 раз, по 4 см³ через каждые 8 часов. Через 48 часов после первого впрыскивания животное оперируется, и яичники его осматриваются. Наличие геморагических фолликулов указывает на положительность реакции.

Однако в дальнейшем некоторые авторы (Николаев, Розенберг, Силин и др.) сочли необходимым ускорить и упростить реакцию Фридманна. Считая эту попытку немаловажной, и имея значительный и длительный опыт в постановке Фридманна мы решили проверить практическую ценность предложенных в этом направлении модификаций.

Прежде всего нами было проверено предложение некоторых авторов ускорить ответ реакции Фридманна предварительным облучением подопытных крольчих красным светом. Применяя в качестве подопытных животных крольчих, подвергавшихся в течение 2 суток до опыта действию красного света, мы в самом деле получили ускорение реакции Фридманна на 18 часов, но только в 65% случаев.

Далее, мы испробовали предложение Николаева и Розенберга облучать красным светом с целью ускорения реакции вместо жи-

вотных мочу беременных, причем ни разу не получили ясных геморрагий через 12 — 15 часов после впрыскивания мочи, как об этом сообщают авторы этого метода. Силин, испробовав методику, предложенную проф. Николаевым для ускорения реакции Фридманна, получил результаты, не совпадающие с данными автора, в смысле ускорения.

Затем, Силин, исходя из мысли Гофмана о более высокой концентрации гормонов в крови беременной, чем в моче, предложил вводить мочу испытуемой женщины в количестве 20 см³ под кожу спины крольчихи и 5 см³ крови в брюшную полость. При таком применении мочи беременной автор находил яичники у кроликов резко увеличенными и в них ясно выраженные кровоизлияния уже через 12 — 24 часа после начала опыта.

Мы испробовали эту модификацию р. Фридманна на 5 кроликах-самках, причем старались, возможно точно, придерживаться при опытах техники, изложенной Силиным. Кроликам, весом в 200 г., мы вводили под кожу спины 20 см³ мочи беременной женщины и в брюшную полость 5 см³ крови той же женщины. Осмотр яичников производился через 12, 24 и 48 часов, в одном случае — через 36 часов.

В своих опытах этой модификацией мы ни разу не находили через 12 — 24 часа в яичниках кровоизлияний, подтверждающих положительную реакцию. В эти сроки отмечалась лишь сильная гиперемия матки, отечность яичников и зреющие фолликулы в них.

Через 36 часов яичники были увеличенными, в них находились единичные кровоизлияния и зреющие фолликулы; а через 48 часов после введения 5 см³ крови и 20 см³ мочи в яичниках у подопытных животных обнаружены были крупные темновишневого цвета геморрагические точки.

Количество и результаты наших опытов на кроликах не дают нам возможности делать в этом направлении какие-либо выводы. Однако, можно признать, что ускорение реакции в модификации Силина непостоянно, да и к тому же в техническом отношении эта модификация сложнее реакции Фридманна.

Пользуясь с 1932 г. в своей повседневной практической работе реакцией Фридманна для выяснения сомнительных случаев как маточной, так и внематочной беременности, мы особенно ощущали один из технических недостатков в реакции Фридманна — это трудность попадания иглой шприца в краевую вену уха кролика, повторно подвергавшейся инъекции. После 3 — 4 инъекций вены иногда бывают настолько изменены, что введение мочи становится невозможным. Для устранения указанного дефекта мы решили попробовать другие пути введения мочи беременной. С этой целью, сначала сохранив в остальном технику р. Фридманна, мы вводили мочу под кожу спины кролика. Утренняя моча испытуемой женщины вводилась нами под кожу спины в течение 48 час. по 4 см³ через каждые 8 часов. Подобных опытов мы имеем 10. Из них лишь в одном случае в яичниках через 48 час. после начала впрыскивания мочи были найдены мелкие кровоизлияния,

в остальных же, кроме гиперемии матки и отечности яичников, ясных геморагических точек, различимых простым глазом, не было обнаружено.

Получив неудовлетворительные результаты от введения мочи беременных под кожу крольчихе, мы решили использовать огромную резорбирующую способность брюшной полости, вводя мочу внутрибрюшинно. Первые опыты с внутрибрюшинным введением мочи были проведены при соблюдении всех остальных требований метода Фридманна, кроме способа введения. Вскрытие брюшной полости для осмотра яичников производилось через 48 часов. Подобных опытов у нас было всего 10, из них 8 с мочей женщин, имевших маточную беременность, с положительным результатом во всех случаях, и 2 случая прервавшейся внематочной беременности—в одном из них с положительным результатом, в другом случае—отрицательным.

Получив, таким образом, при реакции Фридманна с внутрибрюшинным введением мочи, результаты такие же хорошие, как и при типичной реакции Фридманна (с внутривенным введением), мы решили еще больше упростить технику реакции в сторону сокращения количества инъекций, за счет увеличения количества мочи, вводимой при каждой инъекции. С этой целью половозрелым кроликам в течение 48 час. вводилась моча не 6 раз по 4 см³ через 8 часов внутривенно, как требует оригинальный метод Фридманна, а только два раза внутрибрюшинно по 15 см³ с промежутками в 24 ч. Такое количество мочи кролики переносили хуже, чем обычную дозу в 4 см³. Тут же после инъекции животное ложилось и, закинув голову слегка назад, дышало часто и поверхностно. Такое состояние продолжалось приблизительно ½—1½ часа. Вскрытие брюшной полости крольчих производилось обычно через 48 часов.

Всего по этой технике мы провели 50 опытов, из них 32 случая с мочей женщин, имевших нормальную маточную беременность в 6—8 недель, 6 случаев внематочной беременности, 1 сл.—пузырного заноса и 11 сл. с воспалительными процессами женской половой сферы. Проба с мочей заведомо беременных женщин дала в 30 случаях ясный положительный результат, в 2—сомнительный. В последних двух случаях матка и трубы были у крольчих гипертрофированы, в яичниках имелись зреющие фолликулы с прозрачным содержимым. При повторной лапаротомии у этих же животных через 72 часа обнаружены гиперемия и набухание матки, в яичниках — геморрагические точки по 3 — 4 в каждом.

Из шести случаев с подозрением на внематочную беременность в 4 реакция оказалась слабо положительной, и наличие беременности было подтверждено последующей операцией. В остальных двух случаях при наличии клинических признаков, говорящих за внематочную беременность, реакция оказалась отрицательной. В обоих случаях операция, произведенная в клинике, показала наличие трубной беременности, в одном—прогрессирующей, во втором—прервавшейся с заматочной кровяной опухолью.

В одном случае лабораторно установленного пузырного заноса реакция оказалась слабо положительной.

Моча всех небеременных женщин, страдавших воспалительными процессами в половой сфере, будучи введена в брюшную полость крольчихам, никаких изменений в яичниках не вызывала.

Итак, наша модификация оригинальной реакции Фридманна, заключающаяся во внутрибрюшинном введении больших доз мочи, с большими промежутками, дала результаты почти такие же, как и обычная реакция Фридманна.

Кроме этого, мы проверили последнюю модификацию на пяти параллельных опытах (10 кроликов), сравнивающих эту модификацию с оригинальной реакцией Фридманна. Во всех случаях, где применялась оригинальная методика Фридманна с мочей беременных женщин, реакция получилась резко положительной. Она выразилась в наличии (через 48 час.) ясных, выдающихся над поверхностью яичника геморрагических точек. В опытах же с введением мочи беременных в брюшную полость кролику по 15 см^3 два раза через 24 часа—наблюдалась менее резкая положительная реакция, выразившаяся в гиперемии матки и яичников с недостаточно выраженными геморагическими точками.

Выводы: 1. Наши многочисленные (до 400) опыты с реакцией Фридманна и ее модификацией дают право утверждать, что более точной и простой биологической реакцией на беременность ранних сроков является оригинальная реакция Фридманна.

2. Наряду с оригинальной реакцией Фридманна может быть рекомендована для широкого применения и наша модификация. Хотя она дает и не столь резкую, как р. Фридманна, картину изменений в яичниках крольчихи, однако, значительно упрощает технику постановки реакции, важной для диагноза беременности.

Поступила в ред. 19/IV 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей г. Новосибирска.

О диагностической ценности пробы Кауфмана в гинекологической практике.

О. Д. Ширшова

Наиболее важное значение при определении предоперационного состояния больного имеет состояние сердечно-сосудистой системы, расстройство которой является одной из самых частых причин неожиданных смертей. Для испытания работоспособности аппарата кровообращения предложено до 70 различных методов, но ни один из них не может быть действительно надежным методом диагностики и прогностики состояния сердца и всей сердечно-сосудистой системы. Все эти методы основаны на изменении со стороны пульса, кровяного давления и дыхания и не обладают достаточной точностью. В 1921 г. Кауфманом был предложен метод с диурезом для выявления скрытой декомпенсации сердца. Видимым проявлениям

физической декомпенсации сердца предшествует невидимая латентная стадия. Одним из видимых проявлений недостаточности сердца является отек, но и он может быть в скрытой (латентной) стадии, неподдающейся клиническому учету, так как наше тело в состоянии без видимого отека удержать сверх нормы до 6 литров воды (Видаль).

Проба Кауфмана на диурез базируется на клинически-экспериментальных опытах Эппингера, который доказал, что в патологии отека, помимо почек, большая роль принадлежит и межклеточным тканевым пространствам. При недостаточности сердца происходит недостаточное снабжение кислородом тканевых клеток и эндотелия капиляров, что ведет к нарушению периферического тканевого обмена, начинается болезненное накопление жидкости в тканях, наступает отек.

Проба Кауфмана заключается в следующем. Перед началом пробы больной опорожняет мочевой пузырь, и в горизонтальном положении ему дается ежечасно, в течение 6 часов, по 150 см^3 воды или слабого чая. С 7 час. утра ежечасно собирают мочу, в течение 6 часов. Опыт этот распадается на 2 периода: 1) предварительный период, в течение 4 часов, когда больной лежит в горизонтальном положении и 2) главный период, когда ножной конец кровати приподнимается на 2—5 см, и опыт в таком положении продолжается еще 2 часа. Больной в течение этого времени ничего не ест и не получает жидкости больше указанного. Кауфман исходит из того, что поднятие ножного конца кровати, а значит и нижней половины туловища, увеличивает пассивно отток жидкости из нижних конечностей, улучшается циркуляция крови, это в свою очередь способствует резорбции задержавшейся в тканях жидкости и выведению ее через почки. Полученные порции мочи изучаются количественно и качественно (удельный вес). У здоровых людей порции мочи, после перемены положения, почти не изменяются, ибо в конечностях в норме не бывает отеков. Если же имеются скрытые отеки, то порции мочи в главном периоде будут больше, что указывает на задержку воды в организме. Проба считается положительной, если средние цифровые соотношения главного периода больше, чем в предварительном периоде, на 30—180 см^3; при этом нужно иметь ввиду, что нижняя граница, т. е. 30 см^3 только тогда имеет значение, если все часовые порции являются малыми.

В работе Кролюницкой и др. авторов оценка пробы Кауфмана такова, что при начинающейся декомпенсации без наличия видимых отеков в большинстве случаев проба эта дает положительные результаты. При явном расстройстве компенсации проба обычно отрицательная. Каплун по этому поводу говорит, что собственно распознавание тяжелой декомпенсации не требует никаких проб, благодаря ясности клинической картины. Кауфман считает, что в этих случаях асфиксия эндотелия сосудов настолько значительна, что получающееся улучшение оттока при поднятии ног недостаточно для повышения деятельности эндотелия сосудов и улучшения обмена веществ между тканями и кровью.

Проба Кауфмана встретила в начале своего опубликования довольно живой интерес. Авторы, работавшие над испытанием этой пробы, пришли к различным результатам, но большинство из них считает эту пробу вполне пригодной. Из иностранных авторов положительную оценку этой пробе, как хорошей функциональной пробе сердца, дают: Гейлброннер, Брюкке, Тордей, Абель. Шмидт и Поль горячо рекомендуют эту пробу, указывая, что в связи с систе-

вотных мочу беременных, причем ни разу не получили ясных геморрагий через 12 — 15 часов после впрыскивания мочи, как об этом сообщают авторы этого метода. Силин, испробовав методику, предложенную проф. Николаевым для ускорения реакции Фридманна, получил результаты, не совпадающие с данными автора, в смысле ускорения.

Затем, Силин, исходя из мысли Гофмана о более высокой концентрации гормонов в крови беременной, чем в моче, предложил вводить мочу испытуемой женщины в количестве 20 см³ под кожу спины крольчихи и 5 см³ крови в брюшную полость. При таком применении мочи беременной автор находил яичники у кроликов резко увеличенными и в них ясно выраженные кровоизлияния уже через 12 — 24 часа после начала опыта.

Мы испробовали эту модификацию р. Фридманна на 5 кроликах-самках, причем старались, возможно точно, придерживаться при опытах техники, изложенной Силиным. Кроликам, весом в 200 г., мы вводили под кожу спины 20 см³ мочи беременной женщины и в брюшную полость 5 см³ крови той же женщины. Осмотр яичников производился через 12, 24 и 48 часов, в одном случае — через 36 часов.

В своих опытах этой модификацией мы ни разу не находили через 12 — 24 часа в яичниках кровоизлияний, подтверждающих положительную реакцию. В эти сроки отмечалась лишь сильная гиперемия матки, отечность яичников и зреющие фолликулы в них.

Через 36 часов яичники были увеличенными, в них находились единичные кровоизлияния и зреющие фолликулы; а через 48 часов после введения 5 см³ крови и 20 см³ мочи в яичниках у подопытных животных обнаружены были крупные темновишневого цвета геморрагические точки.

Количество и результаты наших опытов на кроликах не дают нам возможности делать в этом направлении какие-либо выводы. Однако, можно признать, что ускорение реакции в модификации Силина непостоянно, да и к тому же в техническом отношении эта модификация сложнее реакции Фридманна.

Пользуясь с 1932 г. в своей повседневной практической работе реакцией Фридманна для выяснения сомнительных случаев как маточной, так и внематочной беременности, мы особенно ощущали один из технических недостатков в реакции Фридманна — это трудность попадания иглой шприца в краевую вену уха кролика, повторно подвергавшейся инъекции. После 3 — 4 инъекций вены иногда бывают настолько изменены, что введение мочи становится невозможным. Для устранения указанного дефекта мы решили попробовать другие пути введения мочи беременной. С этой целью, сначала сохранив в остальном технику р. Фридманна, мы вводили мочу под кожу спины кролика. Утренняя моча испытуемой женщины вводилась нами под кожу спины в течение 48 час. по 4 см³ через каждые 8 часов. Подобных опытов мы имеем 10. Из них лишь в одном случае в яичниках через 48 час. после начала впрыскивания мочи были найдены мелкие кровоизлияния,

в остальных же, кроме гиперемии матки и отечности яичников, ясных геморагических точек, различимых простым глазом, не было обнаружено.

Получив неудовлетворительные результаты от введения мочи беременных под кожу крольчихе, мы решили использовать огромную резорбирующую способность брюшной полости, вводя мочу внутрибрюшинно. Первые опыты с внутрибрюшинным введением мочи были проведены при соблюдении всех остальных требований метода Фридманна, кроме способа введения. Вскрытие брюшной полости для осмотра яичников производилось через 48 часов. Подобных опытов у нас было всего 10, из них 8 с мочей женщин, имевших маточную беременность, с положительным результатом во всех случаях, и 2 случая прервавшейся внематочной беременности—в одном из них с положительным результатом, в другом случае—отрицательным.

Получив, таким образом, при реакции Фридманна с внутрибрюшинным введением мочи, результаты такие же хорошие, как и при типичной реакции Фридманна (с внутривенным введением), мы решили еще больше упростить технику реакции в сторону сокращения количества инъекций, за счет увеличения количества мочи, вводимой при каждой инъекции. С этой целью половозрелым кроликам в течение 48 час. вводилась моча не 6 раз по 4 см³ через 8 часов внутривенно, как требует оригинальный метод Фридманна, а только два раза внутрибрюшинно по 15 см³ с промежутками в 24 ч. Такое количество мочи кролики переносили хуже, чем обычную дозу в 4 см³. Тут же после инъекции животное ложилось и, закинув голову слегка назад, дышало часто и поверхностно. Такое состояние продолжалось приблизительно 1—1½ часа. Вскрытие брюшной полости крольчих производилось обычно через 48 часов.

Всего по этой технике мы провели 50 опытов, из них 32 случая с мочей женщин, имевших нормальную маточную беременность в 6—8 недель, 6 случаев внематочной беременности, 1 сл.—пузырного заноса и 11 сл. с воспалительными процессами женской половой сферы. Проба с мочей заведомо беременных женщин дала в 30 случаях ясный положительный результат, в 2—сомнительный. В последних двух случаях матка и трубы были у крольчих гипертрофированы, в яичниках имелись зреющие фолликулы с прозрачным содержимым. При повторной лапаротомии у этих же животных через 72 часа обнаружены гиперемия и набухание матки, в яичниках — геморрагические точки по 3 — 4 в каждом.

Из шести случаев с подозрением на внематочную беременность в 4 реакция оказалась слабо положительной, и наличие беременности было подтверждено последующей операцией. В остальных двух случаях при наличии клинических признаков, говорящих за внематочную беременность, реакция оказалась отрицательной. В обоих случаях операция, произведенная в клинике, показала наличие трубной беременности, в одном—прогрессирующей, во втором—прервавшейся с заматочной кровяной опухолью.

В одном случае лабораторно установленного пузырного заноса реакция оказалась слабо положительной.

Моча всех небеременных женщин, страдавших воспалительными процессами в половой сфере, будучи введена в брюшную полость крольчихам, никаких изменений в яичниках не вызывала.

Итак, наша модификация оригинальной реакции Фридманна, заключающаяся во внутрибрюшинном введении больших доз мочи, с большими промежутками, дала результаты почти такие же, как и обычная реакция Фридманна.

Кроме этого, мы проверили последнюю модификацию на пяти параллельных опытах (10 кроликов), сравнивающих эту модификацию с оригинальной реакцией Фридманна. Во всех случаях, где применялась оригинальная методика Фридманна с мочей беременных женщин, реакция получилась резко положительной. Она выразилась в наличии (через 48 час.) ясных, выдающихся над поверхностью яичника геморрагических точек. В опытах же с введением мочи беременных в брюшную полость кролику по 15 $см^3$ два раза через 24 часа—наблюдалась менее резкая положительная реакция, выразившаяся в гиперемии матки и яичников с недостаточно выраженными геморагическими точками.

Выводы: 1. Наши многочисленные (до 400) опыты с реакцией Фридманна и ее модификацией дают право утверждать, что более точной и простой биологической реакцией на беременность ранних сроков является оригинальная реакция Фридманна.

2. Наряду с оригинальной реакцией Фридманна может быть рекомендована для широкого применения и наша модификация. Хотя она дает и не столь резкую, как р. Фридманна, картину изменений в яичниках крольчихи, однако, значительно упрощает технику постановки реакции, важной для диагноза беременности.

Поступила в ред. 19/IV 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей г. Новосибирска.

О диагностической ценности пробы Кауфмана в гинекологической практике.

О. Д. Ширшова

Наиболее важное значение при определении предоперационного состояния больного имеет состояние сердечно-сосудистой системы, расстройство которой является одной из самых частых причин неожиданных смертей. Для испытания работоспособности аппарата кровообращения предложено до 70 различных методов, но ни один из них не может быть действительно надежным методом диагностики и прогностики состояния сердца и всей сердечно-сосудистой системы. Все эти методы основаны на изменении со стороны пульса, кровяного давления и дыхания и не обладают достаточной точностью. В 1921 г. Кауфманом был предложен метод с диурезом для выявления скрытой декомпенсации сердца. Видимым проявлениям

физической декомпенсации сердца предшествует невидимая латентная стадия. Одним из видимых проявлений недостаточности сердца является отек, но и он может быть в скрытой (латентной) стадии, неподдающейся клиническому учету, так как наше тело в состоянии без видимого отека удержать сверх нормы до 6 литров воды (Видаль).

Проба Кауфмана на диурез базируется на клинически-экспериментальных опытах Эппингера, который доказал, что в патологии отека, помимо почек, большая роль принадлежит и межклеточным тканевым пространствам. При недостаточности сердца происходит недостаточное снабжение кислородом тканевых клеток и эндотелия капиляров, что ведет к нарушению периферического тканевого обмена, начинается болезненное накопление жидкости в тканях, наступает отек.

Проба Кауфмана заключается в следующем. Перед началом пробы больной опорожняет мочевой пузырь, и в горизонтальном положении ему дается ежечасно, в течение 6 часов, по 150 см^3 воды или слабого чая. С 7 час. утра ежечасно собирают мочу, в течение 6 часов. Опыт этот распадается на 2 периода: 1) предварительный период, в течение 4 часов, когда больной лежит в горизонтальном положении и 2) главный период, когда ножной конец кровати приподнимается на 2—5 см, и опыт в таком положении продолжается еще 2 часа. Больной в течение этого времени ничего не ест и не получает жидкости больше указанного. Кауфман исходит из того, что поднятие ножного конца кровати, а значит и нижней половины туловища, увеличивает пассивно отток жидкости из нижних конечностей, улучшается циркуляция крови, это в свою очередь способствует резорбции задержавшейся в тканях жидкости и выведению ее через почки. Полученные порции мочи изучаются количественно и качественно (удельный вес). У здоровых людей порции мочи, после перемены положения, почти не изменяются, ибо в конечностях в норме не бывает отеков. Если же имеются скрытые отеки, то порции мочи в главном периоде будут больше, что указывает на задержку воды в организме. Проба считается положительной, если средние цифровые соотношения главного периода больше, чем в предварительном периоде, на 30—180 см^3; при этом нужно иметь ввиду, что нижняя граница, т. е. 30 см^3 только тогда имеет значение, если все часовые порции являются малыми.

В работе Кролюницкой и др. авторов оценка пробы Кауфмана такова, что при начинающейся декомпенсации без наличия видимых отеков в большинстве случаев проба эта дает положительные результаты. При явном расстройстве компенсации проба обычно отрицательная. Каплун по этому поводу говорит, что собственно распознавание тяжелой декомпенсации не требует никаких проб, благодаря ясности клинической картины. Кауфман считает, что в этих случаях асфиксия эндотелия сосудов настолько значительна, что получающееся улучшение оттока при поднятии ног недостаточно для повышения деятельности эндотелия сосудов и улучшения обмена веществ между тканями и кровью.

Проба Кауфмана встретила в начале своего опубликования довольно живой интерес. Авторы, работавшие над испытанием этой пробы, пришли к различным результатам, но большинство из них считает эту пробу вполне пригодной. Из иностранных авторов положительную оценку этой пробе, как хорошей функциональной пробе сердца, дают: Гейлброннер, Брюкке, Тордей, Абель. Шмидт и Поль горячо рекомендуют эту пробу, указывая, что в связи с систе-

матическим применением этой пробы послеоперационные сердечно-сосудистые осложнения стали значительно реже. Из русских авторов Шмундак и Чудновский дают заключение о пробе Кауфмана, как о чрезвычайно тонком индикаторе состояния сердечно-сосудистой системы, по их мнению с помощью этой пробы удается без наличия каких-либо клинических данных выявить тонус сердечно-сосудистой системы. „Отрицательная проба", по их мнению, в большинстве случаев указывает на нормальное состояние сердечно-сосудистой системы; „положительная проба" в такой же степени является индикатором того, что сердечно-сосудистая система находится в состоянии нарушенного равновесия. Такую же положительную оценку этой пробы мы находим в работах Лившина, Карпова. Проба Кауфмана, по их оценке, является наиболее чувствительной из всех функциональных проб. Проф. Бергман отзывается об этой пробе как „практически удобной, имеющей большое врачебно-клиническое значение". Этой пробой пользуются не только в терапевтических клиниках, но и перед хирургическими и гинекологическими операциями, как функциональной пробой для слабых, но видимо еще компенсированных сердец, чтобы определить, не находятся ли они на границе декомпенсации и можно ли еще нагружать их оперативным вмешательством или наркозом.

Мы применили пробу Кауфмана на 100 больных, которые поступили в гинекологическую клинику для оперативного лечения. Испытанию подверглись: 36 больных, страдавших cancer genitalium, 18 с фибромиомой матки, 16 с придатковыми опухолями, 15—cystitis et cystoma ovarii, 9—graviditas ectopica (haematocele peritubaria et retrouterina, 3—prolapsus uteri et vaginae, 1—aplasia vaginae, 1—беременность V месяц и vitium cordis, 1—беременность VI месяц и tbc pulmonum. По возрасту: до 30 л.—21, от 30 до 40 л.—26, выше 40 л.—53. У каждой больной измерялось кровяное давление, исследовалась моча для того, чтобы не включать в материал почечных больных, и ставилась проба Штанге.

Из 36 сл. раковых заболеваний положительную пробу Кауфмана дали 15 больных. Во всех случаях больные подверглись операции Panhysterectomia. Продолжительность операций до 2 часов у 15 больных, до 3 часов у 19 б-ных, свыше 3 ч. у 2 б-ных.

В 15 случаях с положительной пробой операция длилась до 2 часов—у 8, до 3 час.—у 7 б-ных. Ингаляционный наркоз применен был у 10 больных и смешанный наркоз—у 5. Из 15 б-ных с положительной пробой клинически глухие тоны сердца были отмечены в 3 случаях, довольно выраженная анемия—у 7 больных. Низкое кровяное давление выявлено у 7 больных. Штанге, задержка дыхания свыше 20″—у 13 б-ных. Штанге у больных с отрицательной пробой во всех случаях выше 20″.

Из 15 больных, имеющих положительную пробу Кауфмана, у 11 больных во время операции и после пришлось применять сердечные средства, в связи с явлениями недостаточности кровообращения. В одном случае смерть наступила на операционном столе, в 3 случаях наступило шоковое состояние во время и тотчас после операции. Приведем наиболее характерные случаи:

1. Б-ная З., 44 лет, поступила в клинику 27/III 1933 г. с диагнозом: Cancer colli uteri exophitans sub. operabilis. Клинических изменений со стороны сердца не найдено. Штанге—задержка дыхания до 70″. Проба Кауфмана положительная, 5/IV, во время операции, наступил коллапс; операция закончилась пробным чревосечением.

2. Больная Г., 35 лет, поступила в клинику 13/V 36 г. с диагнозом Cancer colli uteri endophitans operabilis. Клинически отмечены глухие тоны сердца,

Штанге—задержка дыхания 30″, тотчас после пробы сильная одышка. Проба Кауфмана положительная. 7/V операция Panhysterectomia Wertheim'a. Продолжительность операции 2 ч. 40 м., ингаляционный наркоз: хлороформа 25 см³, эфира 160 см³. Тотчас же после операции падение сердечной деятельности.

У 21 б-ной с отрицательной пробой Кауфмана изменения со стороны сердечно-сосудистой системы клинически не обнаружены. Штанге—во всех случаях выше 20″. У 3 б-ных в первые дни после операции применяли сердечные по поводу незначительных расстройств сердечно-сосудистой системы, с которыми больные быстро справились. У одной из этих больных при поступлении проба Кауфмана была положительная. После 10-дневной подготовки сердца проба Кауфмана—отрицательная.

По нашему материалу раковые больные дают большой процент положительных проб Кауфмана (41,1%). Объясняется это явление тем, что раковое заболевание рано вызывает изменение всего организма, сопровождаясь часто обильными кровотечениями. Наш материал сходится с данными Фрея и Кокейза, где мы находим указания, что особенно большую степень скрытой недостаточности сердечной деятельности дают именно раковые больные.

Больные с фибромиомой матки по нашему материалу дают также большой процент положительной пробы Кауфмана—44%, по материалам Каплуна—48% б-ных с миомами дают положительную пробу Кауфмана, по Шмидту и Полю—50,9%, по Зиндентопфу 58,8%. Повидимому, длительные и обильные кровотечения вызывают изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У 8 больных с фибромиомой матки, давших положительную пробу Кауфмана, клинически изменений со стороны сердечно-сосудистой системы не обнаружено. Штанге больше 20″ отмечено у всех больных. Явно анемичных больных не было. 5 больных получили ингаляционный наркоз, 3 больных—смешанный (спинно-мозговой плюс ингаляционный). Продолжительность операции не больше 1 часа. Характер оперативного вмешательства: у 5 б-ных Amputatio uteri и у 3 б-ных Extirpatio uteri.

Расстройства сердечной деятельности во время и после операции не наблюдалось ни у одной из больных, независимо от того, давали ли они положительную или отрицательную пробу Кауфмана. Нужно сказать, что все больные с положительной пробой Кауфмана получали до операции сердечные средства.

Из 16 больных с воспалительными опухолями придатков у 6 больных мы имели положительную пробу Кауфмана. Проба Штанге у всех больных была выше 20″. Клинически глухие тоны сердца были отмечены у одной больной; у 3 б-ных из 6 во время операции и в первые дни после операции отмечены явления нарушения со стороны сердечной деятельности. В одном случае наступила смерть при падении сердечной деятельности, через 10 мин. после операции. Из 10 больных с отрицательной пробой Кауфмана у одной б-ной наблюдалась недостаточность сердечной деятельности, с которой б-ная справилась в течение первых двух дней после операции. Операция технически была сложная, продолжалась 3 часа. Воспалительные опухоли придатков часто с гнойным содержимым вызывают интоксикацию и отзываются на сердечно-сосудистой деятельности, чем и можно объяснить большой процент скрытой недостаточности сердечной деятельности у таких больных.

Из 15 исследованных больных с cystis et cystoma ovarii в трех случаях проба Кауфмана была положительной (в одном из этих случаев применялись сердечные средства во время и после операции): у 12 б-ных с отрицательной пробой Кауфмана необходимости в применении сердечных средств не было. Общее состояние всех 15 исследованных б-ных было удовлетворительное, клинически изменений со стороны сердца не обнаружено. Штанге во всех случаях выше 20″.

Из 9 б-ных, поступивших для оперативного вмешательства с диагнозом graviditas ectopica (брались случаи с haematocele peritubaria et retrouterina) 3 имели положительную пробу Кауфмана. Клинически изменений со стороны сердца не отмечено. Штанге в 2 случаях ниже 20″ (с положительной пробой). В одном случае применялись сердечные средства. Б-ная быстро, в течение первых суток, справилась с явлениями недостаточности сердечной деятельности.

В 6 сл. с отрицательной пробой Кауфмана необходимости в применении сердечных средств не наблюдалось ни во время, ни после операции. Трех б-ных, оперированных по поводу prolapsus uteri et vaginae, дали пробу Кауфмана отрицательную, и ни в одном случае явлений недостаточности со стороны органов кровообращения не наблюдалось.

У больной с aplasia vaginae проба Кауфмана была отрицательной; клинически сердце вполне здоровое, Штанге—больше 20″. Операция и послеоперационное течение без осложнений со стороны сердца.

У больной с диагнозом беременность 5 мес. и vitium cordis проба Кауфмана отрицательная. Операция под спинно-мозговой анестезией без осложнений. Проба в данном случае указывает на компенсацию сердца.

Одна больная, с положительной пробой Кауфмана, оперирована по поводу туберкулеза легких во второй половине беременности под инфильтрационной анестезией. Операция прошла без осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Суммируя наши наблюдения, мы можем сказать, что из 100 больных 36 имели положительную пробу Кауфмана, 64—отрицательную. Из 36, давших положительную пробу, в 16 случаях (44%) мы наблюдали явные признаки недостаточности сердечной деятельности. Из 64 больных с отрицательной пробой явления недостаточности сердечно-сосудистой системы отмечены у 5 б-ных.

Пользуясь нашими небольшими наблюдениями, можно сделать следующие выводы:

1. Проба Кауфмана представляет определенный практический интерес по простоте своей методики и по объективности данных.

2. Проба выявляет данные, служащие предостережением против наркоза, длительной операции и требующие подготовки сердца больных к операции.

3. Выводы о состоянии сердечно-сосудистой системы следует делать не только на основании одной этой пробы, но на основании совокупности данных исследования сердца и другими методами.

Литература. 1. Каплун, Гинекология и акушерство, № 4, 1929,—2. Карпов, Сборник бальнеологических работ Сибирских курортов, 1928.—3. Кролюницкая, Казанский мед. журнал, № 12, 1926.—4. Литвак и Сорочкина, Терапевтический арх., 1930.—5. Лившин, Омский мед. журнал, № 6, 1928.—6. Салищев и Левин, Медико-биологич. журн., № 3—4, 1928.—7. Шмундак и Чудновский, Врачеб. дело, № 8, 1929.—8. Keckelis, Zbl. f. Gyn. № 20, 1922.—9. Schmidt und Pohl, Zbl. f. Gyn. № 5, 1928.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков) Казанского госуд. мединститута.

Размеры и вес новорожденных настоящего времени.

З. И. Баишева и Н. И. Фролова.

(Предварительное сообщение)

Мысль об измерении длины и веса современных новорожденных возникла в связи с неоднократными замечаниями работников родильного отделения клиники о том, что за последнее время родятся дети значительно крупнее, чем в прошлые годы. По-

добное явление представлялось вполне возможным с теоретической точки зрения. Улучшение социально-бытовых условий в СССР, пользование декретным отпуском, и т. п. несомненно должны отразиться благотворно на организме беременной женщины.

Профессор Маненков поручил нам проверить размеры и вес новорожденных на материале акушерско-гинекологической клиники КГМИ.

Литературные сведения по этому вопросу весьма скудны. Из наших соотечественников, насколько нам известно, за последние годы измерением длины и веса новорожденных занимался Гаврилов[1]). Какого-либо увеличения длины и веса, по сравнению со средними цифрами, указываемыми в учебниках, он, судя по его данным, не нашел. Наибольшая длина, которую ему пришлось наблюдать, равнялась 51,9 см, а наибольший вес 3343 г. В своих выводах он лишь указывает, что более крупные дети родятся в весенне-летний период.

В иностранной литературе имеется статья Майера[2]), который отмечает увеличение длины у новорожденных детей на 0,7 см. у повторнородящих и на 0,8 см. у первородящих. Автор статьи предполагает, что на увеличение длины оказывают влияние следующие факты: повышение культурного уровня населения, занятие спортом, облучение солнцем в летнее время и т. д., но в общем каких-нибудь определенных выводов, на основании своих наблюдений, он не делает.

Переходим к нашим исследованиям. Для измерения нами брались дети, рожденные в срок. Определяя срочность родов, мы пользовались следующими данными: время последних месячных, первое шевеление плода, окружность живота на уровне пупка, высота стояния дна матки над лобком. Если совокупность этих данных говорила за то, что роды срочные, мы брали новорожденного для измерения.

Измерялись у ребенка следующие величины: рост, окружности головки (прямая, б. косая, вертикальная), размеры головки (прямой, б. косой, м. косой), окружность плеч, окружность ягодиц, и наконец вес. Рост мы измеряли ростомером, которым пользуется детская клиника для измерения грудных детей. Ребенок укладывался по этому ростомеру на спинку, ножки его вытягивались. Измерения головки, плеч и ягодиц производились сантиметровой лентой. Вес определялся путем взвешивания на детских весах.

Всего нами было обследовано 100 новорожденных, из них 56 мальчиков и 44 девочки. В результате измерений и взвешиваний мы получили следующие данные: Рост — до 50 см. — 16 детей, в 50 см. — 17, свыше 50 см. — 67 детей, из них от 51 до 53 см.— 43 реб. и свыше 53 см. — 24. Самый большой рост, который мы наблюдали, равнялся 56 см. Вес: ниже 3200 г—30 детей, в 3200 г— 4 реб., свыше 3200 г—46 детей, свыше 4000 г—20 детей. Самый большой вес—4500 г. Таким образом, если принять, что средний

[1]) Из Свердловского института О. М. М.
[2]) Zentralblatt f. Gyn. 1937, № 48.

вес ребенка, как то указывается большинством учебников, равен 3200 г, а рост—50 см, то, по нашим данным, при измерении ростомером, около 67% новорожденных имеют рост и вес выше указанной средней нормы. Средний рост у исследованных нами мальчиков равен—51,47 см, у девочек—51 см; средний вес: у мальчиков 3450 г, у девочек 3390 г. Параллельно с увеличением веса и роста наблюдается соответствующее увеличение и других исследованных нами размеров ребенка.

В связи с этим встает вопрос, не отразилось ли такое увеличение размеров плода на акте родов. Просматривая истории родов тех женщин, дети которых измерялись, мы не нашли увеличения числа патологических родов, по сравнению с имеющейся на этот счет статистикой. На 100 обследованных нами случаев мы не имели ни одного случая патологических родов. Отсюда можно заключить, что тот организм, который выносил в себе крупного ребенка, имеет возможность нормально произвести изгнание этого плода. Мы знаем, что родовой акт зависит не только от размеров таза, но и от целого ряда других моментов, в том числе в значительной мере от силы родовой деятельности. Последняя же, логически рассуждая, должна быть лучше выражена у крепких и физически сильных женщин.

Заканчивая анализ обследованных случаев, мы должны осветить еще один вопрос, который встал перед нами в процессе нашей работы. Это вопрос о методике измерения роста у новорожденных. Дело в том, что наши цифры роста значительно разошлись с цифрами родильной комнаты, где акушерка производила измерение новорожденного,, лежащего на боку, сантиметровой лентой, причем лента укладывалась по изгибам согнутой ножки. Размеры, установленные акушерками, были на 1—2 см, а в отдельных случаях на 5—6 см больше размеров, полученных при измерении ростомером. Для проверки мы производили измерение сантиметровой лентой по сгибу при максимально вытянутой ножке, и также получили, по сравнению с измерением ростомером, увеличение размеров на 1 — 2 см. Разница же в 5 — 6 см. объяснялась тем, что медперсонал, не придавая значения, а в ряде случаев, возможно, не имея точного представления о технике измерения роста новорожденного, укладывал ленту по сгибам, не вытягивая предварительно ножку.

Мы обращаем внимание на эту ошибку потому, что подобного рода неправильные измерения могут иметь место в родильных домах, и следовательно цифры роста новорожденных, данные родильными учреждениями, окажутся не вполне точными. Этот участок работы родотделений заслуживает соответствующего внимания. Отсюда важность вопроса о технике измерения роста новорожденных.

На основании нашего опыта мы можем сказать следующее: цифры роста получаются тем точнее, чем больше выпрямлена ножка. Вытянуть же ножку совершенно по прямой, вследствие гипертонуса мускулатуры, невозможно. Небольшой угол в области коленного сгиба при этом остается и он дает, при измерении ростомером уменьшение цифры на 1 — 2 см. Правильнее поэтому

производить измерение роста новорожденного, положив его на бок, сантиметровой лентой, которая направляется по спинке, а в области коленного сустава по тыльному краю сгиба, оставшегося после максимального выпрямления ножки; причем верхняя точка головки определяется перпендикулярной плоскостью, касающейся поверхности головки, находящейся в естественном положении.

Данное предварительное сообщение, ввиду небольшого материала, не может еще вполне точно решить поставленный перед нами вопрос. Дальнейшее наблюдение ведется. Пока же мы можем сделать три предварительных вывода.

1) Дети, рождаемые у нас в настоящее время, являются более крупными, чем раньше; после обследования большого материала, возможно, придется заняться пересмотром указанных в учебниках норм размеров и веса доношенного новорожденного.

2) Необходимо выработать точный метод измерения новорожденных и ввести его во всех родильных отделениях.

3) Таким методом должен, повидимому, быть метод измерения роста сантиметровой лентой, идущей по спинке и тылу коленного сгиба после максимального выпрямления ножки.

Поступила в ред. 2/IV 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Новосибирского государственного института усовершенствования врачей и Мединститута.

К вопросу об атрезии шейки при беременности и о „Missed labour“ при этом сочетании.

Проф. **Н. Горизонтов.**

Среди причин атрезии шейки матки абразия в соединении с дилятацией цервикального канала бужами Хегара приобрела, особенно за последние десятилетия, доминирующее значение.

Абразия является основным методом в производстве многочисленных искусственных легальных абортов, число которых, надо заметить, у нас в СССР после декрета от 27/VI 1936 года колоссально снизилось, и основным методом лечения неполных выкидышей, а также методом, часто практикующимся для лечения детской матки и конической шейки, и широко применяющимся лечебным и диагностическим методом в борьбе с маточными кровотечениями. Очень часто абразия применяется и в гинекологии и в акушерстве, но при неосторожном и неправильном применении она заключает в себе ряд моментов, создающих благоприятные условия для развития атрезии шейки (глубокие травмы внутреннего зева при неосторожной дилятации бужами Хегара и глубокие соскабливания абразионными ложками слизистой оболочки внутреннего зева и цервикального канала—Цомакион, Какушкин).

В гинекологическом отделении акушерско-гинекологической клиники Новосибирского ГИДУВ с 1931 по 1937 г. среди 16065 стационарных гинекологических больных было 27 женщин, страдавших атрезией шейки матки, причем во всех этих случаях атрезия развилась после выскабливания матки: у 23 женщин после выскабливания при искусственном аборте, а у четырех после выскабливания по поводу послеродовых кровотечений.

Атрезии шейки в зависимости от места воздействия производящей причины бывают локализированы то в области наружного зева, то на протяжении цервикального канала, то в области внутреннего зева и имеют вид либо более или менее тонкой перепонки (перепончатая атрезия), перегораживающей цервикальный канал или закрывающей наружный или внутренний зев, либо имеют вид плотного рубца (компактная, рубцовая атрезия), облитерирующего различные участки цервикального канала на большем или меньшем протяжении. Последнего рода атрезии нередко бывают соединены с более или менее обширными деформациями шейки и рубцовыми изменениями.

Из 27 наших больных, страдавших атрезиями шейки после абразии матки атрезия чаще была локализирована в области внутреннего зева.

Атрезия шейки очень редко наблюдается при беременности и при родах. Об этом говорят все авторы, изучавшие этот вид акушерской патологии (Каминский, Мандельштам, Матье и Шауффлер и др.). Об этом также говорят и данные акуш.-гинек. клиники Новосибирского ГИДУВ. Среди 9077 беременных и рожениц, находившихся в клинике за последние 5 лет (с 1933 до 1938 г.), было всего 2 случая атрезии шейки при наличии беременности и родов.

Сочетание беременности в матке и атрезии шейки возникает, как показывают опубликованные случаи этого рода, таким образом, что до и при наступлении зачатия шейка была еще проходима, но после зачатия, в течении данной беременности проходимость ее утрачивалась и развивалась атрезия шейки в том или другом отделе ее, при этом беременность прогрессировала и доходила до конца.

Вследствие редкости этого явления в акушерской литературе имеются немногочисленные сообщения этого рода. В специальной литературе мне удалось собрать следующий казуистический материал:

1) Случай Каминского. Перепончатая атрезия на ½ см выше наружного зева, 2-месячная беременность. Искусственный аборт дилатацией и абразией. Выздоровление. 2) Случай Риссмана, 3) Случай Артура, 4) Случай Е. Френкеля. В этих трех случаях имелась атрезия шейки при доношенной беременности. Missed labour (исход мне неизвестен). 5) Случай Сердюкова. Рубцовая атрезия наружного зева и срочные роды. Кесарское сечение. Живой плод. 6) Случай Хизгена. Плотная рубцовая перегородка во внутреннем зеве и срочные роды. Мертвый плод. Абдоминальная экстирпация матки с плодным яйцом вследствие инфекции. 7) Случай Лау. Рубцовая атрезия наружного зева и сводов. Срочные роды. Рассечение рубцов. Щипцы. Живой плод. Выздоровление матери. 8) Случай Штольпера. Плотная перегородка во внутреннем зеве. Missed labour (2 м) Цервикальн. кесарское сечение. Выздоровление. 9) Случай Мандельштама Б. 23 г. (он же описан Карлиным) Плотная перегородка во внутреннем зеве (Conglutinatio orificii interni) Missed labour (2 м.) Влагалищное кесарское сечение. Выздоровление. 10) Случай Войналовича. Полное зарощение шейки. Missed labour (2 м.) 11) Случай Кедровой. Случай гематомы и атрезии шейки в первой

половине беременности. 12) Случай Матье и Шауффлера. Атрезия в верхнем отделе шейки (внутренний зев). Срочные роды. Операция Порро.

Кроме своего случая эти два последних американских автора указывают на такие же случаи, описанные Вильсоном, Де-Ли, Ван-де-Уэркером и упоминают еще о 9 случаях, известных им из литературы.

Если не принимать в расчет 9 случаев, о которых упоминают Матье и Шауффлер, то можно сказать, что нам удалось найти в доступной литературе всего 15 случаев атрезий шейки при беременности и родах. Если этими случаями и не исчерпывается казуистический материал этого вопроса, то, несомненно, что казуистика его пока очень скудна и нуждается в накоплении, особенно в нашей литературе.

Среди 13 собранных нами случаев атрезий шейки в конце беременности в 6 из них имели место missed labour. Это обстоятельство говорит за то, что атрезии шейки играют немаловажную роль в развитии этой редкой аномалии родов.

После этих кратких литературных данных опишу два наблюдавшихся в акушерско-гинекологической клинике ГИДУВ случая атрезии шейки в конце беременности, в одном из которых имел место и missed labour.

Случай 1. Б. А. И. (№ 1271. Акуш. отделения клиники) поступила 13/X 1936 г. в клинику с начавшимися родами. Анамнез и объективные данные: Б., 25 л., замужем 9 лет, рабочая на телеграфе. Среднего роста, правильного телосложения, вполне удовлетворительного питания. Месячные с 14 лет, через 3 нед. 4—5 дней, безболезненные. Последние крови 26/XII. Беременна -й раз. Беременности 1, 2 и 6 кончились срочными родами, а 3, 4 и 5—искусственными выкидышами. Первые и вторые роды были нормальны и окончились рождением живых плодов, из которых остался в живых теперь один. 6-я беременность окончилась также срочными родами (третьи) в октябре 1935 г. в акушерской клинике; но роды были осложнены поперечным положением плода и ригидностью шейки в области внутреннего зева, причем Б. поступила в клинику с отошедшими водами и выпавшей пуповиной. После комбинированного поворота на ножку при открытии на 3 пальца только через сутки шейка достаточно открылась, и мертвый плод (весом 3640 г.) был извлечен. В послеродовом периоде был легкий эндометрит. После 14-дневного пребывания в клинике Б. поправилась.

Наступившая через $2^1/_2$ месяца после родов (с конца декабря 1936 г.) последняя (7-я), беременность протекала с некоторыми отклонениями во второй половине: кровянистые выделения около 20 дней и слабая желтуха.

Эту последнюю беременность считает переношенной недели на две.

При поступлении в клинику температура 36,8°, пульс 72, белка в моче нет, таз: dist. sp. 25, d. cr. 27, d. troch. 29, Con. ext. 20.

Окружность живота на уровне пупка (максимальная) 102 см, высота дна матки над лобком 30 см.

Плод жив, большого размера и находится в косом положении (головка слева, в дне матки, а ягодицы в правой подвздошной ямке).

Внутреннее исследование обнаружило несглаженную шейку длиной в $3^1/_2$ см и наружный зев—пропускающим палец в цервикальный канал; в области внутреннего зева (в расстоянии 3—4 см от наружного зева) находится плотная рубцовая облитерация, в виде неподатливой фиброзной пластинки довольно значительной толщины, так как через нее в нижнем отделе полости матки было невозможно что-либо прощупать. Вследствие наличия такой плотной облитерации в области внутреннего зева и желания Б. иметь живого ребенка 13/X 1936 г. было произведено под эфирно-хлороформным наркозом кесарское сечение по Порро, по типу обычной надвлагалищной ампутации матки с оставлением яичников.

По вскрытии брюшной полости продольным разрезом в брюшной полости и в области матки и придатков каких-либо особенностей не обнаружено: матка

была подвижна и без сращений, придатки тоже. После того как из матки были извлечены плод и послед и мы убедились сверху в наличии плотной облитерации внутреннего зева, матка провизорно была зашита и надвлагалищно усечена, причем отделяющий шейку от тела разрез прошел несколько выше облитерированного участка, вследствие этого из остатка матки был иссечен дополнительно конусовидный участок толщиной в 2 см, но и при этом цервикальный канал остался невскрытым. Оставленная шейка и полость малого таза были перитонизированы обычным образом и брюшная стенка зашита наглухо.

Послеоперационный период прошел без особых осложнений, брюшная стенка зажила per primam. На 15-й день после операции Б. выписалась в хорошем состоянии при нормальной температуре и отсутствии эксудатов в полости малого таза.

Хотя плод был извлечен очень скоро после начала операции (через 10—15′), однако он был извлечен мертвым.

Плод был женского пола, длиной 56 см, весом 3640 г и не имел каких-либо дефектов развития. На вскрытии его обнаружено резкое застойное полнокровие всех органов; недышавшие легкие. Эти данные указывают, что плод погиб от расстройства сердечной деятельности, повидимому, в связи с общим наркозом матери.

Послед прикреплялся к передней стенке матки в правой ее половине и весил около 700 г, пуповина имела длину 48 см. Послед и оболочки без особенностей. Вырезанный конусовидный кусочек из облитерированной верхней части шейки был подвергнут микроскопическому исследованию.

В срезах из него цервикального канала и цервикальных желез обнаружено не было. Основную массу его составляла плотная волокнистая соединительная ткань, которая находилась, главным образом, в центре кусочка в области расположения облитерированного цервикального канала. В этой ткани были разбросаны пучки гладких мышечных волокон, количество которых к периферии кусочка заметно увеличивалось.

Резюмируя этот случай, надо сказать, что в нем имелась компактная (рубцовая) атрезия в области внутреннего зева и верхнего отдела шейки. Она имела в длину не менее двух см. Возникновение ее необходимо поставить в связь с предшествовавшими тяжелыми родами. Допускать какие-либо другие причины, например, попытки к плодоизгнанию, нет данных ни в анамнезе, ни в отношении Б. к последней беременности. Пожелала иметь ребенка и для сохранения его жизни охотно пошла на кесарское сечение.

Атрезия в этом случае, повидимому, развивалась таким образом: на почве тяжелых предшествовавших родов возникало в области ригидного внутреннего зева резкое повреждение слизистой оболочки и прилежащей к ней мышечной ткани, затем в области этого повреждения образовался дефект слизистой оболочки и возникла рубцующаяся грануляционная ткань, вследствие чего уже вскоре после этих патологических родов образовался, нужно думать, стеноз в области внутреннего зева. Этот стеноз не воспрепятствовал зачатию, которое, как известно, наступило у Б. через $2^1/_2$ м-ца после родов. Но стеноз, постепенно прогрессируя во время беременности, к концу ее привел внутренний зев и верхнюю часть цервикального канала к значительной облитерации (не менее 2 см), в результате чего и получилась та картина, которая была обнаружена у Б. при внутреннем исследовании и особенно при операции.

Кровянистые выделения, на которые указывала Б. во второй половине беременности, очевидно, происходили из гранулирующей поверхности цервикального канала и стояли в связи с еще незакончившимся в то время процессом рубцевания.

Случай 2. Больная К. М. Е. (№ 1600/12598 акуш. журнала) поступила 14/XII 1937 г. в клинику по поводу затянувшейся на несколько месяцев за срок беременности и прекращения движения плода.

Анамнез и объективные данные: К. 30 лет, замужем 10 лет, по профессии счетный работник, среднего роста, пр вильного телосложения и удовле ворительного питания. Месячные с 14 лет, через 3 недели по 2—3 дня, безболезненные. Последние в конце января 193 г. Беременна 6-й раз, причем 1, 2 и 3 беременности окончились выкидышами, из которых первый был искусственным, а остальные—естественными; 4-я беременность окончилась срочными родами с перфорацией головки плода в феврале 1936 г., 5-я беременность закончилась в октябре 1936 г. естественным на 3-м мес це выкидышем, потребовавшим производства абразии. После абразии (произведенной в райбольнице) К. не болела. Наступившая через 3 месяца 6-я беременность, по поводу которой К. легла в клинику, протекала с незначительными расстройствами (некоторая отечность ног во второй половине). Эта беременность для К. была очень желательна. С 7/IX 1937 г. К. получила декретный отпуск. Роды предполагались в начале ноября 1937 г. (между 3—10/XI).

К., переехавшая в это время в Новосибирск, посещала одну из женских консультаций, причем в конце октября был констатирован у нее 37—38-недельный возраст беременности, ясное сердцебиение плода, находившегося в II-й позиции головного предлежания; кровяное давление по Рива Рочи 110/90, вес 66 г.

Ожидавшиеся в начале ноября роды не наступили.

2/XI врачом консультации ясно было констатировано сердцебиение плода, находившегося в том же положении.

В начале декабря (с 6/XII) К. перестала ощущать движение плода, 9/XII и 13/XII 1937 г. уже не мог его прослушать и врач на консультации. Кроме того, при внутреннем исследовании, которому до сего времени в консультации К. не подвергалась, была обнаружена облитерация внутреннего зева.

При диагнозе облитерации внутреннего зева, переношенной беременности и несостоявшихся родов К. была направлена в акушерскую клинику. В клинике найдено: общее состояние вполне хорошее. Темпер тура 36,5—37,8°, пульс 70—80. Легкие и сердце нормальны. Белка в моче нет, кровяное давление 90/60. Группа крови III (Ba).

Таз: Dist. sp. 25, D. cr. 27, D. troch. 29, Conj. ext 18,5, Conj. diag. 11,5 см. Окружность живота на уровне пупка (наибольшая) 96, высота дна матки над лобком 34 см. Матка безболезненна, но напряжена, вследствие чего части плода не отчетливо контурируются. Плод большого размера лежит в продольном положении в головном предлежании, причем головка стоит над входом в таз. Сердцебиение и движение плода—отсутствуют.

Наружные половые органы без особенностей. Внутреннее исследование обнаружило нормальный рукав и хорошо сформированную шейку длиной 3—3½ см.; наружный зев, имеющий небольшой разрыв слева, приоткрыт на палец; цервикальный канал пропускал свободно палец на 2½—3 см до внутреннего зева; в области этого последнего он был замкнут; здесь находилась плотная перегородка, несколько выпуклая в просвет цервикального канала; через неподатливую перегородку было невозможно прощупать высоко стоящую головку, которая яснее определялась через передний свод.

Шейка в целом была несколько уплотнена. По окружности наружного зева имелась небольшая эрозия. Выделения в среднем количестве, серозно-слизистые. При общем хорошем самочувствии больная жаловалась лишь на появившийся неприятный вкус во рту.

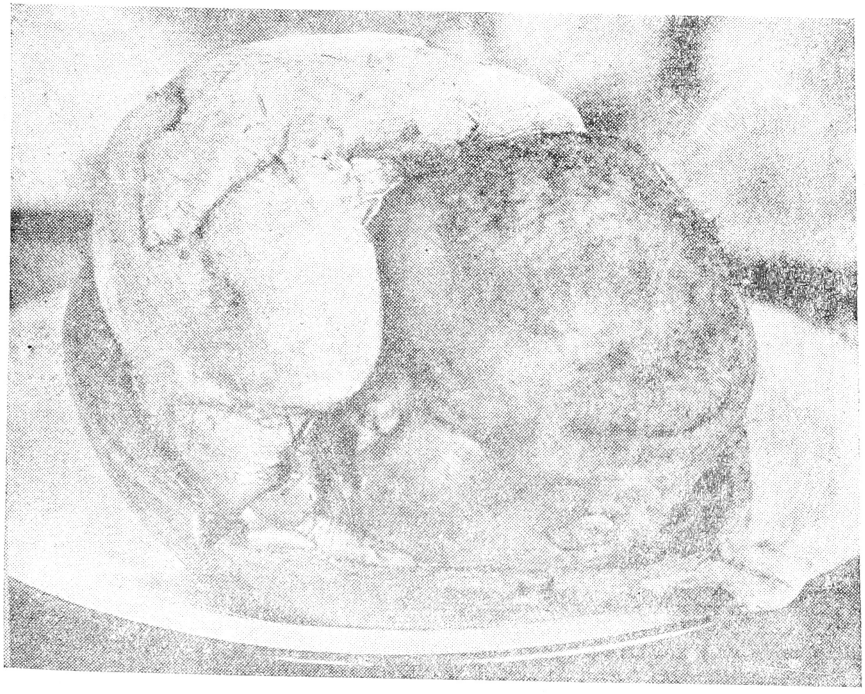
Все эти данные вполне подтвердили диагноз женской консультации: рубцовая облитерация внутреннего зева, переношенная беременность (приблизительно на 3—4 недели) и несостоявшиеся роды, двухнедельной давности. При этом диагнозе в клинике после нескольких дней наблюдения решено было вызвать родовую деятельность путем дачи касторового масла (30,0, солянокислого хинина (1—1,5), питуикрина 2,0 и горячих спринцеваний (40—45° С) с марганцовокислым калием в расчете, что под влиянием развившейся родовой деятельности и напора плодного пузыря и предлежащей части перегородка растянется и лопнет, и родоразрешение мертвого плода может окончиться или самопроизвольно или искусственно через естественные родовые пути.

В течение почти месяца (с 15/XII 1937 г. до 13/I 1938 г.) были трижды даны указанные средства, а влагалищный душ с небольшими перерывами применялся с 26/XII до 12/I. Но несмотря на такое настойчивое применение их, все-таки не удалось вызвать появление родовой деятельности.

С 5/I появились довольно определенные симптомы, указывающие на всасывание погибшего плодного яйца. Окружность живота уменьшилась на 1—2 см (95—94 см), матка стала более плотной и болезненной, части плода стали значительно хуже прощупываться, температура начала принимать субфебрильный характер, колеблясь между 37,2—37,4°, а нередко по вечерам достигая 37,5—37,9°, при пульсе 75—90. Кроме того, у больной к неприятному вкусу во рту присоединились головокружение, тошнота, иногда рвота и познабливание. С применением спринцеваний количество выделений из рукава значительно увеличилось; они приняли характер водянисто-слизисто-гнойных, иногда с гнилостным запахом. К 14/I 1938 г. объективно шейка и перегородка почти нисколько не изменились в смысле их растяжения по сравнению с прежним.

Вследствие развития этих симптомов, указывающих не только на всасывание продуктов распада погибшего плодного яйца, но и на инфекцию его, было приступлено к радикальному вмешательству.

14/I под эфирным наркозом была произведена абдоминальная экстирпация матки с плодным яйцом и с оставлением яичников (асс. Фролов и Левина). Рукав зашит наглухо. Операция прошла без осложнений (1 ч. 25′). Послеоперационный период прошел гладко с несколькими повышениями температуры до 37,9°. Брюшная стенка зажила per primam, в полости таза не было никаких воспалительных осложнений. На 14-й день после операции К. могла быть выписана, как поправившаяся.



При разрезе матки пополам, причем разрез шел спереди назад через цервикальный канал и переднюю и заднюю стенки тела матки, не захватывая плод, обнаружилось, как это видно на фотографическом снимке, что в полости плодного яйца находился мацерированный большой плод в головном предлежании и резко выраженном типичном членорасположении; околоплодных вод было

не более 50 см³. Воды были зеленовато-бурого цвета и мутные. Амнион и хорион вследствие некроза распались на пласты и лоскутки, свисавшие от внутренней поверхности матки в ее полость.

Плод был женского пола, правильно сформирован, имел в длину 51 см и весил 3600 г. Пуповина, значительно мацерированная, имела в длину 73 см и была нетуго обвита вокруг шеи и туловища.

Послед, большой величины (приблизительно 20 × 23 см), прикреплялся частично ко дну, но главным образом к задней стенке верхнего отдела тела матки. Следов кровоизлияний не было заметно.

Хорошо сформированная шейка матки имела цервикальный канал длиной 3 см и в диаметре 3—4 мм и не представляла на вид никаких особенностей. Внутренний зев был незаращен. На 1—1½ мм выше него (см. снимок), в области как бы начавшегося истмуса, находилась сплошная перегородка толщиной в 2 мм, отделявшая шейку матки от полости тела. Эта перегородка имела такой же вид и такое же слоистое строение в виде продольно идущих слоев, как и прилежащая к ней стенка матки. Было заметно, что слои ткани перегородки переходили во внутренние слои стенки матки и представляли как бы их прямое продолжение. В области этой облитерирующей перегородки плодные оболочки отслоились и отошли кверху в виде лоскута. Измеренная в различных местах стенка матки имела неодинаковую толщину: стенка цервикального канала—1—1½ см, стенка тела в различных местах вне области прикрепления последа 0,3—0,5 см, в области же прикрепления последа 0,2—0,3 см; наибольшая толщина стенки тела вместе с последом—3 см.

Атрезирующая матку перегородка, при изучении ее под микроскопом, в основном состояла из плотной соединительной ткани, расположенной в виде продольно идущих слоев, отделенных друг от друга тонкими прослойками более рыхлой ткани, в которой находилось довольно мало сосудов и довольно значительная инфильтрация лейкоцитами. Среди пучков соединительной ткани встречались в небольшом количестве тонкие пучки гладкой мускулатуры, что отчетливо было видно на препаратах, окрашенных по ван-Гизону. Эти пучки и слои ее тканей представляли непосредственное продолжение таких же пучков внутреннего слоя прилежащей стенки матки. Поверхность перегородки, обращенная в полость матки, была покрыта в виде тонкого слоя отпадающей оболочкой, которая была значительно инфильтрирована лейкоцитами, большею частью не имела покровного эпителия. Поверхность перегородки, обращенная к цервикальному каналу, была покрыта слизистой оболочкой. Последняя была очень тонка и состояла из волокнистой соединительной ткани с большим количеством лейкоцитов и уплощенного цилиндрического эпителия, расположенного в один ряд по ее поверхности, впрочем эпителий был налицо лишь местами. В участках перегородки, переходящих в стенку матки, встречались изредка железы в виде единичных сплющенных и вытянутых каналов, покрытых уплощенным цилиндрическим эпителием.

Слизистая оболочка цервикального канала, как можно было судить на основании изучения кусочка ее, вырезанного из области внутреннего зева, носила еще изменения, свойственные беременности: она была несколько отечна, диффузно пропитана лейкоцитами и децидуальными клетками, которые иногда встречались в виде небольших очажков в верхушках ее складок. Железы попадались в умеренном количестве и были несколько кистовидно расширены, эпителий их был хорошо сохранен. Покровный эпителий местами отсутствовал и часто состоял из 2—3 рядов клеток.

В теле матки отпадающая оболочка была очень истончена, диффузно инфильтрирована круглыми клетками и находилась в состоянии некроза. В последе под микроскопом обнаружена значительно выраженная гибель ворсинок. Они содержали много соединительной ткани и очагов некроза и гиалинового перерождения. Сосуды их часто встречались облитерированными или с очень незначительными просветами, и у половины ворсинок покровный эпителий был еще сохранен. Межворсинчатые пространства вместо свежих кровяных элементов в большинстве были выполнены гомогенными зернистыми массами. Глубокого врастания ворсинок в толщу мышцы матки не было заметно; сосуды матки особенно венозные в области прикрепления последа были еще обильно развиты и наполнены кровью. В мускулатуре матки соединительная ткань была развита в значительном количестве.

Резюмируя этот случай (2), можно сказать, что в нем атрезия шейки была перепончатая. Облитерирующая перепонка была несколько необычна по своему строению и по своей локализации. Она содержала мышечную ткань; слои ее тканей представляли непосредственное продолжение внутренних слоев нижнего отдела стенки матки. Необычность ее локализации состояла в том, что она была расположена несколько выше (1—1½ мм) внутреннего зева. Между внутренним зевом и перегородкой, имеющей полусферическое очертание с выпуклостью, обращенной в цервикальный канал, находилось на препарате некоторое пространство в форме как бы треугольника (см. снимок), основание которого было обращено к перегородке, а вершина к цервикальному каналу. Подобная локализация перегородки, по нашему мнению, искусственно создалась в последнее время, с одной стороны, под влиянием растяжения стенок нижнего сегмента матки, вследствие внутриматочного давления, а с другой— под влиянием многократного внутреннего исследования (не менее 4 раз) с введением пальца в цервикальный канал; при этой манипуляции палец, давя на атрезированный (спаявшийся, конглютинированный) внутренний зев, растягивал это место и вместе с тем отслаивал и внутренние слои прилежащего участка стенки матки, которые затем и стали входить в состав образовавшейся в зеве перепонки. В результате этих воздействий и получилось, что атрезированный внутренний зев превратился в облитерирующую перепонку, как бы нависающую в цервикальный канал, а эта последняя вследствие отслоения кверху с прилежащими тканями оказалась расположенной выше внутреннего зева и получила в свой состав мышечные элементы из прилежащего мышечного слоя матки.

Подобный процесс образования облитерирующей перепонки в области внутреннего зева, с наличием в ней мышечных элементов и искусственным смещением ее кверху от внутреннего зева особенно должен иметь место в тех случаях, в которых в области внутреннего зева слизистая оболочка шейки с подлежащими слоями тканей образует циркулярный валик, выпячивающийся на подобие „козырька“ (по Мандельштаму) в просвет цервикального канала. Возможно допустить, что в этом нашем случае область внутреннего зева имела указанную особенность в строении, которая и обусловила развитие указанных свойств облитерирующей перепонки этого случая.

Надо заметить, что такие перепонки, как бы нависающие в цервикальный канал в области внутреннего зева и переходящие на своей периферии в стенку матки и интимно с ней спаянные, легко могут быть приняты за плодный пузырь, состоящий из плотных толстых оболочек. Это имело место в случае Мандельштама и Штольпера.

Поводом к образованию атрезии в нашем случае вероятнее всего была абразия при выкидыше, предшествовавшем последней беременности. Возможно допустить, что на почве абразионной травмы возникли в тканях внутреннего зева медленно заживающие фиссуры, которые не оказали препятствия для зачатия, последовавшего через 3 месяца после абразии. Во время же наступившей беременности образовалось во внутреннем зеве на почве еще незаживших фиссур и грануляций заращение, слипание его. Вследствие того, что для

нашей больной эта беременность была желательной—травмы sub graviditate с целью плодоизгнания в качестве причины атрезии не могли иметь места. Помимо своих многих интересных особенностей (своеобразная атрезия, missed labour и пр.) этот случай является поучительным в том отношении, что он показывает, что восходящая инфекция матки и погибшего плодного яйца иногда может возникать и при атрезии шейки. Это обстоятельство заставляет в случаях, подобных нашему, быть особенно осторожным с производством внутренних исследований, а также быть осторожным с применением таких лечебных манипуляций, которые заключают в себе некоторую возможность внесения инфекции (продолжительные спринцевания и пр.)

Судя по нашему материалу, атрезия шейки оказывает различное влияние на течение родов в зависимости от ее локализации, в области внутреннего или наружного зева, от ее плотности и обширности. При перепончатых атрезиях в области наружного зева, без значительных рубцовых изменений, роды могут произойти самостоятельно, если не считать надрезов атрезированного участка, напротив, при значительных рубцовых изменениях в области наружного зева—могут затянуться и потребовать различных довольно глубоких разрезов, наложения щипцов (случай Лау) и кесарского сечения (случай Сердюкова).

При локализации атрезии в области внутреннего зева роды, как правило, резко нарушаются. Часто здесь возникают несостоявшиеся роды. Из 7 несостоявшихся родов (missed labour) в сочетании с атрезией шейки нам известно 3 случая, в которых атрезия находилась, именно, в области внутреннего зева (случаи Штольпера, Мандельштама и наш 2), а где она была локализирована в трех случаях, к сожалению, нам неизвестно (случаи, помеченные в нашей казуистике 2—4) и в одном случае (10—сл. Войналовича), она по-видимому находилась только в наружном зеве, а не занимала весь цервикальный канал, как об этом трактует автор.

Помимо развития несостоявшихся родов при локализации атрезии в области внутреннего зева последний, несмотря на наличие хороших схваток, не раскрывается больше, чем на палец, несмотря на то, что имеется только перепончатая атрезия; роды при этом затягиваются, и приходится их оканчивать через искусственно созданные родовые пути—большею частью операцией Порро (случай Матье, наш 1 и др.), в случаях инфекции при мертвом плоде—экстирпацией матки (случай Хизгена, наш 2).

Исход родов для матери и плода находится в большой зависимости от времени производства оперативного вмешательства и от условий больничной обстановки. Среди небольшой, известной нам казуистики есть несколько случаев получения живых плодов (случай Сердюкова, Лау и др.).

Что касается матерей, то они в большинстве случаев благополучно переносили роды, соединенные с оперативным вмешательством.

Среди имеющихся в нашей казуистике 7 случаев missed labour способ ликвидации этого вида патологии и судьбы матерей известны только в четырех случаях. В одном из них произведено абдоминаль-

ное цервикальное кесарское сечение (сл. Штольпера), в другом (сл. Мандельштама)—вагинальное кесарское сечение и удаление перегородки, в третьем (наш 2)—абдоминальная экстирпация матки и в четвертом—рассечение атрезии и извлечение мацерированного плода по частям (сл. Войналовича). Исход для матерей во всех четырех случаях был благоприятный.

В отношении профилактики этого тяжелого осложнения беременности надо сказать, что она в общем должна состоять в устранении причин, на почве которых развивается чаще всего это осложнение, в частности, в устранении из лечебного арсенала едких и крепких растворов прижигающих веществ при лечении эрозий и эндоцервицитов, особенно у женщин чадородного возраста, в изъятии как предохранительного от беременности средства шариков с сулемой, в борьбе с криминальным абортом, соблюдении мер предосторожности при расширении шейки бужами Хегара и при выскабливании матки в смысле недопущения грубых манипуляций дилятаторами и абразионными ложками и пр. Ковакс в последнее время в качестве профилактической меры против развития стенозов и атрезий шейки особенно рекомендует широкое применение гормональной терапии, особенно в виде препаратов гормонов яичника при лечении различных патологических процессов шейки, на почве которых может возникнуть впоследствии атрезия.

Литература. 1. Войналович, Врач, 1894.—2. Какушкин, Каз. мед. журнал, стр. 597, 1932.—3. Каминский, Каз. мед. жур., стр. 297, 1931.—4. Карлин, Жур. акуш. и жен. б., стр. 889, 1929.—5. Кедрова, Жур. акуш. и жен. б., 1915.—6. Лурия Р. А., Сборн. проф. Н. Горизонтова Новосибирск, стр. 82, 1935.—7. Мандельштам, К клинике и терапии гинатрезий. Гос. мед. изд., стр. 60, 1929.—8. Сердюков, Научная медицина, 1919, Ленинград.—9. Цомакион, Труды 1-го Украин. съезда, Киев, стр. 373, 1928.—10. Halban. Seitz, Biologie und Pathologie d. Weibes, Bd VII, T 1, s. 375.—11. Halban, Zbl. f. Gyn. s. 1051, 1934.—12. Hisgen. Zbl. f. Gyn. № 22, 1920.—13. Kovacs, Zbl. f. Gyn. № 21. s. 1233. 1936.—14. Lau, Zbl. f. Gyn. № 32. 1920.—15. Mathieu und Schauffler, Zbl. f. Gyn. № 47a, 1929.—16. Stolper, Zbl. f. Gyn. № 15, 1926.

Поступила в ред. 5/IV 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей в г. Новосибирске.

Внутриматочное введение иода с контрацептивной целью, как возможная непосредственная причина эктопической беременности.

С. Д. Зацепин.

Внутриматочные впрыскивания иода были известны уже давно. В последнее время научная разработка метода резко ограничила сферу его применения. Лечению подлежат функциональные метропатии при отсутствии объективных изменений в половом аппарате (Metropathia haemorrhagica) и не поддающиеся другим методам ле-

чения воспалительные заболевания. Наша клиника пользуется этим методом при метропатиях у пожилых женщин, когда все виды терапии, включительно до выскабливания полости матки, не помогают. В этих случаях получали всегда хороший результат.

Как и когда метод Грамматикати был использован впервые, как абортивное и контрацептивное средство, неизвестно. Сам Грамматикати для этих целей его не предлагал. Новая сфера применений внутриматочных впрыскиваний иода на совершенно здоровой женщине, нашла массу приверженцев как среди врачей и акушеров, так и среди самих женщин. Особенно широкое распространение он получил в годы до империалистической войны и во время самой войны. Сибирь по применению этого метода стояла на первом месте (Улитин). На широкое применение иодистых внутриматочных впрыскиваний с абортивной и предохранительной целью было обращено внимание еще на VI съезде акушеров-гинекологов (1924). В 1929 году специальная конференция акушеров и гинекологов в Москве по вопросу о противозачаточных средствах и Ученый медицинский совет НКЗ осудили этот метод, как абортивное и предохранительное средство, квалифицировав его как производство аборта.

Казалось бы, что после научно-обоснованного осуждения этого метода, как противозачаточного средства, он должен быть оставлен и забыт. К большому сожалению, еще до настоящего времени в Сибири находятся сторонники его применения для предупреждения зачатия. Сами женщины-врачи нередко прибегают к этому способу предохранения.

Все имеющиеся химические и механические контрацептивные средства в той или иной степени осложняют половой акт, что является особенно тягостным, неприятным моментом в половой жизни обеих сторон. Легкость, простота и кажущаяся безопасность профилактики беременности внутриматочным введением иода делают этот способ еще очень распространенным среди женщин. Врачебные заявления о вредности его являются недостаточно убедительными для них. Помимо того, что внутриматочные впрыскивания иода не являются верным средством предохранения от беременности, они могут повести к тяжелым осложнениям как во время впрыскивания (шок, инфекция, кровотечение), так и в отдаленном будущем. Они вызывают нарушение специфической функции женского организма— овуляции и менструации, полную или частичную облитерацию труб— результатом чего может быть относительное или абсолютное бесплодие.

Вызываемые внутриматочным введением иода глубокие повреждения эндометрия могут быть причиной привычного, самопроизвольного выкидыша, неправильного прикрепления плаценты, атонического маточного кровотечения и других осложнений последового периода, а также могут создавать благоприятную почву для эктопической беременности (Груздев, Горизонтов, Салицкий, Отт, Парсамов и др.)

При иодопрофилактике врач всегда может быть введен в заблуждение обращающейся женщиной в отношении последних месяч-

ных, которая сознательно или просто по забывчивости может скрыть задержку кровей. Объективно определить раннюю беременность, при задержке месячных в 2—5 дней, является делом невозможным.

Известен случай (б-ая Л., 1935) в нашей клинике, где женщина произвела впрыскивание иода как бы с профилактической целью у двух врачей, скрыв от последних задержку месячных в 10 дней; маточная беременность у нее была распознана третьим врачом, к которому она обратилась с целью производства якобы профилактического впрыскивания.

Наша клиника ставила своей целью, насколько возможно, выявить роль внутриматочных впрыскиваний иода, применяемых с контрацептивной целью, в этиологии внематочной беременности. Для выполнения данной задачи каждый случай внематочной беременности тщательно изучался. С целью исключения других причин эктопической беременности брали только случаи с полноценной половой сферой и где исключалось применение других контрацептивных средств.

На протяжении последних лет мы встретили в клинике два случая внематочной беременности, последовавших непосредственно после иодопрофилактики. До этого женщины были со стороны половой сферы здоровы и никакими предохранительными средствами от беременности не пользовались.

В четырех случаях, из которых три любезно предоставлены мне проф. Горизонтовым, эктопическая беременность наступила также непосредственно после иодопрофилактики, с той лишь разницей, что в этих случаях все женщины до данного заболевания предохранялись уже иодными внутриматочными впрыскиваниями от 4 до 10 месяцев. Особенный интерес представляют первые два случая.

Вопрос о внутриматочных впрыскиваниях иода, как этиологическом моменте эктопической беременности, старый, всесторонне освещенный в специальной литературе. Наше сообщение представляет интерес с той стороны, что трубная беременность развилась сразу непосредственно после введения иода с профилактической целью.

Вот краткие истории болезни в наших случаях.

Больная З., 26 лет (1931 г. 18/XII, ист. б. № 481), жена служащего. Месячные с 14 лет, через 4 недели по 3—4 дня, безболезненные, умеренные, установились сразу. Замужем с 20 лет, брак первый. Срочных нормальных родов—2, последние—1929 г. Выкидышей не было. Не предохранялась, здорова, никогда не болела. Месячные после замужества без изменений. Последние месячные с 3 по 7 ноября—обычные, ожидаемые 5—6 декабря месячные не пришли. После трехдневной задержки—8/XII сделала одно иодное внутриматочное впрыскивание, скрыв задержку месячных. Вскоре появились схваткообразные боли внизу живота и в пахах, продолжавшиеся 6—8 часов, 14/XII появились кровянистогрязные выделения. Больше к врачу не обращалась. Через 10 дней—18/XII в три часа утра с острым инсультом доставлена каретой скорой помощи в клинику с диагнозом прервавшейся трубной беременности. Срочно оперирована. Удалена правая беременная труба с иссечением интерстициальной части из угла матки. Левые придатки и правый яичник без изменений, труба проходима. Истинное желтое тело в правом яичнике. Большое количество жидкой крови в брюшной полости.

Длина удаленной трубы 12 см, в истмической части, в $^1/_2$ см от угла матки, небольшое утолщение с вишню, в котором имеется отверстие диаметром около 2 мм, заполненное ворсинами хориона. Послеоперационное течение гладкое.

Выписана на 12-й день. В дальнейшем срочные нормальные роды—в 1932 г., здорова.

2. Б-ая Н., 33 лет (история болезни № 273, 1933 г.) Хронический аппендицит. Срочных родов нормальных одни, абортов не было. Не предохранялась, здорова. Месячные правильные, через 4 недели по 4—5 дней, безболезненные, не обильные, задержка очередных месячных на 5 дней.

Инъекции иода в матку в течение 9 дней ежедневно, пока не появились крови. Каждый раз после введения иода появлялись боли внизу живота, которые скоро проходили. Острый инсульт (боли, обморок) через 3 недели после задержки месячных. Срочная операция. Удалена левая труба с клиновидным иссечением маточной части ее, удалена кровь из брюшной полости и аппендикс. Правые придатки нормальны, труба проходима. Послеоперационное течения гладкое, выписана на 14-й день. В дальнейшем здорова.

Беременная часть трубы утолщена до грецкого ореха. Абдоминальная часть и фимбрии свободны. Микроскопически: в стенке трубы в области нахождения плодного яйца среди межмышечной соединительной ткани мелкоклеточная инфильтрация. Расширены, кровенаполнены сосуды, ткани отечны. Канал трубы, окаймленный семью складками, покрытыми низким цилиндрическим, местами слущивающимся эпителием, заполнен двумя кровяными сгустками.

В истмической части трубы на месте прободения резко кровенаполнены ткани, сосуды крупнее, выражена резче мелкоклеточная инфильтрация.

На месте прободения мышечная ткань истончена, волокна раздвинуты, ворсины прорастают вглубь мышечных волокон, в просвете свежий кровяной сгусток, децидуальные и синцитиальные клетки. Складки эндосальпинкса слабо выражены.

Интерстициальная часть трубы. Нерезко выраженная отечность тканей и мелкоклеточная инфильтрация. Слизистая образует пять складок, покровный эпителий местами слущен. Просвет трубы неправильной формы, сужен в диаметре: 0,15 на 0,27 мм. Нормальный просвет трубы в интерстициальной части у рожавших и беременных—0,8—1,2 мм (Штеккель). Затихающий острый воспалительный процес трубы.

Вторая группа случаев:

1) Больная Д., 28 лет (ист. бол. № 39, 8/I 34). Диагноз: разрыв беременной левой трубы в истмической части—беременность 3—4 недели. Месячные правильные, цикл—28-дневный по 3—4 дня. Одни срочные нормальные роды в 1929 г., после родов перерыв в половой жизни три года. Не болела, в продолжение последних 10 месяцев предохранялась впрыскиваниями иода. Задержка месячных на 2—3 дня, и в этот раз было сделано одно впрыскивание, после которого появились боли внизу живота и в пояснице. Инсульт через 7 дней после инъекции, операция через 5—6 часов.

Правые придатки и левый яичник нормальны, матка в физиологическом положении, правая труба проходима. Удалена левая труба с углом матки. Течение гладкое. Выписана на 17-й день. Длина удаленной трубы 11 см, утолщена, сращений не было. Перешейковая часть трубы утолщена до большой горошины и разорвана насквозь.

2) Больная П., 25 лет (ист. б-ни № 192). Прогрессирующая беременность в истмической части левой трубы, давность 4—5 недель. В анамнезе правильные месячные, одни срочные нормальные роды, последние три беременности прервала искусственно на первом месяце впрыскиваниями иода, не предохранялась. При этой беременности было сделано за две недели до операции 4 внутриматочных впрыскивания иода, вслед за последней инъекцией появились сукровичные выделения и вышла пленка. После каждой инъекции возникали боли внизу живота.

Сделано выскабливание полости матки для установки точного диагноза. При произведенном в этот же день чревосечении удалена левая труба с углом матки. Послеоперационное течение гладкое; выписана на 13-й день. Правые придатки без изменений, желтое тело на стороне беременной трубы, матка в нормальном положении, труба проходима. Самая ближайшая к матке часть левой трубы утолщена до голубиного яйца, стенки местами истончены—накануне разрыва. Длина плода 1 см. Остальная часть трубы нормальна.

3) Больная М., 23 лет (ист. бол. № 119, 1933 г.) Диагноз: наружный разрыв левой беременной трубы в истмической части. Беременность 3—4 недели. Ме-

сячные правильны, со стороны половой сферы—здорова. Срочные роды одни, полтора года назад; абортов не было. Предохранялась последние 4 месяца инъекциями иода. После задержки месячных на 5—6 дней также сделала впрыскивание иода с профилактической целью один раз. Отмечает боли внизу живота после впрыскивания. Удалена левая труба на 9-й день после инъекции, спаек не было. Течение гладкое, выписана на 14-й день после операции. Правые придатки и левый яичник нормальны. Истинное желтое тело в правом яичнике, наружное передвижение яйца. Матка в нормальном положении. Левая труба в истмической части утолщена до кедрового ореха, имеется наружный разрыв, абдоминальное отверстие нормально, проходимо.

4) Больная Д., 28 лет (ист. бол. № 39, 8.I 1934). Диагноз: острая геморагия в брюшную полость, разрыв левой беременной трубы в истмико-интерстициальной части. Беременность 5—6 недель. Месячные нормального типа с 13 лет, через 4 недели по 5—6 дней. Одни срочные нормальные роды в 1931 г.; абортов не было. Не болела. Половая сфера здорова. Предохранялась в продолжение 8 месяцев внутриматочными инъекциями иода. На третий день после задержки месячных 9.XII произведено одно впрыскивание иода (задержку регул от врача скрыла). Появившиеся боли внизу живота и в пояснице после инъекции скоро затихли, выделений кровяных не было. 12.XII снова обратилась к врачу, который после бимануального исследования делать впрыскивание отказался. На следующий день пошли сильные крови. С кровотечением обратилась к другому врачу, который направил в клинику с диагнозом—незаконченный выкидыш.

В клинике больной предложено лечь под наблюдение, она отказалась. С 27.XII кровотечение остановилось, больная не показывалась, 8.I 1934 г., через 30 дней после инъекции, в 14 часов доставлена каретой скорой помощи с инсультом. Срочная операция, удалена левая труба с углом матки. Послеоперационное течение гладкое, выписана на 11-й день. В 1936 году срочные роды.

Правые придатки и левый яичник нормальны, труба проходима. Желтое тело в левом яичнике. Левая труба на границе перехода истмической части в интерстициальную утолщена до грецкого ореха, разрыв в диаметре около 2 мм, стенка матки истончена, плод длиной 1 см. Микроскопически: в мышечной ткани интерстициальной части трубы медиально от плодного яйца, местами круглоклеточковая инфильтрация вокруг сосудов, в утолщенной серозной оболочке множественные кровоизлияния, частью старые с выпадением пигмента, частью свежие с некробиозом клеток и межклеточного вещества. Всюду в серозной оболочке круглоклеточковая инфильтрация. Слизистая оболочка, несколько набухшая, образует семь складок, местами эпителий слущен, мелкоклеточная инфильтрация под слизистой. Просвет трубы—0,35 : 0,5 мм. Обострившийся воспалительный процесс трубы.

Этиологическим моментом эктопической беременности во всех описанных случаях, надо полагать, были профилактические внутриматочные впрыскивания иода при задержке месячных всего на несколько дней (2—6 дней), когда ясных объективных данных о наличии беременности не имелось. В четырех случаях было произведено по одному впрыскиванию, в двух было многократное введение иода (4 и 9) до появления кровянистых выделений.

Инсульт наступил, считая от первого впрыскивания, самое раннее на 7-й день и самое позднее на 30-й день. Давность беременности колебалась от 3 до 6 недель. В пяти случаях беременность была в левой трубе, в одном—в правой. Во всех случаях яйцо останавливалось и имплантировалось в самой узкой части трубы—истмической. Иод при впрыскивании, особенно под давлением и плохом стоке, может попадать в маточную часть трубы и вызывать реактивное воспаление, но воспалительный процесс может переходить и с соседнего участка—угла матки (Черток).

Клинически воспалительный процесс труб выражен не был, температура была нормальная, реакция оседания эритроцитов незначи-

тельно ускорена (максимально до 18 за один час по Панченкову), лейкоцитоза не наблюдалось.

Клинически и микроскопически установлено, что непосредственной причиной трубной беременности в первой группе случаев было сужение просвета трубы в интерстициальной части (0,15 : 0,27 мм), вызванное острым воспалительным процессом, что послужило препятствием к продвижению плодного яйца в полость матки. Моментом, способствующим сужению просвета интерстициальной части трубы и задержке продвижения яйца, были маточные сокращения, наступавшие после инъекции (боли), и возможная антиперистальтика труб. Надо полагать, что просвет трубы в ближайшее время после впрыскивания имел, вследствие более выраженных воспалительных явлений и сокращений матки, меньший диаметр, чем на препаратах. Слабо выраженные воспалительные изменения в интерстициальной части трубы объясняются значительным промежутком времени, прошедшим от впрыскивания до операции (от 7 до 30 дней)—воспалительные явления успели затихнуть.

Во второй группе случаев (4 случ.) причина та же, что и в первой, с той лишь разницей, что здесь почва для наступления трубной беременности была ранее подготовлена повторным внутриматочным впрыскиванием иода, в результате чего образовалось хроническое воспаление труб. Последнее впрыскивание служило только толчком для обострения имевшегося воспалительного процесса. Ежемесячная иодопрофилактика в этих случаях не предохраняла от беременности. Инъекции производились, очевидно, в момент продвижения плодного яйца по яйцеводу в матку. Введенный иод вызывал катаральные изменения в слизистой матки и трубы, произошло значительное сужение просвета интерстициальной части трубы, воспрепятствовавшее прохождению яйца и способствовавшее его прививке в слизистой истмической части трубы.

Груздев, Селицкий и другие полагают, что иод поражает нервно-мышечный аппарат половой сферы, вследствие чего могут наступить антиперистальтические движения трубы, спазм и остановка трубных сокращений, нарушающие нормальную миграцию яйца.

Ввиду нашей недостаточной осведомленности в вопросах о времени созревания и лопания граафова фоликула, продолжительности жизни яйцевой клетки человека, в течение которого сохраняется способность ее к оплодотворению, времени оплодотворения и продолжительности передвижения яйца из трубы в матку, мы не можем точно определить, где находится в каждый данный момент оплодотворенное яйцо. Поэтому, когда бы иодопрофилактика ни производилась (до или после месячных), мы не можем быть вполне гарантированными относительно отсутствия оплодотворенного яйца в трубе. В каждом случае иодопрофилактики мы действуем втемную и в сущности рассчитываем лишь на счастливую случайность.

Наши случаи вместе с опубликованными ранее подтверждают мнение проф. Груздева, что внутриматочное впрыскивание иода с противозачаточной целью после первого же его применения может служить непосредственной причиной трубной беременности.

При иодопрофилактике беременности, когда бы она ни произво-

дилась, нужно всегда считаться с возможным наличием оплодотворенного яйца в трубе.

Ввиду распространения среди женщин, а иногда и врачей, взгляда на иодопрофилактику, как на простое, удобное и безвредное средство предохранения от беременности, необходимо разъяснять в женских консультациях и амбулаториях глубокую ошибочность такого взгляда.

Иодопрофилактика, как не являющаяся верным предохранительным средством от беременности, и наносящая половой сфере женщины существенный вред, должна быть совершенно оставлена.

Поступила в ред. 5.IV. 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. И. Ф. Козлов) Казанского государственного института усовершенствования врачей.

О роли гонореи в этиологии внематочной (трубной) беременности.

Н. А. Корчагина.

«Частота заболевания внематочной беременностью должна побудить клиницистов тщательно изучать этиологию заболевания и уделять особое внимание профилактике его». (Гентер). По современным представлениям, воспалительные изменения в фаллопиевых трубах являются доминирующими среди причин, способствующих возникновению внематочной (трубной) беременности (Груздев, Hoehne). Большой теоретический и практический интерес представляет выяснение природы воспаления, вызвавшего трубную беременность, то есть какого характера инфекция здесь преобладает — септическая или гоноройная (Козлов, Левит).

По данным почти всех авторов в половине всех случаев воспаления придатков имеется гоноройная этиология. Гринер по материалу гинекологического стационара Яузской больницы указывает 52% (цит. по Морозовой и Королевой). Писемский считает, что гонококк должен играть главнейшую роль при воспалении половых органов вообще и в частности маточных труб, в связи с наличием гонореи среди городского и сельского населения.

Казалось бы, таким образом, что гонорея чуть ли не в половине случаев должна быть причиной трубной беременности. Некоторые авторы так и считают. Например, Морозова и Королева наблюдали 6 случаев трубной беременности, из которых в 4 была положительная реакция Борде-Жангу. Манчини в 310 случаях внематочной беременности за период 1931—1934 гг. наблюдал чаще всего воспалительные изменения в трубах; в качестве возбудителя воспаления гонококк играл главную роль. Штеккель придает гонорее важное значение в возникновении трубной беременности.

Другие авторы, наоборот, гоноройной инфекции по сравнению с септической отводят второе место. Так, Сувеляк на 79 случаев трубной беременности с воспалительными изменениями, ни разу не наблюдал признаков гонореи. Проф. Какушкин установил гонорею в 5%, Степанова—в 7,4%, Стрезов—в 8%, Левит—в 9%, Горизонтов—в 19%, у проф. Груздева на 39 случаев гонорея установлена в 10.

Большинство авторов установило гонорею в своих случаях на основании анамнеза и клинической картины, а Морозова и Королева—путем реакции Борде-Жангу. По Кушниру только у 43% гоноройных женщин обнаруживается гонококк в шейке матки при применении обычного бактериоскопического метода. По Кушелевскому—в 51% при хронической гонорее (цит. по Петченко).

Рядом авторов установлено, что анализ крови при хронической гонорее дает ряд характерных признаков: нормальный лейкоцитоз, при относительном лимфоцитозе, иногда эозинофилию и ускоренную РОЭ (цит. по Бакшту). Бакшт считает, что тщательная бактериоскопия, рядовые анализы крови и вакцино-диагностика в достаточной мере обеспечивают правильность диагноза в подавляющем большинстве подозрительных случаев. Русакова и Гушанская, признавая реакцию Борде-Жангу специфичной, отмечают, что отсутствие реакции связывания комплемента не всегда говорит против гонореи.

По предложению проф. Козлова я сделала попытку проверить вышеприведенные мнения авторов относительно участия гоноройной инфекции в воспалительных процессах труб при внематочной беременности. В отличие от других авторов, которые основывали свои заключения, главным образом, на данных анамнеза, я в своей работе, используя анамнез и клиническую картину, подвергала также бактериоскопии выделения из цервикального канала в послеоперационном периоде, с применением в некоторых случаях гоновакцины (внутримышечно 500 млн. убитых гонококков или интрадермально по 0,2 миллиардной концентрации), реакции Борде-Жангу (в 7 случаях), анализа крови на лейкоцитоз и РОЭ (в 14 случаях), бактериоскопию мазков из труб, удаленных во время операции (в 6 случаях).

Мой материал состоит из 86 случаев трубной беременности, прошедших за период 1934—37 гг. в акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВ. Из 86 в 3 случаях причиной трубной беременности был инфантилизм труб, в одном—возможно, migratio ovi externa и в 82 — воспалительные изменения в трубах. Возбудителем воспалительного процесса в трубах, по моим данным, гонококк был в 27 случаях из 82, что составляет 33%, септическая инфекция—в 55 из 82, что составляет 67%.

Анализируя 27 случаев внематочной беременности на гоноройной почве (из них 7 случаев опубликованы были раньше в IV томе Трудов Казанского ГИДУВ, 1935), следует отметить, что у оперированных женщин в 12 случаях было по одной беременности с последующей, до внематочной беременности, стерильностью; в анамнезе было указание на перенесенную гонорею в 6 случаях,

эрозия на шейке матки имела место у 11 женщин, небеременные придатки с видимыми воспалительными изменениями встретились у 21 женщины, диплококки (гр—), внутриклеточно расположенные, имели место в выделениях из цервикального канала у 22 пациенток, из 4 поставленных реакций Борде-Жангу—3 оказались отрицательными, из 7 случаев с анализом крови на лейкоцитоз и РОЭ—все дали нормальный лейкоцитоз с РОЭ от 50', до 2 ч. 30 мин. по Линценмейеру; в случаях с септической инфекцией лейкоцитоз доходил до 10 тысяч и выше.

Выводы. 1. Воспалительные изменения в трубах являются доминирующими среди причин, способствующих возникновению внематочной (трубной) беременности (из 86 случаев—82).

2. По характеру вызвавшей воспаление инфекции—первое место принадлежит септической (из 82—55 случаев—67%).

3. Гонорея, в этиологии внематочной беременности воспалительного происхождения, занимает второе место (из 82—27 случаев—33%).

Поступила в ред. 7/IV 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. И. Ф. Козлов) Казанского ГИДУВ.

К вопросу о лечении пролежня влагалищной части матки при проляпсах.

А. П. Чигарин.

В клинической картине неполного или полного выпадения матки часто наблюдается пролежень portionis vaginalis. Причиной выпадения матки и пролежня на ее влагалищной части большинство авторов считает механические факторы: неправильное положение матки, слабость мускулатуры тазового дна, ранний физический труд девочки, повышенное брюшное давление при тяжелой физической работе, родовой акт и т. д. (Фритч, Верт, Фелинг, Гальбан, Тандлер, Шульце, Кюстнер).

Ретроверзия—флексия матки без выпадения создает перекручивание связок матки и проходящих в них вен, перекручивание же связок и вен влечет за собой катар и гиперемию маточной мукозы, отечное пропитывание трансудатом всего органа. При проляпсе действуют те же вредные моменты, но в гораздо большей степени, поэтому и увеличение матки бывает более резко выражено. В свою очередь, это отечное пропитывание матки при проляпсе всего резче бывает выражено на влагалищной части и непосредственно над нею лежащих частях шейки матки (Кюстнер). Шейка матки, находясь вне половой щели, не орошает более влагалище своим секретом, эпителий влагалища делается сухим и ороговевшим. Благодаря действию на выпавшую шейку матки физических факторов (тепла,

холода воздуха), механических моментов (трение одеждой, кожей бедер), химических раздражений (моча, а при нечистоплотности больной—кала), на portio vaginalis образуются эпителиальные дефекты. Эпителиальные дефекты, язва—decubitus могут образоваться как на передней губе, так и на задней или вокруг цервикального канала; они бывают различной формы и величины. Поверхность язвы бывает часто неровной, покрытой серовато-грязным налетом, края язвы обрывисты, резко отечны; при дотрагивании до язвы ватным тампончиком она кровоточит.

Наличие язвы служит препятствием к оперативному вмешательству как своим расположением, так и содержанием на поверхности язвы патогенных микробов; оба эти момента являются небезразличными для производства пластической операции, создания асептического операционного поля. Поэтому для обеспечения благоприятных результатов оперативного вмешательства необходимо подготовить больную к операции или путем заживления язвы, или вырезыванием ее в начале операции.

Для лечения decubitus'a шейки матки при проляпсах было предложено огромное количество различных медикаментозных веществ для спринцеваний, смазываний, различных мазей, примочек. На основании современных представлений об обратимости реакций организма, о роли нервной системы при общих и местных заболеваниях организма, о роли ретикуло-эндотелиальной системы, о роли коллоидно-химического равновесия в тканях и т. д. мы применили несколько способов лечения. Обоснование этих способов лечения и сравнительные результаты их мы и сообщаем ниже.

При изложении этиологии decubitus'a шейки матки при ее проляпсах мы указали, что большинство авторов приводит в качестве этиологического момента механические причины. Но указание на причину не объясняет еще всего процесса развития decubitus'a. Учитывая, что при decubitus portionis vag. uteri мы имеем нарушение питания слизистой вследствие сдавления и перекручивания вышележащих сосудов (в области широких связок), вследствие отечности (трансудации) под лежащих под эпителием тканей, высыхания (ангидроза) покровного эпителия, мы должны отнести decubitus к трофическим язвам.

Primum movens при нарушении трофики влагалищной части при выпадении матки являются механические причины—смещение матки без активного участия нервной и сосудистой системы, пассивная травматизация последних при этом смещении.

Таким образом роль центров нервной и сосудистой систем в процессе развития трофической язвы portionis vaginalis при выпадении матки исключается, в то же время местное участие этих систем является бесспорным. Поскольку процесс развития трофической язвы portionis vaginalis uteri при проляпсах объясняется механической причиной (смещение матки) с последующим местным участием нервной и сосудистой систем, необходимо в целях терапевтического воздействия и создания обратимой патофизиологической реакции, т. е. заживления язвы, итти в двух направлениях: в сторону воздействия на нервную и сосудистые системы.

Исходя из концепции Вишневского—Сперанского, что переустановку регуляторно-трофической функции нервной системы можно произвести новокаиновым блоком—бескровной невротомией, мы для лечения decubitus в наших случаях применяли предложенный Вишневским циркулярный новокаиновый блок. Для блока брался обычно употребляемый при операциях для анестезии по методу ползучих инфильтратов Вишневского $^1/_4\%$ раствор новокаина на рингеровском растворе. До производства блока площадь пролежня измерялась сантиметровой линейкой; описывалась форма пролежня, его месторасположение, внешний вид и состояние. Блокирование пролежня производилось циркулярно следующим образом: захватив шейку матки пулевыми щипцами вне расположения пролежня, обработав слизистую влагалищной части матки вокруг пролежня спиртом и иодной настойкой, мы производили 5-граммовым шприцем инъекции новокаин-рингеровского раствора. Впрыскивания производились в слизистую и подслизистую вокруг язвы, отступя от края язвы на 2—3 миллиметра,—до получения желваков. Количество новокаин-рингеровского раствора, употребляемого для инъекций, зависело от величины язвы, и в наших случаях оно было в среднем равно 30 г. После производства блока матка вправлялась во влагалище, и больной назначался полупостельный режим. До блока и после никакое другое лечение пролежня не производилось, туалета влагалища спринцеванием не делалось. Через 2 дня после блока больная осматривалась, описывалось состояние язвы, и если заживление язвы не произошло, то производилось блокирование вновь. Само собою разумеется, количество новокаин-рингеровского раствора при втором блокировании затрачивалось меньше, так как площадь пролежня после первого блока обычно значительно уменьшалась. Через 2 дня после второго блока больная вновь осматривалась и в зависимости от степени заживления или вновь блокировалась, или констатировалось заживление. Признаком последнего считалось полное покрытие дефектов в области пролежня благодаря хорошей эпителиализации.

Получив определенный благоприятный результат от новокаин-рингеровского блока, мы у 2-ой группы больных с пролежнем влагалищной части пролябированной матки применили блокирование инъекциями гравидана, изготовленного по способу доц. Шарафутдинова и полученным из его лаборатории.

Физико-химические свойства примененного нами гравидана были, по данным доц. Шарафутдинова, следующие: реакция—слабо кислая, удельный вес 1023—1032, pH 6,2–6,4; содержание в средних арифметических цифрах пролана 600 м. е., фолликулина 383 м. е., хлоридов 625 мг%, фосфатов (P_2O_5) 200 мг%, общего азота 636 мг%, мочевины 989,5 мг%, азота мочевины 462 мг%, сахара и других редуцирующих веществ 139 мг%.

Применение инъекции гравидана при пролежне влагалищной части пролябированной матки базировалось на той мысли, что большинство наших больных пролежнем принадлежало по возрасту к полному или наступающему климактерию, т. е. к периоду, когда у женщины нарушается эндокринная регуляция. Этот момент в свете современного учения о связях нервной и эндокринной системы позволял сделать предположение, что пролежень есть следствие, с одной стороны, механических факторов, а с другой—нарушения нервно-

гуморальной регуляции (нейрокринии). Подготовка и режим больных этой группы применялись те же, что и при новокаин-рингеровском блоке. Техника производства инъекций гравидана была тождественна вышеописанной с той лишь разницей, что количество впрыскиваемого гравидана было по возможности доведено до минимума, т. к. инъекция больших количеств гравидана является небезразличным для организма фактором. В этом мы убедились по двум случаям впрыскивания гравидана женщинам в период климактерия — у них после инъекции 10 см³ гравидана наступило маточное кровотечение. Через 2 дня после первого впрыскивания гравидана больные осматривались и, если требовалось, то введение гравидана производилось вторично и т. д.

Убедившись в благоприятном результате лечения пролежня влагалищной части пролябированной матки гравиданом, мы сделали следующее предположение: не играет ли здесь роль в заживлении язвы так же как и при блоке новокаин-рингеровским раствором, присутствие солей в этих жидкостях, а также и сама компрессия при образовании тугих желваков в слизистой и подслизистой?

Для разрешения этого вопроса мы применили на 3-ей группе больных с пролежнем влагалищной части пролябированной матки блокирование инъекциями aqua bidestillata, в которой наличие солей ничтожно.

Безразлично ли относится организм к введению в него тем или иным способом aqua bidestillata? Роунтри в 1926 г. установил, что если собаке в течение получаса ввести в желудок 50′ см³ на 1 кг веса дестиллированной воды, то животное умирает в судорогах в течение 4—12 часов; смерть ускоряется при одновременном введении питуитрина для задержки диуреза. При этих опытах установлено, что у животных, отравленных дестиллированной водой, повышается внутричерепное давление, значительно уменьшается количество хлоридов калия и натрия и гемоглобина крови, сильно падают вязкость, электропроводность и молекулярная концентрация в крови и тканях, объем плазмы увеличивается, разведение крови доходит до 15%, температура тела понижается. Предохраняет и излечивает животных внутривенное введение гипертонических растворов поваренной соли. При введении дестилированной воды в прямую кишку или в полость брюшины явлений отравления вызвать не удалось. Опыты Роунтри были подтверждены на животных рядом других авторов (Гомори, Мольнер и др.—цит. по Соколовскому).

На основании указанных опытов, а также на основании изучения вязкости крови, коллоидно-осмотического давления у больных с спонтанной гангреной, Соколовский применил aqua bidestillata как лечебное средство при данном заболевании, вводя aqua bidestillata в вену по 100—180 см³, делая до 10 вливаний больному через 5—10 дней. При таком лечении спонтанной гангрены Соколовский получил полное излечение больных; причем трудоспособность больных во время лечения не терялась. Исследования на вязкость сыворотки крови этих больных до, во время и после лечения позволили Соколовскому сделать следующие выводы: „дестиллированная вода при внутривенном вливании резко нарушает электролитическое равновесие, при этом освобождается много недиссоциированных ионов, несущих на себе электролитический заряд. Это не может не оказать влияния на коллоидные белки, у которых изменяется их дисперсность. Изменению подвергаются не только белки крови, но и белки тканей, вследствие чего изменяется проницаемость оболочек клеток и меняется обмен между клеткой и внешней средой. Следовательно при внутривенном введении дестиллированной воды мы вызываем перестройку физико-химических процессов в организме“.

В наших клинических опытах больным с пролежнем влагалищной части выпадающей матки мы вводили aqua bidestillata в слизистую

и подслизистую шейки матки в количестве от 5 до 25 см^3, вызывая тугие желваки вокруг пролежня. Учитывая количество введенной дважды дестиллированной воды в наших опытах и сравнивая это количество с количеством воды, введенным в вену по Соколовскому, а также вышеизложенное о действии aqua bidestillata при введении ее в желудочно-кишечный тракт и в полость брюшины, предполагаем, что при нашем способе инъекций мы вызываем только компрессию, т. е. механическое блокирование.

Подготовка и режим больных были тождественны подготовке и режиму указанных выше первой и второй групп больных. Инъекции aqua bidestillata производились также с 2-дневными интервалами. Сравнительная оценка результатов лечения приводится ниже.

При вышеуказанных способах лечения мы каждый раз после лечебной процедуры производили репозицию матки в нормальное положение (в anteflexio), заставляли в день процедуры соблюдать полупостельный режим. Зная, что в основе происхождения пролежней влагалищной части выпадающей матки повинны, по мнению многих авторов, механические факторы (перекручивание сосудов широких связок, отек шейки матки и т. д.), мы репозицией матки и установкой ее в anteflexio создавали физиологические условия органу, а поэтому позволительно было предположить, не играют ли эти условия и покойное поведение больной главную роль в процессе заживления пролежня.

Для проверки этого мы применили на 4-й группе больных следующую процедуру лечения: матка репозицией ставилась в anteflexio, а во влагалище вкладывался тампон—платочек (с ватой внутри платка) такой величины, чтобы он удерживал матку во влагалище в указанной выше anteflexio. Тампон извлекался через 2 дня, и в зависимости от процесса заживления, после легкой механической очистки влагалища, вставлялся новый. Нужно отметить, что извлеченный тампон всегда оказывался влажным от дурно пахнущего секрета. Подготовка и режим больных 4-й группы были аналогичны подготовке и режиму больных первых трех групп.

Пятая группа больных с пролежнем шейки матки подвергалась лечению путем эксцизии в пределах здоровой ткани и пролежня в форме клина с последующим наложением швов на кровоточащее место. Мысль использовать этот способ вмешательства для лечения пролежня влагалищной части выпадающей матки возникла при следующих обстоятельствах: для гистологического исследования мы брали у небольшого числа больных эксцизию до лечения каким-либо из вышеуказанных способов и убедились при ближайшем осмотре в неожиданном эффекте: язва пролежня пышно гранулировала и эпителизировалась, и в ближайшие дни весь дефект был покрыт свежим эпителием. Как объяснить такой результат вмешательства у наших больных?

Из клинических наблюдений известны примеры, когда пробная лапаротомия при туберкулезном перитоните, выскабливание грануляции из свищевых ходов, насечки на воспалительных инфильтратах, разрез в области трофических язв голени и т. д. действовали стимулирующе на имунно-биологическую реакцию организма, в силу

чего наступала благоприятная ситуация для обратного развития местного патологического процесса.

Производя эксцизию в форме клина радиально от центра площади к периферии в пределах патологически измененной ткани и здоровой слизистой portionis vaginalis uteri с последующим наложением 1—2 кетгутовых швов, мы создаем новое состояние операционной раны.

Регенерация, возникая в ране здоровой области, является стимулом и для раны в области пролежня, вовлекая затем всю площадь язвы пролежня. Наши наблюдения показали, что уже на второй день после эксцизии поверхность пролежня очищается от налета, около места эксцизии появляется пышная грануляция, а на другой день грануляции заполняют всю поверхность пролежня, эпителий с краев раны начинает надвигаться на свежую грануляционную ткань и в ближайшие дни закрывает нацело весь дефект.

Взятые при эксцизии кусочки нами подвергались гистологическому исследованию, все они давали однообразную картину язвы с неровным дном, лишенным покровного многослойного эпителия, с обильной мелкоклеточковой инфильтрацией межуточной ткани в толще дна язвы.

При репозиции выпавшей матки в ее физиологическое месторасположение к слизистой возвращаются ее прежние свойства: она делается влажной, эпидермизация исчезает, восстанавливается правильное кровообращение, что влечет за собой уменьшение отечности подлежащих тканей, матка становится по величине меньше. Возвращение физиологических условий органу активирует межуточную ткань дна пролежня и грануляции, а эпителий—к покрытию грануляций, т. е. восстановлению слизистой в области пролежня без рубца. В этом процессе регенерации язвы пролежня сказалось общее биологическое свойство слизистых покровов к более быстрой регенерации дефектов в сравнении с другими тканями, а в наших случаях в сравнении с эпидермизированной слизистой влагалища выпавшей матки. В этом мы убедились на контрольной группе больных, у которых для лечения пролежня шейки выпавшей матки мы применили репозицию матки без тампона и покой.

Этим способом мы лечили 40 больных. Возраст их: от 31 до 35 л.—2, 41—45 л.—8, 46—50 л.—7, 51—55 л.—4, 56—60 л.—9, 61—65 л.—9, 71—75 л.—1. Лучший эффект заживления дало блокирование новокаин - рингеровским раствором.

Новокаин-рингеровский блок, примененный в наших случаях, согласно концепции Сперанского—Вишневского, действовал на пролежень шейки матки как противоотечное средство. Последнее действие подкреплялось еще вправлением матки во влагалище в ее физиологическое месторасположение.

Худшие результаты мы получили при лечении пролежня шейки матки при проляпсах гравидановым блоком. Сравнивая результаты лечения пролежня шейки матки при проляпсе сухим тампоном, эксцизией и только репозицией матки, мы видим, что лучшие результаты были получены при эксцизии в пределах здоровой и пролежневой ткани. Лечебный эффект эксцизии, кроме стимуляции к па-

тологической регенерации зависит, по нашему мнению, также и от того, что при производстве эксцизии мы вызывали кровотечение из застойного органа, т. е. пользовались методом лечения дренажем при отеках (насечки).

Лечение сухим тампоном давало лучшие результаты, чем контрольная репозиция; это отчасти зависело, по нашему мнению, от того, что тампон, являясь инородным телом, производил раздражение язвенной поверхности и вызывал усиление выделений с поверхности язвы. Выделения, оставаясь во влагалище в течение двух суток, разлагались и действовали благоприятно на заживление язвы благодаря ферментативным свойствам распада гнойных клеток (Геблер)

Выводы: 1) В механизме происхождения пролежня шейки матки при проляпсах играют главную роль: а) сдавливание и перекручивание сосудов и нервов, расположенных в широких связках и имеющих прямое отношение к трофике слизистой и подслизистой тканей шейки матки, в) ангидроз и эпидермизация слизистой, с) отек подслизистых тканей шейки.

2) Благоприятный эффект лечения пролежня зависит от следующих моментов: от возвращения матки во влагалище и восстановления благодаря этому нормального кровообращения, от стимуляции болезненного процесса средствами, действующими как раздражители на нервно-сосудистую и ретикуло-эндотелиальные системы; от возвращения слизистой оболочке, путем репозиции матки, ее биологических свойств.

3) Лучшими эффективно-действующими способами лечения оказались по нашим клинико-экспериментальным наблюдениям новокаин-рингеровский блок и эксцизия в области здоровой ткани и пролежня.

Поступила в ред. 25/V 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (завед. проф. Н. И. Горизонтов) Новосибирского института усовершен. врачей.

О нагноительно-перфоративном осложнении яичниковых дермоидов с участием мочевого пузыря.

Доц. А. К. Шарнин.

Клиническая диагностика дермоидов яичника, как правило, лишена опорных моментов, позволяющих с достоверностью распознавать эту группу новообразований. Некоторые особенности в клиническом течении дермоидов яичника (расположение в пузырно-маточном пространстве, выраженная подвижность) не могут быть определены как характерные черты только этих опухолей и, следовательно, утрачивают свою диагностическую ценность. Лишь в тех относительно редких случаях, когда удается пальпаторно констатировать плотный, подчас твердый участок в стенке кистовидной яичниковой опухоли,

диагноз дермоида приобретает наибольшую убедительность. Но для этого необходимо наличие ряда таких благоприятных условий, как выраженность костно-хрящевой ткани в области паренхиматозного бугорка, относительно устойчивое положение опухоли с обращенным в сторону брюшной стенки уплотненным участком, отсутствие сочетания дермоидов с другими кистовидными опухолями и достаточная величина дермоида. Эта сравнительно весьма редкая комбинация указанных моментов наблюдалась в нашей клинике всего 2 раза на 57 случаев яичниковых дермоидов.

Клинический опыт свидетельствует, что дермоидные кисты яичников, вполне доброкачественные по своей природе, сравнительно часто обнаруживают склонность к злокачественному перерождению (в 2—9%—Кермаунер, Франкэ, Груздев, Гроздов, Соколов) и нередко являются источником ряда серьезных осложнений с участием соседних органов, в частности—нагноения их содержимого. Возникновению этого, наиболее частого для подобного рода опухолей осложняющего их течение процесса (до 14—25%—Гект, Аронсон), почти неизбежного для новообразования, длительно находящегося среди кишечных петель, при наличии пониженного питания и обычных в таких условиях сращений с кишечным трактом, способствует несомненно характер содержимого дермоидов яичника (Груздев, Майер). Вместе с тем, не являясь продуктом воспалительного процесса, эти новообразования до известного момента, почти как правило, обладают той или иной подвижностью и, следовательно, подвержены всем возможностям перекручивания их ножки. Подобный процесс нередко дает клиническую картину с бурным течением типа „острого живота".

Отсюда становятся понятными подчас исключительно сложные внутрибрюшинные топографические взаимоотношения, с которыми приходится встречаться хирургу при наличии нагноившегося яичникового дермоида, и многообразие сообщений этих опухолей с окружающими их органами и тканями в результате нагноительно-перфоративного процесса. Часто описываются случаи перфорации дермоидов в толстый кишечник с рядом симптомов вплоть до выхождения волос из заднепроходного отверстия (Оттов) и вторичных осложнений в форме полипообразного выпячивания в просвет кишечника (Данцель, Салманов, Снайерс, Дьюиз) и даже выхождения наружу (Глауттон) и полного отшнурования опухоли (Гонигманн, Штраус). При нагноении эти опухоли могут также прорываться в тонкий кишечник (Мавродэн, Сцатмари, Пойзнэр и др.), в трубы (Майер), в матку (Шонхольц), влагалище (Липперт, Германн, Майер, Язинский, Мюндэ, Мантель, Вертгейм, Сцемик) и, наконец, в брюшную стенку (Мур, Аманн, Крогманн). Описаны и более сложные взаимосвязи нагноившегося яичникового дермоида с окружающими органами типа двойной перфорации в различные петли кишечника (Сцатмари), в брюшную стенку и кишечную петлю (Штрассман), в брюшную стенку и мочевой пузырь (Ларрей) и в тонкокишечную петлю и мочевой пузырь (Майеда и Слимагава).

Между тем как участие мочеточников в нагноительно-перфоративном процессе со стороны яичниковых дермоидов не отмечено в литературе, мочевой пузырь оказывается наиболее заинтересованным в этом процессе отделом мочевой системы. Объяснить это следует анатомической близостью его к маточным придаткам и относительной частотой расположения дермоидов в переднем тазовом полукольце. Судя по некоторым указаниям (Сцатмари), в зарубежной литературе приводится описание около 50 сл. дермоидно-пузырных нагноительных свищей, в частности сл. Гейра, Штёккеля, Бейтнера, Подзи, Панкова, Тонэлло, Веллэ, Дункана, Ле Жандра.

В отечественной литературе сравнительно много внимания посвящено различным сторонам вопроса о перфорациях в мочевой пузырь гнойных параметритов

и воспалительных придатковых опухолей (Гораш, Лисовская, Сафонов, Кукуевицкий, Сердюков, Фронштейн, Мажбиц); но об аналогичных осложнениях в отношении дермоидных яичниковых кист доступная нам русская литература представлена лишь несколькими отдельными сообщениями.

На VI съезде хирургов (1906) Красинцев сообщил о случае дермоидно-пузырного нагноительного соустья с отхождением волос при мочеиспускании, диагносцированном как опухоль пузыря. После безуспешного эндовезикального вмешательства, автор удалил опухоль трансвезикально с резекцией пузыря в месте соустья. Аналогичные случаи с наличием волос в полости пузыря описаны Лисовской и Линде (диагноз установлен цистоскопией, в обоих случаях успешно радикальная операция). Файн приводит случай прорыва яичникового дермоида в мочевой пузырь с выхождением через уретру пучка волос при картине выраженной воспалительной реакции со стороны полового аппарата.

В нашей клинике за 10 лет ее существования наблюдались три случая перфорации нагноившегося яичникового дермоида в мочевой пузырь, что составляет в отношении прошедших за эти годы дермоидных овариальных кист 5,3% (3 на 57 сл.).

1. Больная Д., 26 лет, принята в октябре 1929 г. с жалобами на приступы болей в левой паховой области и на периодическую пиурию. Бимануальное и эндовезикальное обследование обнаружило нагноившуюся кисту левого яичника величиною с головку доношенного ребенка с перфорацией в мочевой пузырь в области верхне-заднего сегмента левой половины его. При операции обнаружены довольно рыхлые сращения дермоидной опухоли с брюшной стенкой, сальником, тазовой брюшиной и петлями тонкого и толстого кишечника. Ножка опухоли перекручена на 90°. По удалении кисты свищевой ход пузырной стенки закрыт 2-этажным узловатым кетгутовым швом. Тазовая полость, загрязненная небольшим количеством излившегося содержимого кисты, протерта эфиром и дренирована из области маточно-пузырного пространства через брюшностеночный разрез.

Постоянный катетер на 7 суток. Послеоперационное течение лихорадочное. Выписана на 20-е сутки с нормальной температурой, с гранулирующим дефектом в области брюшностеночного рубца в месте дренажа.

Образовавшаяся здесь впоследствии грыжа устранена операцией в сентябре 1930 г. Через 7 лет (XII 36 г.) обследование больной обнаружило, что функция мочевого пузыря восстановилась. Моча прозрачная. Около двух лет беспокоят явления дисменорреи и временами дизурия. Клетчатка левой широкой связки уплотнена, значительно болезненна. Цистоскопия: слизистая пузыря без особенностей, емкость его—225 см³; в месте бывшего свища незначительный неправильно-продолговатых очертаний участок беловатого цвета, со слабым кровоснабжением. Непосредственная окружность этого участка заметно васкуляризирована; устья мочеточников нормальны; Внутримышечно введенная краска выделяется слева через 8 мин., справа—через 14 мин.; струя интенсивная, хорошо окрашенная. Больная направлена на амбулаторное консервативное гинекологическое лечение.

1) Больная К-ва, 21 г., девица, принята в клинику в октябре 1933 г. с диагнозом опухоли левого яичника, прорвавшейся в мочевой пузырь. Функции половой сферы без каких-либо особенностей. Около 1½ лет тому назад, через 2 месяца после брюшнотифозного процесса, начались гипогастральные боли, лихорадочное состояние (до 40°), метеоризм и дизурические явления, вынудившие больную пролежать около 2 недель в постели. Однажды во время физического напряжения больная обнаружила при императивном позыве к мочеиспусканию значительную примесь гноя в моче и вскоре после этого отметила значительное ослабление прежде выраженных болезненных явлений и падение температуры. Часто повторение пиурии, поллакиурии и болей в низу живота, побуждало больную неоднократно обращаться к врачу, и только через 1½ года с начала болезни эндовезикальное обследование урологом выяснило сущность процесса. Цистоскопия: разлитой подострый цистит и наличие свищевого хода в лево-задней стенке пузыря с выхождением гноя через него, особенно при надавливании на внутритазовую опухоль через брюшную стенку.

---

[1]) Случай подробно описан в сборнике проф. Н. И. Горизонтова, 1935.

Наличие плотных участков на фоне туго-эластической консистенции опухоли размером с головку новорожденного заставило предположить дермоидный характер яичникового новообразования. Операция подтвердила это и обнаружила прочные плоскостные сращения опухоли с брюшной стенкой, сальником, дном матки, мочевым пузырем, сигмой и смещенными левыми придатками. Освобождение опухоли трудное, без осложнений. Свищ после освежения краев закрыт 3-этажным кетгутовым швом и перитонизирован пузырной брюшиной. Марлевый дренаж через брюшную стенку. Постоянный катетер на 7 суток. В течение $2^1/_2$ недель лихорадочное состояние (до 38,3°).

Выписана через 2 месяца после операции с гранулирующим дефектом в рубце брюшной стенки в месте бывшего дренажа. Моча чистая, мочеиспускание нормальное. Посев содержимого кисты выявил смешанную культуру брюшно-тифозной палочки и стрептококка.

3. Больная М., 32 л, направлена в клинику в марте 1937 г. врачебно-экспертной комиссией с диагнозом перекрученной кисты яичника. Функции половой сферы без особенностей. Последний аборт в 1935 г.; после этого у нее была констатирована яичниковая киста. Осенью 1936 года, в связи со значительными болями в правом паху, выраженным лихорадочным состоянием и дизурическими явлениями лежала в больнице районного города; с тех пор периодические боли в низу живота и явления дизурии и поллакиурии. Температура субфебрильная с отдельными подъемами до 38°, лейкоцитов—6000; РОЭ—29 делений, моча прозрачная, без сахара, со следами белка. Клинический диагноз: воспалительная кистовидная придатковая опухоль с значительным реактивным участием параметральной клетчатки, уплотненной и болезненной, и паравезикальной. Противовоспалительная терапия. Температура упала, опухоль стала контурироваться отчетливее. Остались боли и периодические явления дизурии. Через месяц по поступлении обнаружено обильное содержание лейкоцитов в моче. Цистоскопия: емкость пузыря—120 см³; устья мочеточников не смещены, отечны; усиленная гиперемия слизистой, особенно в области треугольника; краска через 10 и 12 минут (в мышцу); в задне-нижнем сегменте по средней линии свищевой ход. Надавливание на опухоль через брюшную стенку обнаружило выхождение гноя через свищ лишь после повторного переполнения мочевого пузыря.

Операция обнаружила нагноившуюся дермоидную кисту правого яичника, прочно сращенную с сальником и сигмой. Свищ, пропускающий лишь тонкий зонд, по удалении кисты закрыт 2-этажным узловатым кетгутовым швом; для укрепления швов, наложенных на инфильтрированные стенки пузыря, участок свища покрыт куском сальника, укрепленным швами и вентрофиксированной маткой. Левая труба обтурирована по способу Мадленера. В тазовую полость, загрязненную содержимым надорвавшейся кисты, влито 50 см³ эфира. Глухой шов. Постоянный катетер; после операции лихорадочное состояние (до 39°) пери-параметральный выпот и нагноение брюшной стенки. С 5-го дня мочится сама. Явления цистальгии длились около 2 месяцев, несмотря на систематическое лечение мочевого пузыря. Выписана 20/VIII 1937 г., с рубцово-уплотненной клетчаткой левой половины тазовой полости, с левосторонней придатковой опухолью (с яблоко) и свищом брюшной стенки.

Через полгода после выписки опухоль исчезла, в брюшной стенке свищ около 8 см длиной, ведущий в тазовую полость. Слизистая пузыря без особенных изменений, емкость 300 см³; на месте свища беловатый участок, более скудно васкуляризованный, левое мочеточниковое устье смещено слегка медиально, правое—латерально; краска, введенная в мышцы, выделяется через 11—и 13 мин., струя интенсивная, хорошо окрашенная. Рекомендовано консервативное лечение свища.

Приведенный нами материал, сравнительно однообразный по своей клинической картине, бесспорно иллюстрирует, что в аналогичных условиях, несомненно более частых, чем это зарегистрировано в литературе, процесс интимного деструктивного вовлечения мочевой системы заслоняется гинекологическим заболеванием и не получает должной оценки; особенно легко это может быть в случаях, попадающих под врачебное наблюдение до перфорации или после прекращения оттока гнойного секрета и просветления мочи: наряду с

цисталгическими явлениями в это время могут быть налицо и явно доминировать над ними симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов и тазовой брюшины.

Упорные и достаточно выраженные явления дизурии часто рассматриваются лишь как явления реактивно-механического порядка. Такая оценка процесса, правильная, быть может, для большинства тазовых воспалительных заболеваний, не должна исключать в гинекологической диагностике систематического качественного анализа мочи. Несомненно, что в 3-ем нашем случае имело место затрудненное, но почти постоянное незначительное отхождение гнойного секрета дермоида через пузырь. Это могло быть подтверждено своевременно анализом мочи и цистоскопией. Последняя и установила истинный характер процесса. Даже макроскопическая пиурия с характерным перемежающимся появлением ее в периоды падения температуры и исчезающая до прозрачной мочи в фебрильные периоды с параллельным обострением тазовых болей и подчас ясным увеличением генитальной опухоли нередко выпадает, к сожалению, из сферы внимания гинеколога.

В наших случаях больные сами указывали на гнойную мочу (1 и 2 сл.) или же окончательный диагноз устанавливался при урологическом обследовании.

В двух наших случаях имело место способствующее нагноению дермоидов перекручивание их ножки. Равноценным фактором может быть ущемление кисты в малом тазу (сл. Файна).

Третий случай нашего материала иллюстрирует метастатический нагноительный процесс дермоида в результате брюшно-тифозной инфекции. Эта возможность, ранее считавшаяся мало вероятной, в настоящее время не подвергается сомнению и подтверждается целым рядом описанных случаев (Видаль, Кривский, Энгельман, Ганс, Верт, Питья, Дюпюидень и др.) Последний автор в своих работах указывает на 23 аналогичных случая из французской литературы. В неменьшей степени следует учитывать, как источник метастатического нагноения генитальных, в частности, дермоидных кист,—легочный аппарат при наличии в нем остропротекающих воспалительных процессов, что бактериологически подтверждено некоторыми авторами (Гуссентштейн, Виалар).

Эндовезикальное исследование во всех случаях при перфоративных процессах с участием пузыря дает исчерпывающие диагностические указания. Наличие свищевого хода обычно в задне-боковых сегментах мочевого пузыря, помимо анатомических изменений в полости пузыря в форме темной щели, окруженной обычно буллезно-отечной слизистой и иногда грануляционной тканью, подтверждается обычно выхождением гноя через фистулу при легком надавливании на опухоль через брюшную стенку. Отсутствие этого феномена следует объяснить узостью и извилистостью свища или временной обтурацией хода. В одном подобном случае нам удалось получить этот феномен в демонстративной форме после повторного переполнения мочевого пузыря при достаточной его емкости. При возможности, проще всего провести в таких случаях через свищ мочеточниковый катетер. При трудности обнаружения свищевого хода и упомянутого

симптома ясные указания на участие пузыря в нагноительно-перфоративном процессе дает отчетливое и быстрое помутнение промывной жидкости после тщательного отмывания пузыря при надавливании на опухоль снаружи.

Промывание гнойника через пузырный свищевой ход раствором риваноля, как было предложено Лисовской в отношении перфорировавших придатковых гнойников, или другими дезинфицирующими растворами едва ли может быть расценено как мероприятие, обеспечивающее ликвидацию нагноительного процесса в дермоиде, не говоря уже о рискованности в смысле наполнения гнойного фокуса неизвестной природы с невыясненными топографическими отношениями.

Расширение свищевого хода через уретру (Шрёдер) с последующим выскабливанием полости дермоида обычно не дает стойкого лечебного эффекта (Красинцев, Кадьян).

Вскрытие нагноившегося дермоида через рукав не может рассчитывать на длительное излечение (Штеккель, Гентер), и поэтому большинство авторов, как и наша клиника, высказывается за радикально-оперативный образ действия (Цюрелль, Винтер, Сердюков, Фронштейн, Леге, Шифманн, Мажбиц). Операция должна заведомо расцениваться, особенно в случаях с длительным течением, как технически трудное и сложное вмешательство. Все наши случаи подтверждают это положение. Несомненно желательно иссечение рубцовых краев свищевого хода в целях более совершенного заживления пузырной стенки. При наличии выраженной воспалительной инфильтрации тканей в окружности свища или глубокого расположения его в задне-нижнем отделе пузыря ценным вспомогательным мероприятием в целях укрепления пузырных швов может явиться свободная пересадка кусков сальника в область закрытого фистулезного хода. Исключительная пластичность сальника и способность к восстановлению кровоснабжения в пересаженных участках в условиях свободной трансплантации их, многократно подтвержденные в эксперименте (Сенн, Зундхольц, Леви, Петров, Гирголав) и в условиях клиники (Ридигиэр, Боннэ, Цендлер, Кадьян, Эндерлен, Гермес, Кэр, Бруннэр, Пауэр, Нётцель и др.), могут быть целесообразно использованы в операции при описываемом осложнении яичниковых дермоидов.

Попытки снизить риск операции на заведомо инфицированных тканях путем предварительного повторного введения аутовакцины (по 50 млн. микробных тел) из центрифугата мочи (Мажбиц), заслуживают внимания при наличии соответствующих технических возможностей. В нашем материале, равно как и в случаях, приведенных нами из отечественной литературы, операция была произведена с благополучным исходом без какой-либо специальной подготовки больных.

Затрагивая данным сообщением лишь один из многочисленных вопросов пограничной между гинекологией и урологией области, следует вполне присоединиться к уже неоднократным указаниям в литературе о ценности урологических методов исследования в гинекологии и акушерстве и о необходимости включения эндоскопиче-

ской методики в круг способов обследования акушерско-гинекологических больных (Гараш, Браудэ, Мажбиц). В частности, в отношении затронутого вопроса приобретает особую диагностическую ценность своевременный учет цисталгических явлений и пиурии. При всех значительных и затянувшихся в своем течении воспалительных поражениях пара-периметрия характера индуративных выпотов и при кистовидных опухолях половой сферы, протекающих в сочетании с клиническими воспалительными симптомами, малейшие дисфункции пузыря или даже изменения качественного состава мочи без субъективных жалоб сигнализируют о том или ином участии мочевого пузыря в процессе (механическое сдавление, смещение, воспалительные или деструктивные изменения) и должны диктовать применение цистоскопии (Сердюков, Фронштейн, Дурст, Мажбиц).

После введения в гинекологическую практику ряда учреждений методов эндоскопического исследования мочевой системы значительно участились случаи распознавания нагноительно-перфоративных генитальных процессов с участием мочевого пузыря. Дурст за 7 лет применения цистоскопии в своей работе обнаружил 8 подобных случаев, между тем как за 20 предыдущих лет автором не было зарегистрировано ни одного такого случая. Мажбиц за 7 лет обнаружил 8 случаев перфорации генитальных гнойников в мочевой пузырь.

Сравнительно слабое отражение в гинекологической литературе материала по затронутой нами теме связано с одной стороны с ошибочной оценкой подобных случаев, как урологических процессов с первоисточником в мочевом пузыре (Мажбиц). С другой стороны, несомненно и то, что немалая, вероятно, часть подобных заболеваний расценивается как банальный цистит и подвергается лечению в форме консервативно-терапевтического воздействия на мочевой пузырь.

Оценивая данные литературы и некоторый опыт клиники по затронутому вопросу мы можем установить:

1) Наличие пиурии, особенно периодически выраженной, при диагностике кистовидной опухоли полового аппарата, всегда должно расцениваться как возможное проявление участия пузыря в нагноительно-перфоративном осложнении кисты, чаще всего яичникового дермоида.

2) При отсутствии ясной клинической картины пузырно-дермоидного соустья (выхождение волос при мочеиспускании, выпадение их через уретру, указание больной на внезапное появление пиурии при наличии генитальной кисты, осложненной явлениями тазового воспалительного процесса), только цистоскопия может выявить участие мочевого пузыря в гинекологическом заболевании, а иногда и способствовать выяснению дермоидного характера опухоли (волосы в свищевом ходе или в полости пузыря).

3. Радикально-оперативное лечение нагноившихся и сообщающихся с пузырем дермоидов яичника должно рассматриваться как единственно рациональный путь терапии.

4. Использование свободной пластики сальника в целях укрепления пузырных швов, особенно при воспалительно-инфильтрированных тканях в окружности свищевого хода или трудной доступности

его, при описываемом осложнении дермоидных яичниковых кист, заслуживает полного внимания.

Поступила в ред. 5. IV. 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (дир. проф. П. В. Маненков, научны консультант заслуж. деятель науки проф. В. С. Груздев). Казанского мединститута.

К вопросу о саркомах широких связок.

Асс. И. В. Данилов.

Злокачественные новообразования, развивающиеся из соединительной ткани (саркомы), представляют собою быстро растущие опухоли различной величины, формы и консистенции. Подобно доброкачественным опухолям, саркомы могут развиваться во всех отделах женского полового аппарата, в частности и в широких связках матки. Большинство сарком широких связок представляет собою саркоматозно перерожденные фибромы матки и ее придатков или же исходит из стенок сосудов, либо фасций таза; располагаются они обычно интралигаментарно.

Саркомы, первично развивающиеся в широких связках матки, встречаются чрезвычайно редко. По мнению Поцци в широких связках саркомы никогда не развиваются первично, а переходят сюда с соседних органов (брюшины, яичников, матки) или же представляют саркоматозно перерожденные фибромы.

В виду редкости сарком широких связок, недостаточности сведений относительно их патолого-анатомической картины и клинических симптомов, мы решили описать 5 случаев таких опухолей, наблюдавшихся с 1901 года в акушерско-гинекологической клинике Казанского мединститута.

1. Больная Д. (ист. б. 340/30, 1902), 48 л., крестьянка, русская. В детстве перенесла корь. Первые крови пришли на 13-м году, приходили через 4 нед. по 3 дня, безболезненные. Последние крови 1 год тому назад. Вышла замуж на 17-м году жизни. Беременна была 10 раз; 9 срочных родов и 1 естественный выкидыш.

Считает себя больной 2 года, когда она впервые заметила быстро растущую опухоль справа внизу живота. Живот у больной увеличен равномерно, соответственно 9 мес. беременности. При ощупывании в брюшной полости определяется неподвижная, плотноватой консистенции опухоль, исходящая из полости малого таза. Над опухолью везде тупой звук. Под общим хлороформным наркозом была произведена (проф. В. С. Груздев) coeliotomia, причем обнаружена плотная опухоль, занимавшая всю брюшную полость, исходящая из правой широкой связки; правая труба немного вытянута в длину, яичник несколько атрофирован. Левые придатки без особых изменений. Опухоль так интимно была спаяна с правым ребром матки, что вместе с опухолью была резецирована часть маточной ткани. Послеоперационный период—лихорадочный. Больная из клиники выписана на 33-й день после операции.

Микроскопический диагноз: Fibromyoma lig. lati dextr. cum degeneratione sarcomatosa (peritheliomatosa?).

2. Больная М. Н. (ист. б. № 173, 1903), 50 л., крестьянка, русская. Первые крови на 14-м году, через 4 нед., по 3—5 дней, без болей. Теперь после 10-летней паузы, менструирует через 4—5 нед., по 5—7 дней. Замужем с 20 лет. Беременностей не было. Считает себя больной 2 года 10 месяцев. Сначала пациентка испытывала боли в животе, а 7 месяцев тому назад появилась опухоль внизу живота. Одновременно с обнаружением опухоли боли усилились, появилась общая слабость и исхудание.

12/I под хлороформным наркозом лапаротомия (проф. В. С. Груздев). Удалена большая опухоль, исходившая из lig. latum sin., и произведена надвлагалищная ампутация тела матки. Тотчас после операции у больной наступил упадок сердечной деятельности, вскоре закончившийся, несмотря на применение возбуждающих средств, смертью. Опухоль весом 7 фунтов; ширина и длина ее — по 15 см, толщина—8 см. Поверхность опухоли бугристая. При разрезе в центре ее некротизированные участки, по периферии—плотные узелки. Строение опухоли ячеистое. Межуточная ткань отечна. В стенке матки имеются узелки величиной с горошину. Под микроскопом узелки из толщи опухоли оказались саркоматозными.

Диагноз: Fibrosarcoma lig. lati sin.

3. Б-ная М. П. (ист. б. 1097/15, 1906), 35 л., крестьянка, русская, поступила в клинику 13/IX. Menses на 16-м году, через 10 дней, по 8 дней. С 29/VI крови отсутствуют. Замуж вышла на 19-м году. Беременна была 7 раз; срочных родов 6, выкидыш один на 3-м месяце беременности. Первые роды на 20-м году жизни, последние на 33-м. Считает себя больной 9 месяцев. Болезнь, по словам больной, началась лихорадкой и болью в левом паху.

Объективно: живот равномерно увеличен; при пальпации обнаружена опухоль, исходящая из малого таза и поднимающаяся в брюшную полость до пупка; слева опухоль спускается по ходу пахового канала; консистенция ее эластическая.

30/IX. Лапаротомия. Опухоль исходила из клетчатки левой широкой связки, выполняла малый и отчасти и большой таз и сплошь была спаяна с кишками и брюшной стенкой. При отделении сращений капсула опухоли прорвалась, и вылилась ихорозная, хлопьевидная масса, в глубине определялся ход в кишку. Вычерпав распад опухоли и убедившись в невозможности вылущить целиком опухоль, оператор выполнил полость ее тампоном по Микуличу. Микроскопическое исследование распада опухоли обнаружило саркоматозную ткань.

Умерла пациентка в день операции, в 7 час. вечера. Диагноз: Sarcoma lig. lati sin.

4. Б-ная Ш. О. (ист. б. № 136, 1911), 55 л., крестьянка. Menses 10 лет отсутствовали, а последние 3 месяца опять появились. Замуж вышла на 24-м году, бесплодна. Считает себя больной 1 год, жалуется на одышку, тяжесть и увеличение живота; 3 месяца страдает маточным кровотечением.

Объективно: Слева от лобка в области левого паха заметно небольшое выпячивание брюшной стенки, в остальных частях контуры живота правильные. При пальпации—в левой подвздошной области определяется бугристая, мало смещаемая опухоль, при перкуссии дающая заглушенный тимпанит. 7/II Extirpatio uteri cum adnexis sin. per laparotomiam. Удалена опухоль, в 3 кулака величиной, располагавшаяся интралигаментарно, мягкая, овоидной формы. В матке имелось несколько интерстициальных миоматозных узлов; в слизистой оболочке правого угла матки—разрастания величиной в лесной орех; левая труба превращена в sactosalpinx.

Микроскопический диагноз: fibrosarcoma lig. lati sin. et polypus mucos. cavi uteri. С 4-го дня после операции пневмония, свищ левого мочеточника. Смерть на 67-й день после операции.

5. Б-ная С. К. (ист. б. 3575/148, 1919 г.), 56 л. Menses на 16 году, через 4 нед. по 4 дня без болей, теперь слабее прежнего. Замужем с 21 г. Беременна была 2 раза; срочных родов 1, выкидыш—1. После выкидыша лихорадка. Считает себя больной 1 год.

Объективно: живот неравномерно увеличен; при пальпации его определяется тугоэластическая опухоль, исходящая из малого таза; при перкуссии тупость над опухолью. Справа тумор, величиной с большой арбуз, поднимается вверх на поперечный палец выше пупка, кнаружи достигает боковой стенки таза и книзу переходит в полость малого таза. У левой боковой стенки таза опреде-

ляется тело матки с отдельными плотными узлами, величиной с кулак. Тумор мало подвижен, поверхность его гладкая.

29/VII под хлороформным наркозом произведена лапаротомия с продольным разрезом (проф. В. С. Груздев). Опухоль расположена интралигаментарно, тесно связана с маткой (с надвлагалищной частью шейки) и мочевым пузырем. При вылущении опухоли оборвана art. uterina, давшая сильное кровотечение, и разорван мочевой пузырь, целость которого была восстановлена кетгутом. Матка ампутирована вместе с опухолью; ложе опухоли было закрыто погруженными швами с последующей перитонизацией. После операции—постоянный катетер. Сильное малокровие, температура лихорадочная. С 8-го дня примесь крови в моче и резкие явления цистита. На 15-й день сильное кровотечение в пузырь и вечером наступила смерть при явлениях острого малокровия.

Макроскопическое описание препарата. Стенка матки пронизана отдельными мелкими миоматозными узлами. Яичники и трубы нормальны. Правая круглая связка растянута в длину, но не изменена. В опухоли, располагавшейся межсвязочно, имеются отдельные круглые узлы, вкрапленные в общую основу; на разрезе новообразование плотное, кистовидных полостей нет. Новообразование в массе исходит из клетчатки широкой связки правой стороны. Микроскопический диагноз: fibrosarcoma lig. lati dextr., fibromyoma uteri interstitiale.

Как видно из приведенных историй болезней и микроскопических исследований наших случаев, исходным пунктом развития опухоли в двух случаях №№ 1 и 5 являлась матка; остальные 3 случая, по всей вероятности, должны быть отнесены к первичным саркомам, развившимся из ткани широких связок.

Этиология сарком женской половой сферы вообще и сарком широких связок в частности до сих пор в точности неизвестна. В противоположность ракам матки, часто встречающимся у пожилых многорожавших женщин, саркомы сравнительно нередко встречаются у молодых женщин. По наблюдениям проф. В. С. Груздева, кривая заболеваемости саркомами яичников по возрастам дает одинаково высокие точки: одна соответствует 21—30 годам, другая—возрасту 41—50. В наших случаях саркомы широких связок встретились в большинстве в пожилом возрасте, а именно: в возрасте от 30 до 40 л.—1 сл., от 41 до 50 л.—2 сл., от 51 до 60 л.—2 сл.

Что касается родовой деятельности наших пациенток, страдавших саркомами широких связок, то наш материал представляет следующую картину: 2 женщины не рожали, одна имела 1 роды и две—свыше 5 родов.

Из 5 случаев сарком широких связок, наблюдавшихся в нашей клинике, в двух случаях после 10-летней паузы, в связи с заболеванием женской половой сферы, возобновилась менструация.

Диагностика сарком, локализирующихся в широких связках, очень затруднительна. Симптомы этих новообразований не представляют ничего специфического и встречаются при других опухолях, развивающихся в полости малого таза. Что касается течения заболевания, то саркомы широких связок, подобно другим злокачественным образованиям, обладая способностью к быстрому росту, по истечении уже нескольких месяцев после своего возникновения приводят к смертельному исходу. Опухоль, постепенно разрастаясь в параметральной клетчатке, обычно приподнимает половые органы из полости малого таза вверх; одновременно сдавливает соседние органы: мочевой пузырь и прямую кишку, причем функция последних часто нарушается, и развивается застой мочи в пузыре и кала в прямой кишке. Моча, разлагаясь в пузыре, может дать цистит, прогресси-

рующий до омертвения слизистой оболочки пузыря и восходящего пиело-нефрита.

Терапия сарком вообще и сарком lig. lati в частности зависит в значительной степени от времени установления точного диагноза. В начале заболевания возможно радикальное удаление опухоли с благоприятным исходом; в запущенных случаях часто приходится ограничиваться частичной экстирпацией опухоли или совсем отказаться от операции. В подавляющем большинстве случаев экстирпация саркомы широких связок производится per laparotomiam, но не исключена возможность удаления per vaginam сарком, располагающихся глубоко в малом тазу. Этот последний способ лечения новообразований широких связок в силу интимной близости опухоли к жизненно важным органам (мочевой пузырь, прямая кишка, большие сосуды) не лишен опасности. Так, в одном из наших случаев (№ 5) имело место повреждение мочевого пузыря и обрыв art. uterinae со смертельным исходом, в другом (№ 3)—повреждение кишки тоже с летальным исходом.

Процент первичной смертности после удаления саркоматозных образований широких связок довольно велик. Так, по Срамеку этот процент колеблется в пределах от 30,5 до 37,2. Из 5 случаев сарком широких связок, наблюдавшихся в нашей клинике, во всех было применено оперативное лечение, причем 4 больных погибли в первые же дни после операции.

Вторым мощным способом лечения сарком широких связок считается лучистая терапия в виде рентгена и радиотерапии. Однако, мнения различных авторов в отношении результатов этого лечения расходятся. По данным Срамека, Ветерер, при остеосаркомах особого успеха от лечения лучистой энергией не видел, в то время, как Христиф, Мюллер, Зейтц и Винтц при этих же формах сарком, наоборот, получили хорошие результаты. О лечении лучистой энергией ангио-и меленосарком Ветерер отзывается положительно, Юнглинг—отрицательно. Срамек получил очень благоприятный эффект при комбинированном лечении саркомы широкой связки рентгеном и радием.

Прогноз для больных саркомами широких связок почти безнадежный, если заболевание запущено.

Выводы. На основании литературных данных и собственных случаев, мы осмеливаемся высказать следующие положения:

1. Саркомы широких связок клинически редко диагносцируются.

2. Первичные саркомы широких связок встречаются чрезвычайно редко.

3. Оперативный способ лечения сарком широких связок дает большой процент осложнений и первичной смертности.

Поступил в ред. 19/V 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. И. Ф. Козлов) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Электро-иод-ионотерапия при маточных кровотечениях и влияние ионов иода на яичники.

(Предварительное сообщение).

С. З. Мухамедова.

Возможность введения лекарственного вещества в организм человека при помощи электрического тока была доказана вполне убедительными опытами Хиторфа, Шацкого, Аникина, Ледюка, Лабатю, Вейса, обширными работами проф. Щербака и его сотрудниками (Георгиевская, Певзнер, Сургучев, Брук и др.) На высокую ценность применения этого метода в гинекологической практике указывает большой экспериментальный и клинический материал, сообщаемый как в иностранной, так и в отечественной литературе.

Пользуясь теоретическими обоснованиями и экспериментальными данными многих авторов о достоинствах электро-ионотерапии в медицинской практике вообще и в гинекологической—в частности, мы применили электро-иод-ионотерапию с целью лечения маточных кровотечений и с целью экспериментального изучения действия иод-ионов на яичники кроличих.

Что касается преимуществ введения иода в организм при посредстве гальванического тока, доказанных экспериментальными работами ряда авторов (Щербак, Георгиевская, Сургучев, Певзнер, Вейс и др.), то они сводятся к следующему: ионы иода, введенные в организм при помощи электрического тока, лучше в нем удерживаясь, долго оставаясь в соприкосновении с тканевыми элементами и медленно выделяясь, могут дольше оказывать свое влияние. Доказательством того, что ионы иода при этом способе введения дольше удерживаются и медленно выделяются, служит опыт Дембской, которая, производя определение иода в моче путем титрования серноватистокислым натрием после однократного введения иода в организм при помощи гальванического тока, находила следы иода в моче в течение 38 часов, в то время, как при всех других способах введения иода, последний исчезал в моче значительно скорее.

Мэсси полагает, что при ионтофорезе происходит гораздо более тесное проникновение вводимых ионов в ткани организма,—именно, внутриклеточное, при подкожной же инъекции только межклеточное. Кутузов говорит, что введенные при помощи электро-ионотерапии ионы не нарушают ионного равновесия тканей, так как они занимают место ионов, извлеченных из прилежащих тканей гальваническим током, чего мы не имеем при других способах введения. Кроме того, „в ионофорезе мы имеем единственный метод", говорит Бродерзон, „при помощи которого можно вводить в организм лишь нужные нам ионы способного к диссоциации лекарственного веще-

ства, большую или меньшую возможность непосредственного воздействия на очаг поражения и действия лекарственного вещества in statu nascendi и, наконец, одновременное воздействие гальванического тока на пораженный очаг".

Что касается самого гальванического тока, то он рассматривается (проф. Завадовский, Георгиевская и др.) не только как агент, способствующий введению лекарственного вещества, но и как фактор, влияющий на изменение ионного обмена в тканях.

Имея в виду литературные указания на благоприятное влияние ионтофореза с KJ на ряд гинекологических заболеваний, мы применяли его у 140 больных, страдающих маточными кровотечениями.

Показаниями для применения иод-ионотерапии являлись, главным образом, воспалительные заболевания органов малого таза, сопровождающиеся расстройством функциональной деятельности яичников и на этой почве—расстройством менструаций. Мы имели больных с воспалительными процессами, осложненными неправильным положением матки 30, с эксудативными воспалительными процессами—6, подострыми воспалительными процессами матки, придатков и окружающей клетчатки, в некоторых случаях и тазовой брюшины—10, с хроническими воспалениями матки, придатков, клетчатки и тазовой брюшины—68, из них в 9 случаях—гоноройных, с рубцово-спаечными процессами—17, кроме того с миоматозом матки 3 и, наконец, с Metropathia haemorragica—6 больных.

Кроме кровотечений, наши больные жаловались на боли, бели и очень небольшое количество из них—на бесплодие (10 чел.), но основной жалобой наших больных была жалоба на кровотечения.

Расстройства менструации в связи с заболеваниями выражались в следующих уклонениях:

	Число случаев	В $^0/_{0}{}^0/_0$
Hypermenorrhoea	40	28,57
Polymenorrhoea	42	30
Hyper-polymenorrhoea	38	27,14
Metrorrhagia слабо выр. . . .	17	12,14
„ сильно выраж. .	3	2,14

Касаясь родовой деятельности у наших пациенток можно отметить, что из 140 больных имели беременность 118 и не имели беременности 22. Первичное бесплодие мы встретили в 22 случаях, а вторичное—в 32, причем из этих больных жаловались на бесплодие,—и этим выражали желание иметь детей,—только 10 человек.

Для лечения больных мы применяли наружный и влагалищный метод иод-ионотерапии, причем наружный метод был применен в 9 случаях, влагалищный—в 131 сл.

При наружном применении больная укладывалась на деревянную кушетку, на низ живота накладывался пластинчатой формы станиолевый электрод (соединенный с катодом), размером 10 × 12 или 10 × 15 см, с гидрофильной подкладкой в 12—16 слоев, смоченной в 1% растворе иодистого калия, на крестец—такой же электрод, но с гидрофильной подкладкой в 12—16 слоев, смоченной в теплой воде, соединенный с анодом. При влагалищном методе больная так же укладывалась на кушетку, во влагалище вводилась стеклянная трубка, через

наружный конец которой плотно вставлен угольный электрод. От наружного конца этой трубки отходят два тонких стеклянных ответвления. Одно ответвление, снабженное надетой на него резиновой трубкой, служит для введения 1% раствора иодистого калия в количестве 50—100 куб. см, другое—для контроля наполнения раствором; в случае наполнения, раствор выливается через это второе ответвление. Другой пластинчатой формы станиолевый электрод (12×10 или 15×10 см) с гидрофильной подкладкой, толщиной в 1 см, смоченной в теплой воде, накладывался на низ живота или на крестец, в зависимости от локализации очага заболевания. Влагалищный электрод соединялся с катодом, наружный пластинчатый—с анодом. Сеансы продолжались от 20 до 30 минут, сила тока 20—30 МА. Сеансы давались ежедневно, за исключением общих выходных дней, количество сеансов колебалось от 10 до 40 в зависимости от характера заболевания.

Все больные лечились амбулаторно, причем переносили процедуру хорошо—131, удовлетворительно—8, и не могла переносить 1 больная. В этом последнем случае наступила общая реакция, сопровождавшаяся резким повышением температуры и обострением местного процесса. Лечение было отменено.

Реакцию, сопровождающуюся небольшой субфебрильной температурой с явлениями небольшого обострения местного процесса, мы наблюдали в 9 случаях. В таких случаях мы прекращали лечение на срок от 3 до 7 дней, рекомендуя больным физический и половой покой. По истечении этого срока больным, у которых не наблюдались явления повторных обострений, лечение продолжалось.

Переходя к изложению результатов лечения у наших больных, прежде всего укажем, что из 30 больных, страдавших маточными кровотечениями на почве неправильных положений матки, осложненных воспалительными изменениями со стороны органов малого таза, мы у 25 наблюдали восстановление нормальной менструальной функции и значительное рассасывание продуктов воспаления; матка в таких случаях уменьшалась, подвижность увеличивалась, увеличенные придатки также уменьшались. Заметных улучшений не наблюдалось у 5 больных.

Из 6 больных, страдавших маточными кровотечениями и имевших эксудативные процессы, у 5 наступила остановка кровотечений и эксудат рассосался; улучшение наблюдалось у 1 больной.

Из 10 случаев маточных кровотечений, осложненных подострыми воспалительными процессами тазовых органов и с РОЭ 30—45 минут по Линценмейеру (в 4 сл. была установлена бактериоскопически гонорея), полное клиническое выздоровление мы наблюдали в 8 сл.; восстановилась функциональная деятельность яичников, исчезли боли, уменьшились до нормы увеличенные воспалительным процессом органы малого таза; в тех случаях, где гонококки были обнаружены до лечения, после лечения уже не были найдены в мазках влагалищного секрета. В двух случаях,—в 1 случае гонорройного происхождения и в другом неизвестной этиологии,—мы эффекта не получили.

Из 68 случаев хронического воспаления матки и придатков как с вовлечением окружающей клетчатки, тазовой брюшины, так и без вовлечения окружающей клетчатки и брюшины, без ретродевиации матки, клиническое излечение наблюдалось в 30, улучшение в 38 случаях.

Среди этих 68 больных 9 имели хронический гоноройный процесс; улучшение получилось в 7, эффекта не было в двух случаях.

Из 17 случаев рубцово-спаечных процессов улучшение наблюдалось в 13, заметного эффекта не отмечено у 4.

При воспалительных процессах более свежих (подострых), а также и хронических, но недавнего происхождения эксудаты рассасывались скорее, чем при воспалительных процессах давнего происхождения: спаечные и спаечно-рубцовые изменения особенно трудно поддавались рассасыванию.

Из 3 случаев миоматоза матки наступило улучшение (крови стали нормальными, матка уменьшилась) в 1 сл., ухудшение—в 1 сл., эффекта не было в 1 случае. Последние две пациентки подвергались операции—надвлагалищной ампутации матки, причем в первом случае при разрезе тела ампутированной матки был обнаружен субмукозный миоматозный узел, исходящий из дна матки; во втором случае вся мышечная стенка матки была пронизана узлами миомы.

Из 6 случаев Metropathia haemorrhagica кровотечение прекратилось в трех, эффекта не было в 1 и кровотечение усилилось в 2 случаях. Двум из этих больных была произведена операция. У одной из них, у которой предварительно взятый соскоб слизистой оболочки матки показал картину круглоклеточковой саркомы, была произведена операция extirpatio uteri per laparotomiam, у второй больной при разрезе ампутированной матки был обнаружен небольшой мукозный полип, сидящий на широком основании в углу матки.

Из 22 наших больных с первичным бесплодием беременность после лечения наступила у 3. Из 32 больных с вторичным бесплодием беременность наступила после лечения у 6.

Из 40 больных, страдавших Hypermenorrhoe'ей менструации стали нормальными у 36 и остались без изменения у 4; из 42, страдавших polymenorrhoe'ей, менструации стали нормальными у 35 и из 38, страдавших Hyper-polymenorrhoe'ей, менструации стали нормальными у 18, меньше по количеству и короче по продолжительности у 17 и остались без изменения—у 2 больных.

Из 17 больных, страдавших слабо выраженной метроррагией, остановилось кровотечение у 15, ухудшение наблюдалось у одной, эффекта не было у одной. Из трех больных, страдавших метроррагией в резко выраженной форме, остановилось кровотечение у 2, наступило резкое ухудшение у 1.

Кровотечения обычно у этой группы больных останавливались после 6—7, иногда 10 и больше сеансов.

В одном случае при наличии фиброзного туберкулезного процесса в легких, который в анамнезе не был указан, после 10 сеансов иод-ионо-терапии получилось обострение процесса в легких. Больная была переведена на электро-ионотерапию с раствором хлористого кальция.

Таким образом, на клиническом и амбулаторном материале мы получили достаточно хорошие результаты как в отношении прекращения кровотечений, так и в отношении восстановления правильной менструальной функции у женщин, страдающих маточными кровотечениями на почве воспалений матки и придатков или без наличия

воспалительных изменений в них, а также на почве фибромиом.

Чем этот эффект объяснить? Чтобы ответить на этот вопрос, нужно дать ответ на вопрос, чем обусловливаются маточные кровотечения при вышеуказанных заболеваниях.

По схеме Гальбана маточные кровотечения делятся на 6 групп. Не останавливаясь на изложении всей схемы, мы приводим здесь ту группу, которая, как нам кажется, наиболее подходит для разрешения поставленного вопроса.

Огромная роль в происхождении маточных кровотечений, особенно кровотечений типа меноррагии, в схеме Гальбана отводится пятой группе. Эти кровотечения Гальбан называет оваригенными и подразделяет эту группу на 3 подгруппы, причем к первой относит первичные расстройства функциональной деятельности яичников эндокринного характера и объясняет это следующим образом. В яичнике в определенные моменты созревают фолликулы, но эти фолликулы не овулируют, остаются в своем зрелом состоянии, иногда гипертрофируются, образуя так называемые персистирующие фолликулы; желтое тело не образуется. Вследствие долгого существования такого фолликула вырабатывается анормально большое количество гормона-фолликулина; длительное пролиферирующее действие последнего на эндометрий вызывает патологические изменения; в связи с этим развиваются маточные кровотечения преимущественно в форме меноррагий. Такое патологическое состояние матки, зависящее от патологического состояния яичников, получило название Metropathia haemorrhagica.

Ко II подгруппе относятся маточные кровотечения, зависящие от вторичных расстройств гормональной деятельности яичников в связи с расстройством функции других органов внутренней секреции.

К III подгруппе причин маточных кровотечений относятся функциональные расстройства яичников в связи с воспалительным процессом и опухолями в них. Воспаления яичников с одной стороны ведут к их гиперемии и на этой почве к повышению их гормонального действия на маточную слизистую, с другой—они могут непосредственно вызывать активную гиперемию эндометрия, результатом чего могут возникнуть маточные кровотечения типа Metropathia haemorrhagica.

Таким же образом могут вести к маточным кровотечениям воспаления других органов, расположенных по соседству с половой сферой.

Из 140 больных 131 имели те или иные воспалительные изменения в органах малого таза; причину маточных кровотечений у этих больных, следовательно, надо искать в изменении гормональной деятельности яичников. Из 6 больных, направленных с диагнозом Metropathia haemorrhagica, у одной оказалась саркома, у другой полип слизистой оболочки матки, а у остальных была диагносцирована Metropathia haemorrhagica; следовательно и здесь у 4 больных имело место расстройство гормональной функции яичников. Наконец, у 3 больных, страдавших кровотечениями на почве миом матки, расстройство регул мы объяснили той же причиной. Как известно, кровотечения при миомах матки многие (Груздев, Козлов, Гамба-

ров и др.) объясняют, главным образом, расстройством гормональной функции яичников.

Нам казалось, что эффект иод-ионотерапии, кроме рассасывающего действия ее на воспалительные процессы, при маточных кровотечениях овариогенного происхождения, зависит от воздействия ионов иода на гормональную деятельность яичников, либо в направлении продукции лютеина, либо в направлении уменьшения количества фолликулина, либо, наконец, в обоих направлениях одновременно. Ответа на этот вопрос в доступной нам литературе по применению иод-ионотерапии мы не нашли, а также мы не встретили работ, поставленных с целью экспериментального изучения морфологических изменений, наступающих в яичниках под влиянием иод-ионотерапии.

Правда о вышеуказанном механизме воздействия иод-ионотерапии косвенно говорили экспериментальные работы Граммматикати, Брауде, Шварцмана и др., которыми были поставлены опыты с целью изучения морфологических изменений, наступающих в яичниках женщины и животных (кроликах) под влиянием иода, примененного непосредственно, локально, путем внутриматочных впрыскиваний или путем введения иода под кожу или per os.

Задавшись целью осветить этот вопрос, мы поставили опыты над кроликами-самками, причем в одной части опытов кролики подвергались систематической иод-ионизации, и после дачи определенного количества сеансов у них удалялись яичники. Таких опытов было 6. Контролем для этой группы опытов являлись яичники кроликов, не подвергавшихся иод-ионизации. Таких кроликов было 5.

В другой части опытов мы, прежде чем подвергнуть кроликов иод-ионизации, удаляли у них per laparotomiam один яичник, служивший контролем. Таких опытов было 16. В этой группе опытов удаление второго яичника у некоторой части опытных животных производилось не сразу после окончания сеансов иод-ионизации, а спустя известный срок—до 3 недель. Это делалось для того, чтобы установить, насколько получаемые в яичнике изменения были стойки. Далее мы поставили себе вопрос, не обуславливается ли действие иод-ионотерапии не ионами иода, а самой гальванизацией. Эту проверку мы проводили на 2 кроликах.

И наконец, поставили себе вопрос, не обуславливаются ли изменения в яичниках кроликов действием операционной травмы. В таких случаях мы брали у кролика путем лапаротомии один яичник, зашивали лапаротомную рану и по прошествии некоторого времени, делая этому же животному повторную лапаротомию, брали для исследования второй яичник. Взятый при первой лапаротомии яичник служил нам контролем. Таких опытов было поставлено 2.

Таким образом, нами был проведен 31 опыт. Из 31 кроликов 11 подверглись операции по 1 разу. 20 кроликов по 2 раза. Следовательно всего была проделана 51 laparotomia и удален 51 яичник для гистологического изучения.

Для опытов брались кролики половозрелые как рожавшие, так и нерожавшие, весом от 1750 до 3500 г. Обращалось внимание на одинаковое их содержание как до опыта, так и после.

В той серии опытов, где мы производили иод-ионо-терапию без предварительной лапаротомии, мы удаляли яичники обычно тотчас же после дачи соответствующего количества сеансов иод-ионизации.

В другой серии опытов, в которой мы перед иод-ионизацией делали предварительное удаление одного яичника, иод-ионизации мы применяли спустя 2—3 недели после операции, когда кролики совершенно оправлялись после операционной травмы.

Иод-ионизация проводилась с 1% раствором KJ, продолжительностью каждого сеанса от 20 до 30 минут, силой тока по 0,2 и 0,3 МА на квадратный сантиметр площади электрода. Количество сеансов 20—30.

Техника иод-ионизации проводилась следующим образом. Станиолевые, пластинчатой формы, площадью 12—16 кв. см, электроды прикладывались к боковой поверхности туловища кролика. Эти места предварительно освобождались от шерсти путем стрижки ножницами или брились бритвой. Под электрод, соединенный с катодом, подкладывалась толщиной в $^1/_2$—$^2/_3$ см (12 слоев) гидрофильная ткань—фланель, смоченная в 1% теплом растворе KJ, а под электрод, соединенный с анодом, подкладывалась такой же толщины гидрофильная ткань, смоченная в теплой воде. Затем электроды на указанных местах фиксировались при помощи бинта из резиновой ленты шириной в 8 см.

По этой же методике производилась и гальванизация, с той лишь разницей, что при гальванизации под оба электрода подкладывалась гидрофильная ткань, смоченная только в воде. Таким образом 24 кролика получили 605 сеансов.

Удаленные яичники фиксировались в спиртах возрастающей крепости или в ценкерформоле, а иногда в формалине, после чего заливались в парафин, резались сериями срезов на микротоме по 6—7 микронов толщиной. С целью окраски на жир препараты фиксировались только в формалине, резались на серии срезов на замораживающем микротоме. Обычно для окраски срезов служили гематоксилин-эозин, иногда срезы красились по Ван-Гизону, а на жиры—суданом III.

Полученные таким образом препараты подвергались микроскопическому изучению.

В первой серии опытов была поставлена задача изучить состояние яичников у кроликов, как не рожавших, так и рожавших, без применения к ним иод-ионизации и гальванизации. С этой целью per laparotomiam удалялись яичники. При микроскопическом изучении этих яичников мы нашли: фолликулярный аппарат хорошо выражен, имеются фолликулы различных стадий созревания от примордиальных до готовых к лопанию. Клетки гранулезной оболочки хорошо выражены. Среди этих клеток в некоторых из фолликулов имеются в небольшом количестве капельки-вакуоли, окрашенные эозином в розовый цвет; яйцеклетки в зреющих и близких к зрелости фолликулах хорошо сохранены, хотя в отдельных фолликулах яйцеклетки отсутствуют. Theca folliculi обычно представляла слой концентрически расположенных клеток. На ряду с созревающими были находимы и атрезирующиеся фолликулы. В яичнике мы находили также желтые тела как в стадии прогрессивной, так и в стадии обратного развития.

Гистологическое же изучение яичников, как у рожавших, так и не рожавших, подвергавшихся иод-ионизации в количестве 20—30 сеансов, дало следующую картину: под влиянием иод-ионизации происходил деструктивный процесс, выражавшийся в гибели яйцеклетки и фолликулярного эпителия; клетки последнего принимают неправиль-

ную форму, грубо изменяются, разрыхляются, в клетках и между клетками membranae granulosae скапливается слизисто-коллоидоподобное вещество, окрашивающееся эозином в розовый цвет, а также усиливается процесс атрезии среднего калибра фолликулов. Под влиянием иод-ионизации по границе thecae folliculi обычно среднего калибра фолликулов, а также свободно в строме, иногда на значительном расстоянии от фолликулов, обнаруживаются скопления крупных с светло-окрашенной широкой протоплазмой лютеино-подобных клеток (протоплазма этих клеток представляется сильно вакуолизированной, благодаря чему клетки эти на препарате кажутся светлыми). Степень указанных изменений в яичнике зависит от дозы иод-ионизации; так, указанные изменения были больше выражены в яичниках животных, получивших 30, чем в яичниках от животных, получивших только 20 сеансов. Как правило, под влиянием иод-ионизации яичники уменьшались, порой—весьма значительно, как в величине, так и в весе.

При гистологическом исследовании яичников от животных, над которыми были поставлены опыты с целью изучения стойкости изменений в яичниках, мы находили только остатки описанных изменений, в виде значительного количества атрезированных фолликулов. Изменений в клетках membranae granulosae, а также скоплений лютеино-подобных клеток как по границе theca folliculi, так и в строме яичника мы не обнаружили.

В препаратах яичников, срезы которых подвергались специальной окраске на жир, последнего не оказалось ни в клетках эпителия обоих яичников вообще, ни в измененной membrana granulosa в частности.

В яичниках опытных животных, подвергавшихся только одной гальванизации, мы не обнаружили при гистологическом исследовании деструктивных изменений как в фолликулярном аппарате, так и в строме; уменьшения яичников как в величине, так и в весе под влиянием одной гальванизации мы также не наблюдали. Наоборот, в яичниках после гальванизации мы отмечали увеличение количества зреющих фолликулов; это нас заставляет думать, не является ли одна гальванизация без введения ионов иода фактором, стимулирующим рост фолликулярного аппарата.

Наконец, гистологическое изучение яичников от животных, над которыми были поставлены опыты для выяснения возможности влияния самой операционной травмы на морфологические изменения в яичниках показало, что операционная травма—удаление одного яичника—ни в какой мере не оказывает влияния на морфологическое состояние оставшегося яичника, не подвергавшегося иод-ионизации.

На основании данных, полученных нами как в клинической части нашей работы, так и в эксперименте, мы позволяем себе сделать следующие выводы.

1. При хронических воспалительных процессах органов малого таза септической или гоноройной этиологии, сопровождающихся маточными кровотечениями, применение иод-ионотерапии дает хорошие результаты как в смысле рассасывания самого воспалительного процесса, так и в смысле остановки кровотечения.

2. Применение иод-ионотерапии при подострой форме воспалительных процессов, не исключая и подострых гонорройных, сопровождающихся маточными кровотечениями, также дает в большинстве случаев благоприятные результаты, как и при хронических процессах.

3. При геморагических метропатиях иод-ионотерапия дает хороший кровоостанавливающий эффект. Однако в таких случаях прежде, чем лечить больных физическими и другими методами, необходимо произвести пробное выскабливание с обязательным гистологическим исследованием соскоба дабы исключить возможность других заболеваний, анамнестически и объективно дающих картину геморагической метропатии.

4. При субмукозной фибромиоме иод-ионотерапия не дает эффекта, а потому при этом заболевании применение иод-ионотерапии считаем противопоказанным.

5. При других формах миом матки (интерстициальной и субсерозной), применение иод-ионотерапии считаем показанным и теоретически обоснованным.

6. Наличие tbc pulmonum, даже фиброзной формы, диктует сугубую осторожность при пользовании иод-ионотерапией.

7. Иод ионотерапия при нашей методике не вызывает бесплодия, наоборот—этот метод при бесплодии, зависящем от воспалительных изменений в органах малого таза, может способствовать созданию благоприятных условий для наступления беременности.

8. Под влиянием иод-ионизации у самок кроликов, как правило, наступает уменьшение яичника как в величие, так и в весе, иногда до половины контрольного яичника.

9. Ионы иода, введенные при помощи гальванического тока, вызывают гистологические изменения в яичниках кроликов, главным образом в фолликулярном аппарате их, в направлении резкого усиления атретических процессов.

10. Процесс атрезии фолликулов начинается с гибели яйца и клеток membranae granulosae, причем последние принимают неправильную форму, разрыхляются, в протоплазме их появляются вакуоли. На ряду с этим начинают разрастаться клетки thecae folliculi и проникать между клетками membranae granulosae; между клетками измененной membranae granulosae образуются в значительном количестве скопления слизисто-коллоидоподобного вещества, окрашивающегося эозином в розовый цвет.

11. Конечной стадией процесса атрезии являются исчезновение клеток membranae granulosae с заменой их соединительной тканью с последующей гиалинизацией, а в отдельных случаях, повидимому, с последующим образованием лютеино-подобных клеток.

12. В строме яичника имеет место усиление процесса образования больших с светлоокрашенной протоплазмой лютеино-подобных клеток, что, повидимому, надо трактовать, как результат усиленного процесса лютеинизации.

13. Изменения в яичниках кроликов, наступающие при 20—30 сеансах иод-ионизации, преходящи. Восстановление нормальной мор-

фологической картины наступает уже через 3—4 недели после иод-ионизации.

14. Одна гальванизация не вызывает уменьшения яичника и тех изменений, какие мы встретили в яичниках кроличих под влиянием иод-ионизации, наоборот, гальванизация как бы стимулирует рост и развитие фолликулярного аппарата.

15. Сама операция—удаление одного яичника—не вызывает каких-либо морфологических изменений в оставленном яичнике.

16. Сопоставляя полученные результаты в эксперименте с благоприятным кровеостанавливающим эффектом иод-ионизации в клинике, можно думать, что прекращение кровотечений у больных наступает в силу изменений гормональной функции яичника в направлении уменьшения продукции фолликулина, с одной стороны, и усиления продукции лютеина—с другой.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков) Казанского государственного медицинского института.

Организация и техника сбора пуповинно-плацентарной крови для переливания.

Аспирант И. Я. Дешевилло.

Переливание крови за последнее десятилетие нашло широкое применение почти во всех областях клинической медицины и дало в руки врача массовое и мощное средство в борьбе с острой анемией, шоком и целым рядом других заболеваний. Однако распространение трансфузии тормозится трудностью подбора донорских кадров, особенно в условиях района, и дороговизной донорской крови.

В развитие метода переливания крови медицинская мысль за последнее время устремилась к изысканию бесплатных резервов крови, которые хотя бы частично могли заменить донорскую. Так, уже в настоящее время в Советском Союзе некоторыми хирургическими клиниками используется трупная кровь. В 1932 г. на XXII Всесоюзном съезде хирургов Спасокукоцким рекомендовано использование т. н. „утильной крови“, выпускаемой с лечебной целью у уремиков, гипертоников, экламптичек и др. Клиникой проф. Малиновского (1-й МГМИ) впервые в нашем Союзе начато переливание пуповинно-плацентарной крови. Экспериментальные и клинические наблюдения показали полную пригодность этой крови для целей трансфузии. Фракционный метод переливания позволил расширить границы применения пуповинно-плацентарной крови и на область острых кровопотерь, где требуется переливание больших доз. Однако, несмотря на кажущиеся широкие возможности, переливание пуповинно-плацентарной крови до сего времени не вышло за пределы клинических учреждений.

Практическое осуществление сбора и переливания пуповинно-плацентарной крови зависит не только от широкой популяризации

этого метода, но и от простоты аппаратуры, предложенной для получения этой крови. Конструкция аппарата должна исходить из принципа: минимум времени и персонала, потребного для взятия крови, и максимальная гарантия получения стерильной крови. Ввиду чрезвычайной важности этого вопроса мы позволим себе, хотя бы вкратце, остановиться на анализе предложенных до сего времени методов получения пуповинно-плацентарной крови.

Самым простым методом пользовались Саджая в Тбилисской б-це Р.О.К.К. и Баренбойм и Каплан в Басманной б-це (Москва). В стерильную колбу с 4—5% цитратом опускался приведенный в асептическое состояние конец пуповины и кровь непосредственно поступала в сосуд.

Кажущаяся простота этого метода усложняется необходимостью производить посев крови из каждой порции (Саджая). Кроме того, колба с кровью на протяжении всей процедуры взятия и посева ее остается открытой, что способствует бактерийному загрязнению консервата.

Следующим, более совершенным, можно считать способ, которым пользовались Новикова и Фарберова. Перед стерилизацией колба с цитратом закрывается резиновой пробкой или пергаментной бумагой со вставленной в них проводящей системой (длинная стеклянная трубка с насаженной на нее резиновой трубкой) без иглы. Конец резиновой трубки завертывается в марлю и в таком виде аппарат стерилизуется. Перед взятием крови к концу резиновой трубки присоединяется кипяченая в физиологическом растворе игла, диаметром троакара. После предварительной обработки пуповины, игла вкалывается в пупочную вену, и кровь быстрой струей поступает в сосуд. По прекращении тока крови стеклянная трубка вынимается, банка покрывается стерильной повязкой, и полученная кровь хранится в комнатном леднике до употребления.

Преимущество описанного метода заключается в том, что посуда, в которую собирается кровь, остается все время закрытой, а достаточный калибр иглы обеспечивает быстрый ток крови, несмотря на ее повышенную вязкость и свертываемость. Недостатком этого способа является необходимость кипятить иглу в каждом отдельном случае, на что, при большой загрузке дежурного врача и акушерки, требуется специальный штат. Насадка иглы перед взятием крови также сопряжена с известным риском бактерийного загрязнения как самой иглы, так и консервата.

Канторович предложил метод, в основу которого положен принцип отсасывания пуповинно-плацентарной крови. Колба, наполненная нужным количеством жидкости И.П.К., закрывается резиновой пробкой, в которую вставлена короткая, изогнутая стеклянная трубка для присоединения Ричардсоновского баллона и длинная стеклянная трубка для соединения проводящей системы с иглой Дюффо. К горлышку колбы привязывается бутылка с 25—50 к. см. жидкости И. П. К. Все это завертывается в салфетку и стерилизуется. Перед взятием крови к короткой изогнутой трубке присоединяется Ричардсоновский баллон таким образом, чтобы он производил присасывающее действие, игла опускается в бутылку с жидкостью И.П.К., которая и насасывается для увлажнения проводящей системы, после чего набирается кровь. Воздух из колбы отсасывается баллоном, и таким образом в сосуде создается отрицательное давление. В дальнейшем резиновая пробка заменяется стерильной марлей. При этом способе автор получал 70—210 к. см.

Недостатком этого способа является дополнительная работа по увлажнению проводящей системы, необходимость лишних рук для отсасывания воздуха, тонкий калибр иглы, недостаточная замкнутость системы. Кроме того, трудно бывает предугадать конец тока крови, и в разряженную посуду быстро поступает воздух с образованием кровяной пены, которая после себя оставляет на поверхности плазмы тонкие сгустки крови.

По такому же принципу построен аппарат Белошапко, который является более замкнутой системой. Перед стерилизацией в колбу наливается нужное количество консервирующей жидкости, игла диаметром 2—3 мм вставляется в пробирку, на соединяющую резиновую трубку накладывается зажим Мора и на наружный конец короткой стеклянной трубки резиновый колпачок. В таком виде прибор вкладывается в индивидуальный стерильный мешок вместе со сте-

рильной пробиркой, содержащей несколько кубических сантиметров цитрата, и стерилизуется. Перед взятием крови к короткой стеклянной трубке присоединяется Ричардсоновский баллон для отсасывания воздуха и проводящая система увлажняется цитратом из пробки.

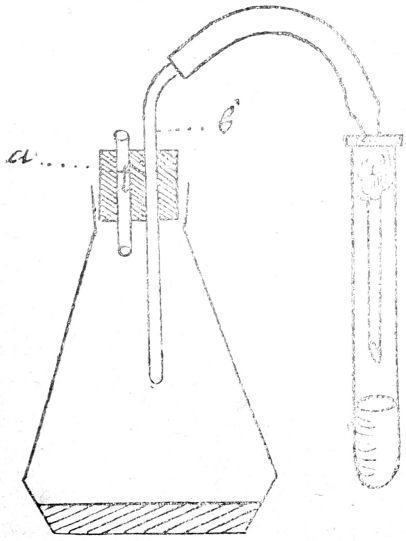
Недостатки те же, что и у аппарата Канторовича.

Такого же принципа, но более сложный аппарат предложили Заболоцкий и Песоченский. Отличается он от предыдущих тем, что перед стерилизацией на резиновые трубки, соединяющие банку с баллоном и иглой, накладываются зажимы Мора. Игла Дюффо помещается в марлевый мешок, длинная стеклянная трубка опускается в банку с нужным количеством цитрата с таким расчетом, чтобы конец ее уходил в полученную кровь. Перед взятием крови зажимы Мора снимаются. После взятия снова накладываются зажимы, аппарат разъединяется с иглой и баллоном и в таком виде остается в комнатном леднике сутки. Через сутки пробка со стеклянными и резиновыми трубками вынимается и заменяется новой стерильной. С конца стеклянной трубки, находившейся в крови, делается посев на стерильность. Недостатки этого метода те же, что и у последних двух, кроме того—сложность самого аппарата.

Наша акушерско-гинекологическая клиника с самого начала освоения метода переливания пуповинно-плацентарной крови перенесла в практику сбора ее опыт Ц.И.П.К. по консервированию донорской крови. Мытье посуды, резиновых трубок, обработка и хранение игл производится согласно правилам, изложенным в инструкции Ц.И.П.К., изданной в 1936 г.

Наш первый опыт показал, что игла Дюффо, даже при условии смазывания вазелином ее и приводящей системы, не обеспечивает быстрого тока пуповинной крови, т. к. последняя обладает повышенной свертываемостью (по Николаеву в 2—3 раза выше чем у взрослого), и в консервате получается частичное свертывание, а иногда прекращается ток крови в процессе самого взятия. Отсасывание крови по принципу, предложенному Канторовичем, не дало удовлетворительных результатов, а кроме того само отсасывание имеет недостатки, о которых указывалось выше.

Ввиду того, что ни один из предложенных способов получения пуповинно-плацентарной крови не удовлетворял нас полностью, мы поставили перед собой задачу сконструировать такой аппарат, который представлял бы собою замкнутую систему, обеспечил бы быстрое поступление крови в сосуд, и не требовал бы лишнего медперсонала.



Для этой цели мы заменили иглу Дюффо иглою с диаметром троакара и вместо смазывания вазелином проводящей системы перед взятием крови стали увлажнять ее цитратом. Таким образом зарядка прибора по нашему способу заключается в следующем. В стандартную посуду Ц.И.П.К., емкостью в 100—250 к. см, или в обычную колбу (рис.), наливается 10 к. см 6% цитрата, и сосуд

закрывается плотно резиновой пробкой. В пробку предварительно вставлены две стеклянные трубки, из которых одна прямая короткая (а) вкладывается с таким расчетом, чтобы наружный конец ее выходил на 0,5 см выше пробки. Просвет этой трубки рыхло тампонируется ватой, что предупреждает попадание воздушной инфекции в колбу и обеспечивает выход воздуха из сосуда при наполнении его кровью. Вторая трубка (в) длинная, изогнутая, стеклянная продвигается в сосуд до предполагаемого уровня крови. К наружному концу ее присоединяется резиновая трубка длиной 15 см, на противоположный конец которой насаживается игла с диаметром троакара (к сожалению, такие иглы могут изготовляться до сих пор только кустарным способом). Игла у места соединения с резиновой трубкой туго обвертывается ватой и с этой ватной пробкой вставляется в пробирку, наполненную на $^1/_4$ объема стерильным цитратом (пробирка предварительно обрабатывается так же, как и колба), как это изображено на рис.

Пробирка подвязывается к горлышку колбы, и в таком виде аппарат считается готовым для стерилизации. Заготовленная посуда завертывается в салфетки или складывается в барабан, стерилизуется и передается в родильную комнату.

После перевязки и перерезки пуповины дежурная акушерка высушивает пуповину ватным шариком, выбирает место для укола и обрабатывает его спиртом и иодом. Перед взятием крови игла продвигается в пробирку до соприкосновения с цитратом, и отжатием воздуха из резиновой трубки по направлению к сосуду набирается небольшое количество цитрата для увлажнения проводящей системы. После этого игла вводится в пупочную вену. Кровь самотеком быстрой струей поступает в сосуд; легкими круговыми движениями колбы ее смешивают с цитратом.

Увлажненная цитратом проводящая система и большой калибр иглы способствуют быстрому и полному опорожнению сосудов плаценты и пуповины, так что в некоторых случаях нам едва удавалось получить дополнительно нужное количество крови для R W. После прекращения тока крови игла выводится из вены, и конец иглы завертывается стерильной ватой. Остатки крови из конца пуповины собираются в стерильную пробирку для серологических исследований. Эта пробирка подвязывается к горлышку колбы и на последнюю наклеивается ярлык с указанием даты заготовления крови, номера истории родов, фамилии и имени роженицы, ее возраста, перенесенных заболеваний и с подписью лица, получившего кровь. В таком виде колба ставится в комнатный ледник для дальнейшей обработки. Вся процедура получения крови выполняется в 2—3 минуты, почти не отрывает акушерку от ее основной работы и не требует при этом от нее никаких предварительных и дополнительных манипуляций.

Количество крови, получаемой из каждой пуповины при нашем методе сбора, равняется 40—175 к. см, в среднем 86 к. см. При этом нужно заметить, что количество добываемой крови зависит не только от способа получения, но также от длины и толщины пуповины, наличия ложных узлов, а при прочих равных условиях—от времени перевязки пуповины. В своей практике мы производили

перевязку пуповины после появления глубокого дыхания или крика новорожденного.

Дальнейшая обработка крови производится врачом. После предварительной обработки рук (мытье и обработка спиртом) врач, не вынимая пробки, а наоборот, придерживая ее, осторожно выводит длинную стеклянную трубку и тут же накладывает на пробку стерильную ватно-марлевую повязку.

Оставшаяся в трубках кровь используется для первичного и тщательного определения гемогруппы крови по ее эритроцитам. После этого производится паспортизация крови, причем мы считаем обязательным вносить в журнал следующие данные: порядковый номер, дата получения крови, фамилия и имя роженицы, номер истории родов, количество крови, гемогруппа, результаты серологических исследований, судьба крови, фамилия взявшего кровь и примечание. Кроме того на колбу наклеивается новый ярлык с указанием номера крови (порядковый номер по журналу), даты заготовления, фамилия и имени роженицы, группы и количества крови. После получения результатов серологического исследования, при наличии двух ледников, кровь, пригодная для переливания, переносится в отдельный ледник и хранится при t°+4°—+6°; если же имеется только один ледник, то такая кровь должна стоять на отдельной полке с соответствующей надписью.

Кровь берется только у здоровых, нелихорадящих рожениц. Мы считаем абсолютно противопоказанным брать кровь у рожениц больных или имеющих в анамнезе туберкулез, сифилис, малярию, алкоголизм и некоторые наследственные заболевания. У рожениц с неясной малярией в анамнезе пуповинная кровь может быть использована, но не ранее 4—6-го дня консервации, т. к. работами Аккермана и Филатова установлено, что малярийные плазмодии (tertiana) в консервированной крови к этому времени погибают.

Перед переливанием приготовленные в нужном количестве порции одногрупной крови (срок хранения отдельных порций может быть различным) вновь проверяются на групповую принадлежность и индивидуальную совместимость. Для этой цели берется из каждой порции по несколько капель крови. Кроме того, для повторного определения гемогруппы перед переливанием можно брать дополнительно несколько кубических сантиметров крови в пробирку с остатками цитрата, в которой находилась игла при получении крови из пуповины. Определение гемогруппы производится на фарфоровой тарелке. При этом по краям последней кладутся капли трех стандартных сывороток, а в центре—сыворотка реципиента. Проверенные порции одногруппной крови фильтруются через пять слоев марли в одну общую специально заготовленную посуду и, в случае надобности переливания больших количеств крови, полученная смесь разбавляется равным объемом стерильного физиологического раствора. Стерильная посуда и воронка со вложенной в нее марлей для фильтрации крови должны быть всегда наготове.

Что касается организации сбора пуповинно-плацентарной крови у нас, то она осуществляется следующим образом. Мытье, подготовка и стерилизация посуды лежит на обязанности лаборатории,

сбор крови производится дежурной акушеркой, дальнейшая обработка крови, паспортизации, систематическое наблюдение и выбраковка негодной крови (свертывание, гемолиз, бактерийное загрязнение) лежит на обязанности специально выделенного врача.

В заключение необходимо сказать, что выработанный нами способ получения пуповинно-плацентарной крови является самым простым из всех предложенных. Он не требует специального штата медперсонала. Сбор крови может осуществляться дежурной акушеркой, так как это почти не отрывает ее от основной работы. Замкнутая система аппарата, допускающая контакт крови с внешним воздухом только через небольшое отверстие в пробке в течение нескольких секунд, максимально гарантирует возможность получить кровь стерильно. Посев 10 порций, подозрительных на бактерийное загрязнение, дал рост сарцин лишь в одном случае. Достаточный калибр иглы и увлажненная цитратом проводящая система способствуют быстрому и полному освобождению сосудов пуповины.

Выработанные нами метод и техника сбора пуповинно-плацентарной крови могут быть рекомендованы не только для клинических учреждений, но и для широкого пользования в условиях городских и районных роддомов и больниц.

Поступила в ред. 27.III. 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (зав. проф. И. Ф. Козлов) Казанского ГИДУВ.

Опыт переливания крови по материалам акушерско-гинекологической клиники Казанского ГИДУВ.

А. П. Чигарин.

Переливание крови, как лечебный метод, за последние годы завоевало себе прочное место в арсенале лечебных мероприятий у постели гинекологической больной, роженицы и родильницы. Оно применяется в акушерстве и гинекологии как субституирующее, стимулирующее, антитоксическое, гемостатическое и антишоковое средство лечения. Но несмотря на широкое применение переливания крови и большой опыт клиники, мы по некоторым теоретическим и практическим вопросам переливания крови находимся в стадии накопления фактического материала. Последний через известные сроки должен подвергаться анализу для соответствующих выводов. Задачей настоящей работы и является анализ опыта по переливанию крови в акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВ с 1934 по 1937 год включительно.

Всего за этот период времени переливание крови произведено

было 141 раз 118 больным: в 1934 году 4 раза 3 б-м, в 1935 году 27 раз 23 б-м, в 1936 году 47 раз 39 б-м и в 1937 году 63 раза 53 б-м.

Больные, которым была перелита кровь, распределяются по возрасту так: от 13 до 20 лет —7; от 21 до 30 лет 49; от 31 до 40 лет— 39 и от 41 до 50 лет—23.

Из 118 б-х с разнообразными диагнозами было произведено переливание крови при абсолютных показаниях к нему следующим группам больных.

Острая анемия: 1) при прервавшейся внематочной беременности 32; 2) при разрыве матки 6; 3) при родовом акте и аборте (атония матки, предлежание последа, приращение последа, кесарское сечение) 26; 4) острые метроррагии 2; 5) вторичное кровотечение в полость брюшины после лапаротомии 1; 6. Шок послеоперационный 3. Всего 70 больных.

Абсолютным показанием к переливанию крови преимущественно была острая анемия (67 случаев). Наибольшее количество случаев острой анемии относится к прервавшейся внематочной беременности и к акушерским кровотечениям. Однако нужно заметить, что как в случаях прервавшейся внематочной беременности, так и в случаях разрыва матки острая анемия часто сопровождалась шоковым состоянием с преобладанием в клинической картине явлений острой анемии.

По относительным показаниям переливание крови было произведено следующим группам больных: Вторичная анемия: 1) при раке, саркоме, хорион-эпителиоме, фибромиоме и полипах матки, раковом перерождении кисты яичника 26 б.; 2) при маточных кровотечениях ювенильных и климактерических 8; 3) при послеродовом сепсисе, пиемии, лихорадящем и септическом аборте 9; 4) при туберкулезном и послеоперационном перитоните 2; 5) при воспалении придатков (туморе и пиосальпинксе) 2; 6) при токсикозе беременности 1 б. Всего 48 больных.

Перечень заболеваний этой группы обширен и разнообразен. Показанием для переливания крови указана вторичная анемия, хотя в отдельных случаях клиника при переливании крови учитывала и другие показания, а именно: профилактическое переливание крови пред операциями удаления раковой, саркоматозной матки для предупреждения шока, в целях гемостатики при ювенильных и климактерических кровотечениях, в целях стимуляции иммунных реакций организма при сепсисе, пиемии, перитоните, при воспалении придатков матки, и антитоксическое — при токсикозе беременности.

В 7 случаях кровь была получена водоструйным насосом из полости брюшины при прервавшейся внематочной беременности, смешана с 6% раствором лимоннокислого натра из расчета 10 см^3 на 100 см^3 крови, профильтрована, подогрета и перелита (reinfusio), в 6 случаях кровь была получена от донора и перелита цитратной, в 1 случае употреблена утильная кровь от эклампти́чки и перелита цитратной, в 127 случаях кровь была получена из Татарского областного института переливания крови, консервированная на 6% растворе лимоннокислого натра (114 случаев) и на сухом цитрате (13 случаев).

Дозировка перелитой крови была следующая:

Доза в см³	Способы переливания крови					
	Reinfusio	Цитратная кровь от донора	Консервированная на 6% цитрате	Консервированная на сухом цитрате	Утиль-кровь на 6% цитрате.	Итого
	Количество случаев					
От 100 до 200	—	3	102	13	1	119
От 200 до 400	2	3	9	—	—	14
От 400 до 600	3	—	3	—	—	6
700	1	—	—	—	—	1
1350	1					1

Количество переливаний по групповой принадлежности крови было таково: группа I (0)—универсального донора было 48 случаев, группы II (A) — 54, группы III (B) — 32 и без определения группы крови — 7 (реинфузий); из них кровь одноименной группы была перелита в 129 случаях и совместимой группы в 12 случаях. Из этих сопоставлений видно, что какого-нибудь предпочтения универсальному донору в нашей клинике не делалось.

Реакции и осложнения на 141 переливание крови имели место в 20 случаях (14,1%). Легкая реакция—небольшой озноб с повышением температуры тела до 38°, иногда легкая тошнота—в 6 случаях; сильный, потрясающий озноб с повышением температуры тела от 38 до 41°, с неровным пульсом и дыханием, тошнотой, жаждой, (средняя реакция)—12 случаев; осложнений 2, из которых одно привело больную к смертельному исходу.

Указанные 20 случаев реакций и осложнений были у больных со следующими заболеваниями: с внематочной беременностью в 2 случаях, с раком матки в 4 случаях, с хорион-эпителиомой в матке в 1 случае, с миомой и полипом матки в 4 случаях, с маточным кровотечением при аборте, родах и эндометрите в 7 случаях, с сепсисом после родов в 2 случаях.

В 18 случаях реакций и осложнений после трансфузии кровь по групповой принадлежности была одноименная (среди них 1 случай reinfusio 1350 см³) и в 2 остальных случаях кровь была совместимая,—1 раз была перелита утиль-кровь от экламптички I (0) группы больной, принадлежащей к II (A) группе, и 1 раз была перелита повторно консервированная кровь II (A) группы больной, принадлежащей к IV (AB) группе, со смертельным исходом после переливания.

Из 20 случаев реакций и осложнений после трансфузии крови в нашем материале 18 можно отнести к следствию трансфузии—коллоидоклазии (Богомолец), которая, по литературным данным, в большей или меньшей степени всегда имеется после переливания (озноб, повышение температуры, учащенное сердцебиение). Эти реакции и осложнения различные авторы при разнообразных спо-

собах трансфузии наблюдали нередко — от 17 до 40% случ., а в нашем материале 14,1 %.

Смертность, связанная с переливанием крови, выражается по статистике различных авторов от 0,03 до 1,5%. В нашем материале при 141 случае переливания крови был 1 смертельный исход (0,7%). Если реакция после переливания, по Богомольцу, есть закономерное проявление коллоидоклазии, то осложнения после трансфузии крови есть возникновение новых патофизиологических явлений, которых у больных до операции трансфузии не было (желтуха, уменьшение диуреза, явления со стороны зрения и т. д.)

Остановимся на описании тяжелого осложнения, имевшего место после reinfusio 1350 см³ крови из брюшной полости, у больной с внематочной беременностью.

Больная М., 29 лет. В ближайшем анамнезе б-ной имелась задержка menses, через некоторое время была установлена беременность, и больная с целью прерывания беременности получила внутриматочную инъекцию t-rae jodi в количестве 3 см³ (12.XII. 34 г.). На второй день после инъекции открылось маточное кровотечение, продолжавшееся 5 дней. 3/I 35 г. утром внезапно появились сильные боли по всему животу, отдающиеся в задний проход и правую паховую область. Приступы болей сопровождались рвотой и частым жидким стулом. В этом состоянии больная была доставлена в терапевтическую клинику. Вскоре появилось шоковое состояние, консультант гинеколог установил прервавшуюся внематочную беременность, и больная была перевезена в гинекологическую клинику на операцию. Перед операцией у больной тяжелое состояние, острое малокровие, шок, кровяное давление min 45, max 55. При вскрытии полости брюшины, в ней оказалось приблизительно 1½ литра жидкой крови. Эта кровь в количестве 1350 см³ аспирационным путем, при помощи водоструйного насоса, была добыта в аппарат Бобровского и смешана в нем с 6 % раствором цитрата, затем профильтрована через 8 слоев марли, согрета в тазу с теплой водой (водяной термометр показывал 40°), и путем веносекции введена больной. После операции и трансфузии крови у больной появился потрясающий озноб. На следующий день (4/I-35 г.) отмечен желтушный цвет кожи больной, пульс хороший, ровный, выпущенная катетером моча была темнокирпичного цвета, реакция ее нейтральная, уд. вес 1,012, гемоглобинурия. Кровь—Hb 58 %, лейкоцитов 27450, эритроцитов 2530000, небольшой сдвиг влево, лимфопения (лимф. 6 %). 5/I моча светлее. Рвота, постоянная тошнота. Слабость, сонливость. Субфебрильная температура. 7/I Цвет мочи светлее. Кашель с мокротой. Рвота утром, Кровь—лейкоцитов 13500, эритроц. 3430000. Лимфопения—10,5%. Температура субфебрильная. 8/I и 9/I. Язык обложен, на губах трещины, дурной запах изо рта, рвота и тошнота все время, кашель с густой мокротой. Живот мягкий, операционная рана в удовлетворительном состоянии. Слабость, одышка. Моча серо-молочного цвета, резко щелочная, микроскопически—единичные клетки плоского эпителия, лейкоцитов в поле зрения 3 — 5, фосфаты. Температура нормальная. Кров. давление min 60, max 120. В крови RN 244 мг%, NaCl 217 мг%, в моче NaCl 3 г. Начато лечение хлоридами.

10/I. Адинамия. Тошнота, рвота, язык резко обложен. Отек левого глаза. Кашель с мокротой. Температура субфебрильная. Кровяное давление min 65, max 130. Моча резко-щелочная, кровяного цвета, присутствие белка, под микроскопом—лейкоциты и цилиндры из них, триппельфосфаты, эритроцитоурия. Диурез низкий. Исследование крови: лейкоцитов 11600. Эритроцитов 3120000, значительный сдвиг влево, лимфопения (2%). Лечение: кровопускание 300 см³ и переливание цитратной крови от донора 200 см³, введение хлоридов, глюкозы.

11/I—13/I. Язык резко обложен, рвота темно-коричневыми массами. Отечность под глазами увеличилась. Диурез улучшается. Моча резко щелочная, белка немного, единичные лейкоциты, фосфаты, триппельфосфаты, эритроцитов нет. Кровь: значительный сдвиг влево, лимфопения (3,5%) лейкоцитов — 28950. В крови NaCl 430 мг%, RN 235 мг%, в моче NaCl 3,6 г. В крови гемолиза не

обнаружено. Кровяное давление min 70, max 135. Температура слегка субфебрильная.

14/I—15/I. Язык обложен, запах изо рта, тошнота, рвота 1 — 2 раза в сутки. На спине и на плечах появилась сыпь типа крапивницы, которая через сутки распространилась по всему телу, лицо отекло. Кровяное давление min 80, max 135; температура в пределах 37,4—38,3°.

16/I. Язык обложен, тошнота, отрыжка, рвота. Сыпь типа сывороточной болезни держится. Диурез 1350 см³ в сутки, уд. вес мочи 1,010, реакция мочи резко щелочная, белка немного, единичные клетки плоского эпителия, фосфаты. В крови NaCl 603 мг%, в моче NaCl 6,1 г. Лечение: хлориды, адреналин под кожу.

17/I—20/I. Тошнота, рвота становятся реже. Сывороточная сыпь постепенно изчезает. В крови RN 185 мг%, NaCl в моче 14 г. 23/I. Кровяное давление min 80, max 110. В крови NaCl 532 мг%, RN — 100 мг%, в моче NaCl 14,2 г. 29/I—31/I. Общее состояние улучшается. Диурез 2700 см³, реакция мочи нейтральная, белка нет. Микроскопически: плоский эпителий, ураты. Мочевины в литре 4,116 г., NaCl в моче за сутки 14,5 г., в крови NaCl — 600,2 мг%, RN в крови среднее в 4 пробах 31,19 мг%.

6/II. Выздоровление. Больная выписывается.

При рассмотрении этой истории болезни обращают на себя внимание следующие моменты: 1) у больной до операции были частый жидкий стул и рвота; 2) после лапаротомии была произведена реинфузия добытой из полости живота крови в количестве 1350 см³ на 6% цитрате; 3) кровь была согрета до явного ощущения теплоты на тыльной стороне кисти при прикладывании к ней аппарата с кровью, водяной термометр ванны, в которой согревалась кровь, показывал 40° (перегревание?); 4) потрясающий озноб после переливания; 5) гемоглобинурия через сутки после переливания крови; 6) предкоматозное состояние с относительной анурией; 7) гипохлоремическая азотемия (псевдоуремия) с небольшим повышением кровяного давления с явлениями тошноты, рвоты и уменьшением диуреза у больной; 8) эритроцитоурия после усиленного лечения хлоридами; 9) заболевание типа сывороточной болезни на 7—10-й день после кровопускания+трансфузии, 10) постепенное исчезновение явлений гипохлоремической азотемии при усиленном подвозе организму NaCl per os, внутривенными, подкожными вливаниями, капельными клизмами и вновь обострение этих явлений с уменьшением NaCl в пище и 11) своеобразная картина крови (лейкоцитоз) во время гемолиза крови (когда была гемоглобинурия) и во время сывороточной болезни у больной.

Таким образом доминирующим моментом в осложнении после реинфузии в нашем случае была гипохлоремическая азотемия. Какие предпосылки были в течении заболевания у нашей больной для возникновения гипохлоремии? Первая—частый жидкий стул и рвота во время инсульта внематочной беременности, с чем больная и была помещена в терапевтическую клинику, вторая—это внутреннее в брюшную полость кровоизлияние до 1500 см³. Эти два момента, согласно учению французской школы, и могли создать обеднение кровяного русла NaCl и обусловить возникновение азотемии.

Возникшая хлорпения у больной создала глубокое нарушение в крови (изменение баланса воды и изоионии), и реинфузия излившейся в полость брюшины крови не восстановила этих нарушений. Наоборот, эритроциты реинфузионной крови, попав в русло крови,

не нашли своей обычной биохимической среды, и имея некоторое понижение резистентности (к сожалению, не проверенной лабораторией) от пребывания в полости брюшины, начали гемолизироваться. Получившийся гемолиз, давший клинически гемоглобинурию у больной, принципиально разнится от гемолиза при несовместимости крови, а поэтому гемолиз в кровяном русле у нашей больной и не вызвал гемолитического шока. Гемолиз крови у больной усилил еще более азотемию и хлорпению, что в ближайшие дни и привело больную к предкоматозному состоянию (адинамия, сонливость, запах изо рта, тошнота, рвота).

Лабораторные данные исследования мочи и крови дали нам ключ к диагнозу гипохлоремической азотемии экстраренального происхождения и определили терапию—усиленное введение в организм всеми доступными путями Na Cl, CaCl. Усиленная терапия хлоридами совпала с функциональным нарушением почек вторичного происхождения, что клинически выразилось в эритроцитурии. В целях частичного удаления остаточного азота из русла крови решено было произвести кровопускание (выпустили 300 см³ крови), а в целях субституции — трансфузию цитратной крови от донора (200 см³). На другой день эритроцитурия прекратилась, увеличился диурез. Начиная с 5-го дня после кровопускания+переливания, началось заболевание типа сывороточной болезни средней тяжести. Оно может предположительно быть объяснено в нашем случае тем, что реинфузионная кровь послужила аллергеном и сенсибилизировала организм больной, а вторичное переливание одноименной крови донора вызвало в организме больной реакцию типа параллергии.

Кровь больной в различные фазы заболевания гипохлоремической азотемией представляет некоторый интерес. На второй и третий день после операции у больной был высокий лейкоцитоз (27450) при небольшом сдвиге влево и лимфопении (6 %) при количестве эритроцитов в $2^1/_2$ млн., в это время в клинической картине была гемоглобинурия. В дальнейшем при нарастании количества эритроцитов начал быстро уменьшаться лейкоцитоз при незначительных изменениях гемограммы. В дни же кульминации сывороточной болезни (16/I) картина крови дала новый высокий лейкоцитоз (18850), лимфопению (7,5%) с выраженным сдвигом влево. С затиханием сывороточной болезни картина крови стала приходить к норме.

Следует отметить из истории болезни еще один факт, относящийся к периоду выздоровления: уменьшение количества поваренной соли в пище сопровождалось появлением тошноты, т. е. возвратом хлорпенического симптома.

Остановимся на втором случае тяжелого осложнения после переливания крови, который закончился смертным исходом.

Больная А. Г., 50 лет. Поступила в клинику 29/V 37 г. с рождающимся фиброматозным полипом полости матки. Больная анемична. Hb 2[illegible]%, температура субфебрильная. Через 5 дней во время операции удаления матки с придатками per vaginam у больной начало р звиваться шоковое состояние. Больной было сделано переливание консервированной крови совместимой группы II (A) – 200 см³, группа больной была IV (AB), а также подкожное вливание 500 см³ физраствора NaCl. Переливание крови дало хороший эффект без какой-либо посттрансфузионной реакции.

Через 27 дней после операции, ввиду вторичной анемии и лихорадочного состояния, больной решено было произвести повторное переливание крови в целях стимуляции организма к кроветворению и повышению иммунитета. В день повторного переливания больная делала попытки садиться, температура была субфебрильная. И во второй раз была перелита совместимая консервированная кровь группы II (A) в количестве 100 см³.

Через ½ часа после трансфузии у больной появилась резкая реакция: потрясающий озноб, затрудненное дыхание, частый пульс, который вскоре перестал прощупываться: больная беспокойна, мечется, хватается за грудь в области сердца, появилось резкое побледнение лица. Предположен инфаркт в мышце сердца. Лечение: сердечные, грелки. Смерть наступила от момента окончания трансфузии крови через 1½ часа.

Эпикриз вскрытия гласит: удаление матки по поводу фиброматоза, вторичная анемия, множественный тромбоз ветвей легочной артерии, инфаркт в нижней доле правого легкого, слабо выраженная пассивная гиперемия всех внутренних органов, кардиосклероз, узловатый зоб.

Причиной смерти в данном случае мы предположительно считаем биологическую несовместимость крови: б-ная принадлежала к IV (AB) группе крови, а ей перелита была повторно кровь группы II (A) без серологической проверки совместимости и определения подгруппы II (AI) и II (AII). Возможно, что, взяв для повторного переливания кровь III (B) или I (O) группы, мы не получили бы рокового финала.

Обратимся далее к оценке остального нашего материала по переливанию крови. К очевидным успешным результатам переливания крови нужно отнести случай с острым малокровием, шоком, всего 69 случаевя из 118. Надо отметить, что наиболее эффективным были переливани крови в тех случаях, в которых явления острой анемии преобладали над шоковым состоянием. При определении эффективности переливания крови мы руководствовались изменением пульса, кровяным давлением, окраской кожи и видимых слизистых оболочек, общим самочувствием больных. Например, в трех случаях прерывания внематочной беременности с обильным внутрибрюшинным кровоизлиянием кровявое давление было в первом случае min 45, max 54, во втором случае min 35, max 45, в третьем случае min 30, max 55, т. е. на границе обратимости. После переливания крови—реинфузии кровяное давление у этих больных повысилось, а именно: в первом случае оно стало min 54, max 103, во втором min 45, max 100, в третьем min 45, max 75.

Среди больных с абсолютным показанием к переливанию крови необходимо указать одну больную с профузным маточным кровотечением (диагноз — endometritis hyperplastica interst.) с явлениями грозной острой анемии—Hb—10%, index 0,4. Больная принадлежала к IV (AB) группе крови. За отсутствием дежурной крови IV(AB) ей перелита была, после срочного выскабливания матки, кровь II (A) группы в количестве 200 см³, через 6 часов повторно было перелито 200 см³ крови группы III (B) и на следующий день—II (A) группы крови 200 см³. После этих переливаний отмечено нарастание Hb, через 10 дней при выписке у больной было Hb — 46%.

Что касается результатов переливания крови больным с вторичной анемией по относительным показаниям (при миомах и полипах матки, при неоплязмах половых органов), то из 26 больных мы в 25 случаях получили благоприятный эффект—процент Hb повышался, увеличивалось количество эритроцитов.

Относительно результатов переливания крови в целях гемостати-

ки и субституции при ювенильных кровотечениях (6 случаев) высказаться трудно ввиду малочисленности случаев. Были не только улучшения, но и ухудшения, во-вторых, улучшения достигались иногда только при сочетанной терапии с гравиданом.

Переливание крови при послеродовом и послеабортном сепсисе и пиемии (9 случаев) производилось одновременно с другими способами терапии (аутогемотерапией, внутривенным вливанием спирта, аммонийных солей серебра), переливание производилось и в начале заболевания и как ultimum refugium перед трагической развязкой. Из 9 случаев пуерперальных и послеабортных заболеваний в нашем материале смертельный исход был в 5 случаях. Благоприятные результаты мы получили у больных пиемией

Остальной материал клиники по переливанию крови ввиду малочисленности случае мы анализу не подвергаем.

Выводы. 1. Переливание крови при острых внутрибрюшных кровоизлияниях и наружных кровопотерях в акушерстве и гинекологии является безопасным, целесообразным, а иногда и единственным методом лечения для спасения жизни больной.

2. Острые внутрибрюшные кровоизлияния, последующая по этому поводу операция и переливание крови могут создать условие в организме для возникновения гипохлоремической азотемии. Последняя, согласно французской школе, в той или иной степени всегда возникает в послеоперационном периоде и может в выраженной форме привести больную к летальному концу от гипохлоремической комы.

3. При обильных внутрибрюшинных кровоизлияниях для предупреждения хлоропении на ряду с переливанием крови необходимо вводить в организм тем или иным способом достаточное количество NaCl или вообще хлоридов. Поваренная соль, введенная в русло крови в форме изотонического или гипертонического раствора, кроме того, может служить повышению резистентности эритроцитов крови донора и реципиента.

4. При употреблении крови II (A) группы для переливания необходимо учитывать подгруппы II (AI) и II (AII).

Из госпитальной хирургической клиники (зав. проф. И. П. Скляров) Туркменского госмединститута.

О переливании крови при гнойных перитонитах.

Проф. И. П. Скляров и К. Н. Иванов.

Не так давно при общем гнойном перитоните смертность достигала 100% и предсказание поэтому почти всегда бывало безнадежным. С тех пор как в лечении перитонита перешли к отыскиванию и ликвидации исходных пунктов смертность резко снизилась. Внимание хирургов в настоящее время обращено главным образом на начальные фазы гнойного перитонита. Изу-

чен ряд начальных симптомов, которые дают основание оперировать больного в самом начале, когда воспалительный процесс еще только проявляет тенденцию к распространению.

Симптоматология перфорации различных органов сближается и переплетается с симптоматологией начинающегося перитонита. Особенно трудно уловить симптомы начинающегося воспаления брюшины при огнестрельных повреждениях живота, когда часто налицо имеется несколько перфорационных отверстий в кишечнике, нередко сопровождающихся, кроме того, повреждением кровеносных сосудов с кровотечением в брюшную полость, и когда воспаление брюшины начинается очень скоро вслед за повреждением полых органов. Установление начала воспалительного процесса практически часто бывает ненужным, так как всякая перфорация требует немедленной операции. Между моментом наступления инфекции и началом воспалительного процесса всегда имеется тот или иной интервал, необходимый для развития и размножения инфекции и зависящий от вирулентности и количества инфекционного материала, попавшего в брюшную полость. Он бывает то большим, то меньшим, измеряясь настолько немногими часами, что при описании начальных симптомов перитонита этот интервал не принимается во внимание рядом авторов. Мондор, например, считает, что разделение течения перитонита на этапы: „фазу шока, кажущейся ремиссии и фазу перитонита имеет лишь дидактический интерес. Оно учит врача не заблуждаться насчет затишья, наступающего (при прободной язве) между 5 и 10 часом, но его нельзя относить ко всем случаям. Таких ясных периодов вообще не существует: шок имеет бесчисленное количество вариантов, затишье может вовсе отсутствовать, признаки ухудшения нередко с каждым часом усиливаются. Наконец, трудно уловить начало перитонита". Поэтому он считает необходимым прежде всего уточнить симптомы перфорации. Трудность разграничения фаз перитонита зависит еще и от того, что фаза шока сопровождается такими же изменениями в общем состоянии больного, какие имеются и в дальнейшей фазе перитонита, и симптомы шока нередко остаются или даже усиливаются с дальнейшим развитием перитонита без какого-либо заметного перерыва. Падение кровяного давления то в большей, то в меньшей степени, скопление крови в сосудах брюшной полости, накопление жидкости в полостях, повышение вязкости крови, ацидоз, боли и общее угнетение центральной нервной системы имеют место как при шоке, так и при развивающемся перитоните. Вот что пишет по поводу перитонита патологоанатом Давыдовский: „Большое значение—и общее и местное—приобретает момент перераспределения массы крови в связи с паретическим состоянием сосудов системы чревного и блуждающего нервов. Значительные массы крови депонируются в систему воротной вены, переполняя ее и тем самым одновременно снижая массу циркулирующей крови. Быстрота депонирования соответствует и быстроте выявления соответствующих признаков со стороны сердечно-сосу-

дистой системы (слабое наполнение пульса, похолодание конечностей и т. д.). По существу все эти явления укладываются в наше представление о шоке, хотя степень последнего может значительно варьировать".

Морозова из клиники Кадьяна нашла, что вязкость крови при перитоните резко повышается. Это есть результат резкого нарушения всего водного баланса вследствие огромного количества воды, переходящей в виде секрета в полость кишечника при появляющемся паретическом состоянии его и при его фактической непроходимости. По Бейлису, Старлингу, Брауну и Борютто секреция в таких случаях достигает в течение суток количества, равного количеству крови в здоровом организме. А парез кишок и последующий парез диафрагмы поднимает диафрагму и еще больше затрудняет экскурсию легких и сердечную деятельность. Все это, по Давыдовскому, и является ближайшей причиной смерти больных с перитонитом. Кроме таких явлений, при перитоните имеет место и всасывание как из желудочно-кишечного канала, так и из полости брюшины различных бактерийных токсинов, которые часто приводят к смерти больного раньше, чем разовьются видимые расстройства кровообращения. Вместе с тем, вследствие нарушения выделений и неправильного обмена веществ, в крови и тканях скопляются различные вредные продукты обмена и неправильного расщепления белков. Все это, вместе взятое, понижает общую и местную сопротивляемость организма. Если переливание крови при шоке не только не встречает никаких возражений, но считается прямо показанным, то какое основание имеется не применять его при перитоните, при котором налицо тот же шоковый симптомокомплекс? Переливание крови повышает кровяное давление на 15—20 мм, как доказано рядом авторов, на довольно продолжительное время, оно улучшает кровообращение во всех тканях и органах, в том числе и в брюшной полости, увеличивает объем циркулирующей крови и ставит органы в нормальные условия существования, стимулируя их таким образом; оно нейтрализует токсины и уменьшает вязкость крови. А между тем на Всеукраинском съезде в июне 1936 г. председатель съезда профессор Шамов в заключительном слове своем высказался отрицательно в отношении переливания крови при гнойном перитоните, полагая, что оно не имеет никаких показаний.

Вышеприведенные соображения дали нам основание применить переливание крови при гнойном перитоните, причем мы получили настолько разительные результаты в своих 4 очень тяжелых случаях, что считаем возможным и даже необходимым и в дальнейшем производить переливание крови при гнойном перитоните. Мы полагаем, что те плохие результаты, которые имели некоторые авторы, применявшие переливание крови при гнойных перитонитах, зависели от слишком позднего применения, когда оно уже являлось „последним средством". Своевременное же применение даст лучшие результаты, как было и в наших случаях. Само собой разумеется, устранение исходной

причины перитонита должно быть первым мероприятием, точно так же как и очистка брюшины тем или иным способом от видимых остатков инфекции. Если закрытый способ лечения гнойных перитонитов дал значительное снижение смертности вследствие того, что брюшина ставилась в более нормальные, не ослабляющие ее условия, то дальнейшее усиление общей сопротивляемости и сопротивляемости брюшины посредством переливания крови должно снизить смертность еще больше.

Приведем наши случаи.

1. Больная С., 39 лет (истор. болезни № 3452), оперирована по поводу желчно-каменного холецистита, которым она заболела три года назад; за это время было три жестоких приступа с температурой до 40°, продолжавшихся по 6—7 дней и сопровождавшихся болями и рвотой. При операции удаления пузыря с камнем, для облегчения отделения пузыря от брюшины был впрыснут новокаин, по ошибке сестры — с адреналином, вследствие чего не было уверенности, что пузырная артерия была перевязана. Был положен тампон, отверстие в брюшной стенке было сужено, как оказалось потом несколько больше, чем было нужно. После операции вокруг тампона появилось кровотечение, мало просачивавшееся наружу и развились явления перитонита в верхней части живота. Поднялась температура, резко участился пульс (130), появились боли, рвота, вздулся живот, причем внизу он был безболезнен. При обнаружении явлений перитонита через 1½ суток ночью было распущено несколько швов; мимо тампона вышло некоторое количество крови, желчи и гноевидной жидкости.

Явления перитонита постепенно ликвидировались. Однако через некоторое время снова появилась температура, через неделю дошедшая до 38—38,5°; лейкоцитоз с 9400 на 5-й день после операции достиг 16800, а через три дня до 26800, еще через три дня—24800 при 0% сегментоядерных и отсутствии эозинофилов.

При исследовании больной была обнаружена правосторонняя пневмония, а с левой стороны—куполообразная тупость, высокое стояние и неподвижность диафрагмы.

Поэтому через 24 часа после первой операции сделана операция на левой стороне по поводу поддиафрагмального гнойника, причем вместе с большим количеством гноя вышло много кровяных сгустков, очевидно в связи с кровотечением из пузырной артерии.

Кровь не только прошла наружу через тампон, но и проникла через полость малого сальника, дав левосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Так как больная была слаба, то через день ей сделано переливание крови одноименной группы 150 см³, однако температура продолжала держаться, несмотря на систематическую в течение 5 дней хинизацию, ввиду обнаружения в крови pl. tertianae, и несмотря на почти полное отсутствие выделения гноя из опорожненного поддиафрагмального пространства. Через 2 дня температура сделалась субфебрильной и держалась так около 2-х недель. Через 16 дней после 2-й операции, появились неопределенные боли с левой стороны живота, которые еще через 3 дня сразу приобрели характер острых болей, распространяясь по всему животу, появилась частая рвота в течение всей ночи. Нежная пальпация живота сделалась резко болезненной по всей поверхности, температура повысилась до 39°, пульс 130 в минуту, лейкоцитов 26000, живот вздулся, сделался напряженным, с левой стороны определялась флюктуация. Живот ниже пупка неподвижен. При исследовании per vaginam обнаружено отклонение шейки вправо и выпячивание заднего свода. Налицо ясный разлитой перитонит. Через 15 часов от начала острых болей под эфирным легким наркозом—операция. При разрезе кожи кровотечения из сосудов почти не было.

Сделаны два М. Бурнеевских разреза в подвздошных областях, с правой стороны вышла кровянистая и мутная жидкость, с левой—буроватый гной. Брюшина на всем протяжении воспалена, кишечник гиперемирован и местами покрыт фибринозным гнойным налетом. Вставлены поверхностно тампоны.

Заключительным актом операции был разрез в заднем своде, через который вышло много густого гноя, вставлен дренаж.

Через час после операции сделано переливание одноименной 1 группы крови в количестве 350 см³.

Сутки у больной продолжалась частая рвота, затем она прекратилась; кровяное давление, бывшее до операции 105—70, повысилось после переливания до 115—80. Все явления перитонита прошли, и больная начала поправляться.

Общий перитонит развился вследствие прободения гнойника, обнаруженного в заднем своде, который (больше слева), очевидно, спустился из поддиафрагмального пространства, по левому боковому каналу.

Больная выписалась через месяц и 20 дней с полным сохранением трудоспособности по своей обычной работе на хлебозаводе (физическая работа).

За полезное действие переливания крови говорит повышение кровяного давления, исчезновение перитонеальных явлений в течение суток (рвота продолжалась в течение суток), что надо отнести всецело за счет повышения общей сопротивляемости организма параллельно с эвакуацией гноя.

2. К. (истор. бол. № 2507). Во время верховой езды больной выпал из седла, застряв левой ногой в стремени, лошадь волокла его по земле около 100 метров.

Получил ушибы всего туловища, перелом правой голени (обеих костей), общее сотрясение мозга, много крупных и мелких ссадин на груди, животе. Разрыв связок в области правого плечевого сустава.

Со стороны живота резкие боли, дыхательных движений нет, рвота, отрыжка, тошнота. При пальпации резкая болезненность по всему животу, доскообразное напряжение стенок, тимпанит, кожная чувствительность живота понижена, брюшные рефлексы отсутствуют, лейкоцитов 9000, температура перед операцией 37,9°, пульс около 100, ослаблен.

Через 24 часа после травмы—лапаротомия под эфирным наркозом. Рана кровоточит мало. Брюшная полость вскрыта от меча до лобка. В брюшной полости жидкий буроватый гной. Обнаружен общий разлитой перитонит. Брюшина—париетальная, и висцеральная—гиперемирована участками.

После непродолжительных поисков обнаружено отверстие в тонкой кишке диаметром в 1—2 *см*. Кишечник покрыт фибринозно-гнойным налетом, больше в области перфорации. По очистке брюшной полости от гноя тампонами отверстие в кишке зашито двухэтажным шелковым швом.

Воспаленный участок сальника резецирован. Из подвздошной области и из полости малого таза влажными тампонами удален гной, обмыт местами кишечник. Рана зашита наглухо, тампон в клетчатку. На правую ногу наложена по вытяжении гипсовая повязка.

Тотчас же после операции переливание крови одноименной группы 200 *см*³.

На другой день живот мягкий, газы отходят, изредка икота. В дальнейшем все явления перитонита исчезли, хотя несколько дней мы наблюдали замедленное опорожнение кишечника и небольшое вздутие живота.

Несмотря на множественность повреждений через сутки после начала гнойного перитонита переливание крови дало благоприятные результаты. Здесь переливание крови было применено у не слишком слабого больного, получившего ряд тяжелых повреждений, и потому имело характер профилактический. Переливание крови сразу стимулировало все защитные силы организма, ослабленные и шоком и инфекцией.

3. Больной доставлен в чрезвычайно тяжелом состоянии, с заострившимися чертами лица, сухим языком, обложенным коричневым налетом; температура 37,6°, п. 126 в 1′, слабого наполнения. Четыре дня задержка стула, газы не отходят, все время рвота желчью, последнее время рвотные массы с каловым запахом. Живот равномерно вздут, особенно в нижней половине, при пальпации резкая болезненность по всему животу, особенно в правой половине. Справа défense, особенно на уровне пупка. В верхней части живота тимпанит,

притупление внизу на боковых поверхностях живота. Резкий Блюмберг, пастозность кожи живота.

До появления „острого живота“ в течение почти 2 недель болел поносом по 10 раз в сутки, сопровождавшимся высокой температурой.

Кровяное давление 90—68. Лейкоцитоз 15650. Перед операцией ввели 500 см³ глюкозы с инсулином.

Операция начата под местной анестезией и закончена под небольшим эфирным наркозом. Сделано два небольших разреза в подвздошных областях и один по средней линии.

Справа имеется мутно-гнойный эксудат, петли кишок с фибринозным налетом. По средней линии эксудат. Всего гноя выделилось до $^1/_2$ стакана. Аппендикс не отыскивался. Во все три разреза до брюшины введены тампоны.

Через час после операции перелито 250 см³ одноименной группы крови.

Инсулин + глюкоза; хлорист. натр. 10%—10 см³; хлорист. кальций 10%—10 см³; антигангренная сыворотка.

На другой день рвота прекратилась совершенно. Живот сделался мягким, малоболезненным, газы начали отходить. Пульс 100 в минуту.

В дальнейшем явления перитонита исчезли, больной поправился. Через три недели после операции боли в животе справа и некоторое вздутие живота с шумом плеска и урчание, которые после слабительного исчезли, и больной через месяц и 2 дня выписался.

Выздоровление этого больного мы приписываем исключительно переливанию крови и эвакуации гноя.

4. Больная (истор. бол. № 3388) доставлена с огромным животом (93 *см*, в окружности на уровне пупка) через четверо суток от начала заболевания. Пульс 128 в 1′; кровяное давление 94—60, т-ра 38,2°, дыхание учащено, 36 в минуту, поверхностное; живот не участвует в дыхательных движениях, болезнен при давлении, брюшных рефлексов нет. Наибольшая болезненность слева внизу живота, но имеется и по средней линии и справа. Четверо суток рвота, отсутствие стула и газов. Симптом Блюмберга резко положительный.

До этого болела в течение двух с половиной недель. Временами бывал озноб с небольшими болями в животе и с повышенной температурой, красных кровяных шариков 3 000 000, гемоглобина 75%.

В виду неясности причин и наличия очень большого живота при плохом пульсе решено операцию не делать, а сделать переливание одноименной крови в количестве 300 см³ и 1000 см³ глюкозы с инсулином. На другой же день пульс 104 в 1′, самочувствие лучше, однако рвота продолжалась еще двое суток; столько же времени не было стула и газов. Живот продолжал несколько увеличиваться.

Температура доходила до 39°. Ежедневно глюкоза с инсулином по 1000 см³.

Через шесть суток прекратилась рвота, отошли газы. Живот в верхней части сделался мягким, безболезненным.

Вскоре появился стул, самочувствие улучшилось, однако живот оставался вздутым, оставалось и притупление. В нижней части живота определилась флюктуация и местная напряженность, и наметилось отграничение притупленной части от остальной поверхности брюшины. При исследовании per vaginam своды свободны; окружность живота меньше. Больная ест и пьет. Лейкоцитов 180 0, кровяное давление 100.

Операция: сделано 2 разреза: 1) по средней линии и 2) косой в правой подвздошной области. Вышло больше литра густого гноя. Обследование пальцем показало, что имеется отграничение гнойного перитонита.

Здесь операции предшествовало переливание крови и оно повело к тому, что кровяное давление поднялось, пульс с 128 в минуту снизился до 98—104 в минуту; болезненность брюшины заметно уменьшилась и наступило субъективное и объективное улучшение симптомов. Вместе с тем перитонит сделался ограниченным.

При перевязках кишечный запах; края раны гангренесцированы; икота, стул самостоятельный.

Таким образом здесь одно переливание крови без предварительной эвакуации гноя проявило себя достаточно резко. В дальнейшем раны очистились, больной сделано дважды переливание одноименной крови по 350 см³, и больная начала поправляться.

Наши наблюдения немногочисленны и не дают права на выводы; но резкое уменьшение болезненности, улучшение общего самочувствия, последовавшие за переливанием, убеждают нас не только в безвредности, но и в большой полезности и необходимости переливания крови при гнойных перитонитах.

Поступила в ред. 25 X 1937 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей в г. Новосибирске.

Спинномозговая анестезия в терапии послеоперационных параличей кишечника.

С. Д. Левина.

Одно из серьезных осложнений после операций, которого приходится бояться,—это параличи кишечника. Как бы бережно при лапаротомиях ни обращались с кишечником, все же последний часто подвергается травмам как от механического воздействия, так и от высыхания, охлаждения, применения химических веществ и от общего наркоза. В известной степени атония кишечника имеет место почти после каждой лапаротомии, но в громадном большинстве случаев эта атония является безопасной, через 1—2 дня нормальная работа кишечника наступает самостоятельно или после принятия ряда терапевтических мероприятий, как грелка, клизма, промывание кишечника, из лекарств — физиостигмин, питуитрин и т. д. В некоторых же случаях терапевтические мероприятия не дают желательного эффекта. Появляется такая степень паралитического состояния кишечника, которая диктует необходимость принятия неотложных оперативных мероприятий (энтеростомоз).

Повторная операция у тяжело больной является нежелательной. Положительной стороной энтеростомии, однако, является то, что она быстро ликвидирует тяжелые явления илеуса, но на ряду с этим имеются отрицательные стороны этой операции, ибо через некоторое время приходится прибегать к добавочной операции ликвидации энтеростомоза.

При третьей операции рана часто не заживает первичным натяжением и дает послеоперационную грыжу. Поэтому вполне естественно стремление некоторых операторов найти новые консервативные способы для устранения выраженных форм послеоперационного кишечного паралича; вместе с тем понятен интерес, проявленный к сообщениям об успешном применении спинномозговой анестезии при указанных осложнениях (Вагнер, Майер). Эти авторы приводят единичные случаи вполне успешного применения при этом осложнении спинномозговой анестезии. В основе этой формы терапии Майер усматривает послабляющий эффект спинномозговой анестезии,

причем на основе своего материала он находит возможным рекомендовать ее, как предварительную форму терапии перед оперативным вмешательством. Аналогичную клиническую оценку мы находим в работах и других авторов; так, Бунэ сообщает о четырех случаях, где спинномозговая анестезия дала хороший результат; Статфурд сообщает о пяти случаях, Дюваль дает уже большую статистику 400 случаев применения спинномозговой анестезии при параличе кишечника и непроходимости и приходит к заключению, что она может быть применена без всякой опасности для больного, если учтены все общие противопоказания к спинномозговой анестезии.

Из статистики Дюваля видно, что наибольший успех наблюдается от применения спинномозговой анестезии при паралитическом илеусе (успех 90—100%)

При непроходимости от механических причин было 16% успеха. Дюваль указывает, что отхождение стула и газов после спинномозговой анестезии при механическом илеусе не должно служить причиной для отказа от операции, так как спинномозговая анестезия не устраняет причины механического илеуса, но операция становится менее опасной: живот менее вздут, условия для операции более благоприятны. Положительную оценку спинномозговой анестезии при интересующем нас осложнении дают также Бишэ, Пика, Дюжарье.

В русской литературе нам известны сообщения по данному вопросу лишь двух авторов: Исаакян сообщает о 3 случаях, Бунэ—о 5 случаях, где спинномозговая анестезия дала хороший эффект.

По вопросу о сущности спинномозговой анестезии при илеусе в доступной мне литературе (Бунэ, Майер, Исаакян) проводится следующий взгляд.

Движение кишечника регулируется блуждающим и симпатическим нервами, которые являются антагонистами. Раздражение симпатического нерва вызывает остановку перистальтики; раздражение блуждающего после первоначальной задержки вызывает усиление перистальтики, кроме того, в стенке самого кишечника имеются нервные сплетения (Ауэрбаховское и Мейснеровское), которые вызывают движение кишечной петли, даже при полной изоляции от центральной нервной системы.

Вырезанная кишечная петля, помещенная в рингер-локковскую жидкость, под действием раздражителя производит типичные перистальтические движения. Раздражение симпатического нерва и остановка вследствие этого движения кишечника вызывается рефлекторным путем.

Путь этого задерживающего рефлекса идет от соответствующих чувствительных нервов через спинной мозг, откуда через N. Splanchnicus к предпозвоночным узлам и через брыжеечные нервы к двигательным центрам кишечника. При двусторонней перерезке N. Splanchnicus эта задержка движений исчезает, при перерезке блуждающего нерва—остается.

Торможение деятельности кишечника при раздражении париэтальной брюшины наступает также и после перерезки спинного мозга в верхней грудной части. Штерлинг подтверждает, что раздраже-

ние симпатического нерва вызывает остановку перистальтики, в то время как возбуждение блуждающего нерва вызывает усиление сокращения после короткого периода расслабления. Он предполагает, что расслабление состояния кишечника во многих случаях вызывается рефлекторным возбуждением симпатического нерва, который нейтрализует двигательные импульсы блуждающего нерва. Благоприятный эффект при параличе кишечника после спинномозговой анестезии вызывается, вероятнее всего, тем, что тормозящий рефлекс симпатического нерва блокирован и двигательный рефлекс блуждающего нерва может проявиться полностью (Бунэ[3]).

Учитывая благоприятные отзывы о терапевтическом действии спинномозговой анестезии при послеоперационном паралитическом илеусе, наша клиника воспользовалась этим методом в двух следующих случаях.

1. Больная Б., 33 л. Оперирована 4.XII 1932 г. под общим наркозом по поводу разрыва матки при родах.

Операция: Абдоминальная надвлагалищная ампутация матки.

5.XII ночь провела беспокойно, температура 36°, п. 90 в 1 мин. удовлетворительного наполнения, живот вздут, газы не отходят.

6.XII t. 37,4°, п. 100—115 в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Живот вздут, отрыжка, затрудненное дыхание. Больной придано полусидячее положение в постели; мыльная клизма, вскоре 2 сифонные клизмы; газы не отходят. Введен физостигмин 0,1% 1,0 см³+питуитрин, но газы не отходят. В 12 ч. дня вторично промыт кишечник сифонной клизмой—безрезультатно. В 19 ч. живот резко вздут, отрыжка, затрудненное дыхание. Промывание желудка зондом, выкачено около литра желтоватого содержимого. Вскоре было повторное промывание желудка—без эффекта.

7.XII t° 36,6°, п. 120 в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Живот резко вздут, отрыжка, дыхание еще больше затруднено. Введен физиостигмин 0,1% 1,0+питуитрин 1,0. 2 сифонные клизмы—газы не отходят.

После безуспешного применения ряда терапевтических мер при картине, исключающей наличие инфекционного субстрата, было решено применить наиболее активный из известных консервативных методов воздействия на паралитическое состояние кишечника.

В 12 час дня была сделана спинномозговая анестезия стоваином 5%—2см³. Через 5 мин. наступил упадок сердечной деятельности; п. 120 нитевидный. Введен коффеин 10%—2см³, через 1—2 часа—3 раза. Улучшение состояния пульса. Через 7—10 минут ясно стала заметна перистальтика кишечника. Вскоре появился обильный жидкий стул с большим количеством газов. Живот резко опал, мягкий. Больная успокоилась и заснула. Дальнейшее послеоперационное течение осложнилось параметритом. Больная выписалась домой на 36-й день в хорошем состоянии.

2. Больная Д., 28 л. Оперирована 5.XII 35 г. под общим наркозом, по поводу прервавшейся внематочной трубной беременности.

Операция: Чревосечение, удаление заматочной кровяной опухоли, правых придатков и левой трубы.

6.XII ночь больная провела беспокойно, t° 36,6°, п. 84 в 1 минуту удовлетворительного наполнения, живот несколько вздут

7.XII t° 37,1°; п. 104 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения, живот вздут, отрыжка, газы не отходят. Мыльная клизма+клизма с 5 каплями скипидара; газы не отходят.

8.XII t° 37,4°; п. 100 в 1 минуту; живот резко вздут; отрыжка, затрудненное дыхание. Мыльная клизма, сифонная клизма. Под кожу физиостигмин 0,1%—1см³+питуитрин 1,0; газы не отходят.

18 час t° 37,1°, п. 120 удовлетворительного наполнения. Живот резко вздут, отрыжка. Дыхание еще более затруднено. Состояние больной очень тяжелое, 2 сифонные клизмы, промывание желудка, под кожу вторично физиостигмин+питуитрин, газы не отходят.

При аналогичной картине, как и в первый раз исключающей наличие инфекционного начала, и в этом случае было решено применить наиболее активный метод воздействия на паралитическое состояние кишечника, т. е. было сделана спинномозговая анестезия стоваином 5% — 1,5 см³. Через 15—20 минут начали отходить газы. Вскоре появился обильный жидкий стул, с примесью крови, живот опал, мягкий. Больная успокоилась и заснула.

Дальнейшее послеоперационное течение осложнилось бронхитом. Больная выписалась на 27-й день в хорошем состоянии.

Таким образом, на основании своего небольшого опыта, мы считаем возможным присоединиться к положительным отзывам о спинномозговой анестезии при послеоперационном паралитическом состоянии кишечника.

Поступила в ред. 5/IV 1938 г.

Из 2-й травматологической клиники (директор проф. М. О. Фридлянд) Центрального института усовершенствования врачей (директор д-р Шумаров) на базе больницы им. Боткина в Москве (главный врач Б. А. Шимелиович).

Травматическая жировая эмболия.

Г. П. Ларин.

В настоящее время ни для кого не должно бы являться новостью то обстоятельство, что почти каждый перелом или обширная травма с повреждением органов, богатых жиром, как правило, сопровождаются жировой эмболией главным образом респираторной формы. Об этом обстоятельстве было известно еще в конце прошлого столетия из работ Буша, Вагнера, Бергмана, Гольдберга, Скриба, Черни, Шервинского и других; к сожалению, это положение до сих пор не усвоено многими хирургами. Результатом является неверное толкование осложнений после переломов или операций на костях и отсюда—неуверенность в терапевтических мероприятиях. Для того, чтобы не быть голословным, я сошлюсь на заседание Киевского хирургического общества совместно с хирургами Закавказья, имевшее место 25 мая 1936 года, когда один из выступавших хирургов не без основания заявил, что „жировую эмболию мы часто на нашем материале просматриваем". Гринштейн на II Всеукраинском съезде хирургов в докладе об эмболии указал, что на своем хирургическом и травматологическом материале он в 30% случаев наблюдал легочные осложнения, а в 10%—наличие крови в мокроте. Аничков пишет: „Жировая эмболия, возникающая при травмах костей, представляет собой чрезвычайно частое явление. Экспериментально удается доказать, что даже простое поколачивание по трубчатым костям ведет к возникновению жировой эмболии". По мнению Андреева, с чем мы вполне согласны, легкие формы жировой эмболии остаются незамечен-

ными. Жировая эмболия нередко протекает в скрытой форме. Степень выраженности симптомов стоит в связи с тяжестью травмы, количеством жира, попавшего в кровь, и состоянием сердечно-сосудистой системы в момент травмы. По мнению Абрикосова, жировая эмболия обнаруживается иногда только при микроскопическом исследовании (окраска на жир срезов, полученных замораживанием), „никакого специального изменения внешнего вида органов при ней не происходит".

Ограничиваясь этими предварительными замечаниями, переходим прямо к изложению собственных на эту тему экспериментов. Задачи, которые мы себе при этом поставили, сводились к следующему.

1. Выявить, во всех ли случаях перелома трубчатых костей возникает жировая эмболия. 2. Как долго жир остается в легких. 3. Какие изменения происходят в легочной ткани при травматической жировой эмболии. 4. Идентичны ли изменения в легких при искусственной жировой эмболии и при травматической. 5. Как будет протекать жировая эмболия у кролика после нанесенной ему травмы. 6. Через какой срок после перелома костей у кроликов появляется жир в моче, и через какой срок он исчезает.

Объектом своих исследований мы выбрали 7 кроликов одной породы. Кроликам (в апреле—июне 1937 г.) производились переломы бедра или обеих костей голени. Через определенные промежутки времени с момента перелома кролики убивались воздушной эмболией. Вскрытие кроликов производилось тотчас после смерти. Кусочки органов, подлежащих микроскопическому исследованию, фиксировались тотчас же на вскрытии в 20% формалине. Срезы приготовлялись через 2—3 дня на замораживающем микротоме. Часть срезов окрашивалась гематоксилином и эозином, часть на жир—суданом III с докраской ядер гематоксилином. Заключение срезов—в глицерин-желатину.

№ 1. Кролику из породы „Шеншиль", самке, весом 900 *г* (возраст 3 месяца), произведен закрытый перелом правого бедра в средней трети. Через сутки после перелома бедра кролик убит и вскрыт.

Протокол вскрытия: кролик средней упитанности. Серозные полости без патологических скоплений. Легкие бледны, воздушны, пушисты на ощупь. Сердце в систоле. Левый желудочек пуст, в правом кровавая пена. Резкий кокцидиоз печени. Почки бледны, рисунок ясный. Селезенка без видимых изменений. Обширный закрытый перелом правой задней конечности в средней трети бедра с резким смещением отломков и обширной гематомой в мягких тканях. Мозг бледный, слегка отечный. Мочевой пузырь содержит порядочное количество прозрачной мочи, желтого цвета. Матка и придатки умеренно полнокровны. Со стороны желудочно-кишечного тракта видимых изменений нет. При исследовании мочи обнаружено присутствие нейтрального жира в небольшом количестве. Для микроскопического исследования взяты следующие органы: головной мозг, легкие, сердце, почки и печень.

Микроскопическое исследование: мозг—ничтожный отек, небольшое полнокровие, жира в сосудах нет. Мышца сердца—полнокровие крупных сосудов, жира нет. Легкие—небольшая очаговая эмфизема. Бронхи—норма. Кое где ничтожное утолщение межальвеолярных перегородок. В просветах мелких легочных артерий небольшие капли жира. Печень—резкий кокцидиоз, пролиферация желчных ходов, жира нет. Почки—клубочки набухшие, во многих избыточное количество ядер, жира нет.

№ 2. Кролику из породы „Шеншиль", самке, весом 1520 *г* (возраст 4 месяца), произведен закрытый перелом правого бедра в средней трети. Через трое суток кролик убит и вскрыт.

Протокол вскрытия: кролик средней упитанности; в серозных полостях патологических скоплений нет. Легкие бледны, воздушны, пушисты. Сердце в систоле. Левый желудочек пуст, в правом желудочке кровавая пена. Печень умеренно полнокровна, небольшой кокцидиоз. Селезенка бледна, без видимых изменений. Почки бледны, без видимых изменений, рисунок ясный. Со стороны желудочно-кишечного тракта видимых изменений нет. В мочевом пузыре порядочное количество прозрачной, желтого цвета, мочи. Со стороны матки и придатков только небольшое малокровие. Мозг отечный, бледный. При исследовании мочи обнаружен нейтральный жир в небольшом количестве. Закрытый перелом в средней трети правого бедра, со смещением отломков по длине, гематома в мягких тканях.

При микроскопическом исследовании найдено: мозг—нерезко выраженный отек коры. Мышцы сердца—при окраске суданом III плазма окрашивается в розовый цвет, в крупных кровеносных сосудах те же изменения плазмы; в остальном норма. Легкие—в кровеносных сосудах плазма воспринимает окраску на жир. В капиллярах мелкие капельки жира. Печень—ожирение клеток ретикуло-эндотелиальной системы. Те же изменения плазмы при окраске на жир, как в ткани сердца и легких. Паренхима печени не изменена. Почки: при окраске суданом III плазма окрашивается в розоватый цвет; в полостях некоторых Бауманових капсул—серозный экссудат.

№ 3. Кролику из породы „Шеншиль", самке, весом 1475 *г* (возраст 3 месяца), произведен закрытый перелом правого бедра, в средней трети. Через пять дней после перелома бедра кролик убит и вскрыт.

Протокол вскрытия: кролик средней упитанности. Серозные полости без патологических скоплений. Легкие воздушны, пушисты, бледно-розового цвета. Сердце в систоле. Левый желудочек пуст. Правое сердце и крупные сосуды содержат кровавую пену. Печень умеренно полнокровна, немного паразитов в сальнике. Почки бледны, с ясным рисунком, без особых изменений. В мочевом пузыре порядочное количество прозрачной, желтого цвета, мочи. Мозг умеренно влажный, обычного кровенаполнения. В средней трети правого бедра закрытый перелом с большим смещением отломков по длине. Окружающие мягкие ткани отечны и пропитаны кровью. При исследовании мочи обнаружен нейтральный жир в небольшом количестве.

Микроскопическое исследование: мозг—ничтожный отек, в остальном без видимых изменений, жира нет. Мышца сердца поперечная исчерченность выражена плохо, жира нет. Легкие—эмфизема. Бронхи—норма. Плазма в сосудах слегка воспринимает жировую окраску. В единичных капиллярах мелкие капельки жира. Печень—значительно выраженное ожирение клеток р. э. с., в остальном без изменений. Почки—обычная гистологическая картина, жира нет.

№ 4. Кролику из породы „Шеншиль", самке, весом 2800 *г* (возраст 1 год), произведен перелом обеих костей правой голени в средней трети (выше скакательного сустава). Через 12 дней после перелома кролик убит и вскрыт.

Протокол вскрытия: кролик хорошей упитанности. Серозные полости без патологических скоплений. Легкие без особых изменений, воздушны, пушисты, всюду проходимы для воздуха. Сердце в систоле. В правом и в левом сердце кровавая пена, пенистое содержимое в верхней полой вене. Печень умеренно полнокровна. Почки с ясным рисунком, несколько бледны. В мочевом пузыре около 5,0 прозрачной, желтого цвета мочи. Матка и придатки без видимых изменений. Со стороны желудочно-кишечного тракта видимых изменений нет. Мозг—небольшая гиперемия сосудов мягкой мозговой оболочки. Перелом обеих костей правой голени выше скакательного сустава со смещением отломков по длине, с ограниченным некрозом мягких тканей вокруг перелома, надкостница отслоена. При исследовании мочи обнаружено большое количество нейтрального жира.

Микроскопическое исследование: мозг—дегенеративные изменения со стороны ганглиозных клеток, жира не обнаружено. Мышца сердца—ничтожное полнокровие, в остальном норма. Легкие ничтожная эмфизема, жира нигде нет, в единичных альвеолах отечная жидкость. Печень—обычная гистологическая картина, жира нет. Почки—обычная гистологическая картина. Клубочки полнокровны.

№ 5. Кролику из породы „Шеншиль", самке, весом 3245 *г* (возраст 1 год), произведен перелом обеих костей правой голени. Через 15 дней кролик убит.

Протокол вскрытия: кролик хорошо упитанный. Серозные полости без патологических скоплений. Легкие эмфизематозны, бледные; ничтожные, очаговые ателектазы в нижней доле справа, в остальном воздушны. Сердце в систоле. Левый желудочек пуст, в правом кровавая пена. Печень полнокровна, без видимых изменений, селезенка тоже без видимых изменений. Почки обложены большим количеством жира, на разрезе бледноваты, рисунок ясный. В мочевом пузыре незначительное количество мочи, слизистая пузыря бледна. Матка и придатки без видимых изменений. Мозг и его оболочки бледны. Перелом обеих костей правой голени выше скакательного сустава с частичным омертвением мягких тканей вокруг перелома, консолидации нет. При исследовании мочи обнаружен нейтральный жир в небольшом количестве.

Микроскопическое исследование: мозг — без особых изменений. Мышца сердца — обычная гистологическая картина. Легкие — бронхи норма. Мельчайшие очажки ателектаза легочной ткани, в единичных альвеолах отечная жидкость. Мелкие очажки эмфиземы. Печень — умеренное полнокровие. Почки — обычная гистологическая картина.

№ 6. Кролику из породы „Шеншиль", самке, весом 3335 *г* (возраст 1 год) произведен перелом обеих костей правой голени. Через 20 дней после перелома кролик убит.

Протокол вскрытия: кролик хорошей упитанности. Серозные полости без патологических скоплений. Легкие пушисты, мягкие, розовые, задне-нижние отделы более полнокровны. Сердце в систоле. В левом сердце пусто. В правом сердце и крупных венах кровавая пена. Печень и селезенка без видимых изменений. Почки бледны, рисунок ясный. Пузырь пуст. Со стороны желудочно-кишечного тракта видимых изменений нет. Матка и придатки без изменений. Мозг и мозговые оболочки бледны.

Микроскопическое исследование: закрытый перелом обеих костей правой голени. Образование плотной, крепкой мозоли, местами обизвествленной. Мозг — явления небольшого, диффузного отека, жира нет. Мышца сердца — без особых изменений, жира нет. Легкие: эпителий бронхов в норме. Очаговая эмфизема. Мельчайшие периваскулярные инфильтраты, мелкие очаги ателектаза, кровоизлияния в ткань легких. Печень — ничтожная инфильтрация вокруг прослоек Глиссоновой капсулы. Почки — крупные сосуды коры инъецированы, клубочки без особых изменений, жира нет.

№ 7. Кролику из породы „Шеншиль", самке, весом 2840 *г* (возраст 1 год), произведен перелом обеих костей правой голени. Через 25 дней после перелома кролик убит.

Протокол вскрытия: хорошо упитанный кролик. В серозных полостях патологических скоплений нет. Легкие всюду воздушны, пушисты, розового цвета, резкая краевая эмфизема. Сердце еще пульсирует. Левый желудочек пуст, в правом и крупных венах кровавая пена. Печень полнокровна. Селезенка без видимых изменений. Почки бледноваты, без видимых изменений, рисунок ясный. В мочевом пузыре много мутноватой, желтой мочи. Со стороны матки и придатков видимых изменений нет. Со стороны желудочно-кишечного тракта патологических изменений отметить не удается. Мозг — умеренное кровенаполнение, влажный. В средней трети правой голени ложный сустав на меже перелома обеих костей, смещение сантиметра на 2, вокруг отломков развитие рубцовой ткани. В моче обнаружено большое количество нейтрального жира.

Микроскопическое исследование: мозг — небольшой отек мозговых оболочек, в остальном обычная гистологическая картина без особенностей. Мышца сердца — полнокровие крупных сосудов. Жира нет. Легкие — очаговые, не резко выраженные явления пневмонии, очаговая эмфизема и небольшая ателектатичность. Ничтожные периваскулярные инфильтраты. Жира нет. Печень — инфильтрация по ходу Глиссоновой капсулы, жира нет. Почки — без особых изменений, жира нет.

Детальное ознакомление с данными микроскопического исследования позволяет утверждать, что во всех наших экспериментах с кроликами получилась жировая эмболия. В первом случае, когда кролик был убит через сутки после перелома правого бедра, мы видим в просветах мелких легочных артерий неболь-

шие капли жира; исследование мочи обнаруживает присутствие в ней нейтрального жира в небольшом количестве. У кролика № 2, убитого через трое суток после перелома бедра, также обнаружены в капиллярах легких мелкие капельки жира; в кровеносных сосудах плазма воспринимает окраску на жир; в моче найден нейтральный жир в небольшом количестве. В опыте № 3 через пять дней после перелома бедра в единичных капиллярах легких такие же капельки жира, плазма в сосудах легких слегка воспринимает жировую окраску; в моче нейтральный жир в небольшом количестве. Правда, через пять суток после перелома бедра количество жира в легких при микроскопическом исследовании меньше, чем в 1 и 2 случаях, что, впрочем, вполне понятно, так как за пять суток с момента перелома часть жира успела выделиться почками, а часть рассосалась в легких. В опыте № 4 с переломом обеих костей голени мы уже в легких жира не находим: очевидно, он уже исчез из них; в легких отмечается ничтожная эмфизема и в единичных альвеолах отечная жидкость,—доказательство бывшей жировой эмболии легких, так как жировая эмболия легочной формы, как правило, сопровождается воспалительными явлениями в легких. В моче обнаружен нейтральный жир в большом количестве. В опытах №№ 5, 6, 7 при микроскопическом исследовании в легких обнаружены воспалительные явления в виде отечной жидкости в альвеолах, периваскулярных инфильтратов, мелких кровоизлияний вплоть до очаговых явлений пневмонии. Все эти изменения в легких являются характерными для жировой эмболии легочного типа. Они описаны Гольдбергом, Подвысоцким и др.; описаны и нами в нашей экспериментальной работе „Искусственная жировая эмболия". В опытах №№ 5 и 7 при исследовании мочи, мы констатировали, как и во всех предыдущих случаях, присутствие нейтрального жира в ней.

Выводы: 1. Во всех 7 опытах переломов конечностей у кроликов образовалась жировая эмболия, которая протекала в скрытой форме, без клинически выраженных симптомов.

2. Во всех случаях жировая эмболия легочной формы подтверждается микроскопическими исследованиями: в первых трех опытах наличием жира в легких, в остальных—характерными для жировой эмболии изменениями в легких.

3. При травматической жировой эмболии во всех опытах, за исключением № 6, когда мочевой пузырь был пуст, в моче был обнаружен нейтральный жир, начиная с первых суток после перелома.

4. К 12-му дню после перелома конечностей у кроликов жира в легких не было.

5. Наличие жира в моче—постоянное явление при жировой эмболии.

6. Нейтральный жир в моче был обнаружен нами даже через 25 дней после перелома костей.

Поступила в ред. 4 XII 1937 г.

Наблюдения из практики и краткие сообщения.

Из акуш.-гинекол. отделения (зав. А. А. Вахрамеев) Снежнянской больницы (Донбасс)

Случай одновременной беременности в обоих рогах матки.

А. А. Вахрамеев

Гр-ка Б., 30 лет, поступила 17. VII 32 г. в гинекологическое отделение Снежнянской б-цы для искусственного прерывания беременности сроком 3 мес. При внутреннем исследовании отмечено неравномерное увеличение матки, при выскабливании удалены плод и плацента около 3½ мес.

29. VII, 12 дней спустя, больная вновь поступает с кровотечением, по поводу чего сделано повторное выскабливание, причем полость матки оказалась пуста. 8/VIII больная третий раз поступает в больницу с обильным кровотечением, производится третье выскабливание и удаляется хорошо развитая плацента около 3—3½ м. По словам б-ной, дома у нее вышел плод величиной около 10 см. Вскоре после выписки, при осмотре в поликлинике, у больной найдена двурогая матка с одной шейкой, причем оба рога были хорошо развиты.

Очевидно, у нашей больной была одновременная беременность в обоих рогах матки, после первого искусственного аборта 1. VIII, произошел второй самостоятельный аборт 8. VIII из другого рога. Второе выскабливание 29. VII, очевидно, было произведено в первом роге, уже опорожненном 17. VII, куда кюретка проникла, не нарушив беременность во втором роге. Исследование в поликлинике с несомненностью показало, что у нашей больной имеется аномалия развития—uterus bicornis unicollis.

Двурогая матка, как известно, встречается не редко, но одновременная беременность в обоих рогах явление не частое. В доступной мне в условиях участковой практики литературе я встретил такой же случай Алаева (Ж. ак. и ж. б., № 1, 1928) и указание у Гентера (учебник акуш., 1935 г.), что он наблюдал случай ранней беременности в обоих рогах двурогой матки, причем, по его мнению, обе матки могут рожать, независимо друг от друга с наибольшим промежутком между рождениями плодов в 74 дня.

Из госпитальной хирургической клиники (директор доц. А. П. Попов) Омского медицинского института имени М. И. Калинина.

Случай беременности в рудиментарном роге.

В. В. Шкляев.

Эктопическая беременность, развившаяся в рудиментарном добавочном роге матки, относится к числу редких аномалий. Впервые она описана Мориссо и Вассалем в 1669 году, а вполне точно установлена Штольцом в 1802 году и Рокитанским в 1842 году. Русскими гинекологами, по данным Малиновского (Б. М. Э.), этот вид внематочной беременности описан всего 22 раза.

Привожу мой случай, наблюдавшийся и оперированный мною в госпитальной хирургической клинике ОМИ.

Больная М., 23 лет, замужняя, домохозяйка, уроженка Омской области, русская. Доставлена в клинику каретой скорой помощи 11/IX 1937 г. в 3½ часа дня в полуобморочном состоянии с жалобами на общую слабость, головокружение и режущие боли внизу живота справа, наступившие два часа тому назад без всяких предвестников.

Менструирует с 16 лет безболезненно и нормально.

Половую жизнь начала с 19 лет, причем, вскоре после замужества, наступила беременность, закончившаяся срочными родами живым ребенком.

Первые месячные, после перенесенной беременности, пришли тотчас же после прекращения кормления ребенка и в продолжение последующих трех лет приходили правильно, необильно и без болей.

В начале февраля текущего года у больной появились боли в нижних отделах живота и при мочеиспускании. Лечилась спринцеваниями около месяца, после чего считала себя здоровой. Болезненные явления со стороны половой сферы больная отмечает с марта с. г. (инфекция гонореей?).

В течение последних четырех месяцев — менопауза. За 3—4 недели до поступления в клинику больная обращалась в женскую консультацию, где была констатирована нормальная трехмесячная беременность.

Объективные данные. Больная среднего роста, правильного телосложения и удовлетворительного питания. Температура при поступлении 36°. Пульс 80 ударов в минуту ровный, но очень слабого наполнения. Дыхание до 30—34 в минуту. Язык чистый и влажный. Кожа и видимые слизистые очень бледны. Границы сердца нормальные, тоны чистые; в легких отдельные сухие хрипы справа под лопаткой.

Живот умеренно вздут; при пальпации отмечается небольшое напряжение и болезненность брюшной стенки в правой подвздошной области. Блюмберг всюду положительный. Перкуссия указывает на наличие свободной жидкости в брюшной полости; флюктуации не обнаружено. Кожа, покрывающая соски и околососковые кружки, пигментирована. Монтгомеровы железы выступают довольно резко. Получить каплю молозива не удается.

Наружные половые органы нормальны. Слизистая оболочка влагалищного свода слегка синюшна, выделений из влагалища нет.

При бимануальном исследовании — влагалищная часть матки имеет форму усеченного конуса, нормальной величины, мягковатой консистенции. Наружный зев круглый. Тело матки слегка увеличено, отклонено несколько влево и также мягковатой консистенции; форма его нормальная.

Длина полости матки при измерении зондом небольшая и не соответствует сроку беременности, предполагаемому по данным анамнеза. Левые придатки не определяются; с правой стороны ближе к внутреннему зеву прощупывается мягковатая разлитая резистентность величиною с кулак взрослого человека, довольно тесно связанная с маткой. Определить скопление жидкости в малом тазу не удается.

Клинический диагноз: Graviditas extrauterina; haemorrhagia diffusa in cavum abdominale.

Больная взята на стол. Под эфирным наркозом нижняя срединная лапаротомия в Тренделенбургском положении. Брюшная полость переполнена кровью, на поверхности которой плавает плод по своей величине соответствующий 4-месячной беременности. Матка выведена в рану; она увеличена (как при $1^1/_2$ 2 мес. беременности) и мягковата. Левая труба и яичник не изменены. Справа же на уровне внутреннего зева имеется объемистое, величиною с кулак взрослого человека, разорвавшееся плодовместилище, связанное с маткой ясно выраженной, широкой, компактной ножкой. На наружно-нижней поверхности плодовместилища (рудиментарного придаточного рога матки) расположены макроскопически неизмененные яичник и правая труба; от латеральной поверхности его отходит и круглая связка.

После наложения клеммов, разорвавшийся рог матки вместе с яичником и трубой удалены, сосуды раздельно лигированы, и произведена частичная перитонизация. Сгустки крови по возможности удалены. Брюшная стенка послойно зашита наглухо.

Описание препарата. Извлеченная из брюшной полости опухоль представляет собой овальной формы тело с несколько веретенообразным выступом в нижне-боковом сегменте. Наибольшая длина опухоли 10 см, поперечник в самом широком сечении 5 см и наиболее узком 2 см. Опухоль плотна, темно-красного цвета, богата сосудами. От нижне-наружного сегмента опухоли отходит правая Фаллопиева труба длиною в 9 см, правый яичник и круглая связка. Плод длиною в 5 см прикреплен пуповиной к плаценте, находящейся в верхне-наружном сегменте плодовместилища. Стенка плодовместилища развита неравномерно: наибольшая толщина ее $1^1/_2$—2 см. у основания опухоли, наименьшая $1^1/_2$—2 мм

в периферическом отрезке. При тщательном осмотре анатомического препарата установлено, что ножка его не канализирована.

Микроскопически (д-р Дашкевич) миометрий рудиментарного рога значительно утолщен, мышечные волокна гипертрофированы. Богато развита сосудистая сеть. Мышечный слой в месте расположения плаценты истончен. Плацентарная ткань имеет обычное строение. Децидуальные изменения без особенностей. Воспалительного процесса и сосудистой реакции не отмечается. Наружная оболочка богата соединительно-тканными волокнами.

В послеоперационном периоде — пневмония.

23/IX, т. е. на 13-й день, больная выписалась в хорошем состоянии.

Поступила в ред. 1/XI 1937.

Из Бердичевской акуш.-гинекологическ. больницы и б-цы Кр. Креста.

Два случая родов сросшимися двойнями.

Р. М. Либерберг.

Первый случай. 30/IV 1932 г. в Бердичевскую акуш.-гинеколог. больницу (история родов № 11-8) поступила гр. Л. К., 18 лет, замужняя, работница обувной фабрики, еврейка. Мужу ее 19 лет, замужем меньше года, беременна 1 раз. Считает себя беременной около 7 месяцев; когда были последние месячные, не помнит, месячные начались с 13 лет, длятся по 5—6 дней. Первое движение плода почувствовала 2 месяца тому назад. Все время чувствовала движения ребенка очень слабо. Последние половые сношения были две недели тому назад. Роженица консультацию посещала неаккуратно, всего два раза. Последний раз была в консультации 25/IV, причем на карточке имеется запись врача—сердцебиение плода не слышно. У роженицы было 6 братьев и сестер, все умерли, алкоголизм и сифилис отрицаются, двойней и уродств в роду не было.

Боли начались 29/IV в 18 часов, воды отошли 30/IV в 14 ч. 30 м. Исследование мочи—норма. Таз d. sp. 28, d. cr. 30, d. troch. 31; con. ext. 20. Высота дна матки над лобком равна 36 см. Груди развиты удовлетворительно, промежность невысокая.

При наружном исследовании положение плода не определяется, сердцебиение не выслушивается. Предлежащая часть—головка. Роды 30/IV в 15 ч. 30 м. Сначала в половой щели показалась спинка плода, затем прорезались ягодицы, а за ягодицами ножки, плечики и головка. После этого родившийся плод все же оказался тесно связанным с чем-то внутри родового канала. При неослабевающей родовой деятельности матки постепенно родились—вторая головка, спинка и ножки второго плода.

Родившиеся сросшиеся двойни (девочки) имели отдельные верхние и нижние конечности и обращены друг к другу лицами. Срощение произошло по передней стенке грудной клетки от шеи до пупка таким образом, что пуповина оказалась общей, плацента одна, хорион и амнион общие. Плоды производят впечатление недоношенных (см. фотоснимок) и, действительно, весят вместе 1600 г., вес плаценты 590 г. Несколько минут торакопаги жили, затем дыхание прекратилось. Ввиду сильного кровотечения было произведено ручное отделение последа.

Послеродовой период проходил благополучно, инволюция матки хорошая, температура до дня выписки, 6/V 32, была нормальна. Рентгенограмма плодов не дала никаких очевидных патологических изменений костей. Сращение идет только по передней стенке грудной клетки и охватывает мягкие ткани.

Второй случай. 2/III 1933 г., в 14 ч., в больницу Об-ва Кр. Креста была принята в родах Е. А., русская, 28 лет. Месячные начались 15 лет, продолжительность их 5 дней, всегда регулярны. Замужем 8 лет. Работала в качестве воспитательницы на детской площадке. Беременна 6-й раз: I—нормальные роды в 1927 г., родила живого мальчика, II—в 1928 г. нормальные роды (девочка), III—в 1929 г.—искусственный аборт 6 нед., IV—в 1930 г. тоже, V—в 1932 г. непроизвольный аборт 3-месячный, закончившийся в больнице операцией выскабливания матки.



Перенесла в детстве корь. Туберкулез и сифилис отрицает. Цитохолевая реакция и р. Мейнике отрицательны. Дед со стороны отца—алкоголик, отец также алкоголик, лечился. Болела тропической малярией в 1927 г.

Теперь беременна 7-й месяц; когда были последние месячные, точно не помнит. Родовые боли начались 2/III в 10 ч., воды отошли в 11 ч. При прорезывании сначала вышла головка. Акушерка, не предполагая ничего патологического, потянула слегка за голову, и тогда родилась вторая головка, а затем одновременно и постепенно родились обе грудные клетки с верхними конечностями, ягодицы и нижние конечности. Роды закончились в 16 ч. 30 м. Плоды оказались сросшимися грудными клетками и животами.

Длина плодов 37 и 32 см; окружность головы 29 и 2 см; окружность грудных клеток под мышками—32 см; окр. бедра 9 и 7 см; окр. тазов 24 см; вес обоих плодов—1900 г. Окружность животов на уровне пупка 28 см. Кости

черепов без всяких патологических изменений. У одного оказалось 8 шейных позвонков, остальные позвонки у обоих в нормальном числе, ребра по 12 пар, причем нижние ребра соприкасаются. Таз—сросшийся из двух, причем в месте отхождения третьей нижней неразвитой конечности имеется добавочная кость, которая стоит под углом к туловищу и соединена с телом уродов мягкими тканями. Недоразвитая конечность имеет более короткое бедро, из костей голени—только большеберцовую, из костей стопы—только четыре. Верхние конечности имеют обыкновенные кости.

Уроды имеют два мужских половых органа, один около другого. Один penis вместе с мошонкой 3 см длины, другой рудиментарный penis находится ближе к anus'у, длина его 1 см.

В данном случае сросшиеся двойни мужского пола имеют все четыре верхних конечности и три нижних, причем средняя нижняя конечность плохо развита; два половых органа, из которых один рудиментарный. Мы имеем в данном случае торакопигопагов, причем линия сращения непараллельна средним линиям плодов.

Плоды срослись ближайшими частями передних стенок грудных клеток и животов таким образом, что чем ближе к тазу, тем больше общность органов; чем ниже, тем больше срослись плоды—средние линии плодов пересекаются и образуют угол, открытый кверху.

Через 1 час был выделен послед по Креде. Послеродовой период проходил нормально, на шестой день после родов родильница была выписана в хорошем состоянии.

Плоды, как и в первом случае, были недоношенные, нежизнеспособные.

Наличие 2 наружных половых органов, находящихся близко друг к другу, заставляет предполагать наличие соединения полостей мочевых органов и кишечника.

В обоих случаях вскрытие не было произведено, чтобы сохранить препараты.

С точки зрения акушерской в обоих случаях представляет интерес механизм родов. Медицинская литература знает довольно большое количество случаев живых двойных уродств, когда уроды доживали до 28—30 лет и более. Это знаменитые сиамские близнецы, стернопаги, ксифопаги. Чем меньше затронуты внутренние органы, чем поверхностнее сращения, тем жизнеспособнее сросшиеся двойни. Роды всегда при доношенности последних очень тяжелы и вызывают иногда необходимость брюшной операции или сложной эмбриотомии.

В наших случаях уродства имелись недоношенные двойни, почему механизм родов был гораздо проще (по сравнению с развитыми и доношенными двойнями). Так, в первом из них мы имели постепенно рождающиеся спинку, ягодицы, т. е. наблюдали механизм родов, несколько напоминающий механизм „самоизворота“ при родах недоношенного плода в запущенном поперечном положении; в другом случае—рождение одной головки и вслед за ней другой, а затем рождение сразу двух параллельно идущих тел напоминает несколько механизм родов con duplicato corpore.

Какова частота таких уродств—трудно сказать. Мне известно, что за 11 лет в г. Бердичеве приблизительно на 15 тыс. родов было три случая родов сросшимися двойнями (из них один случай покойной А. М. Агейкиной-Волкович, о котором ею было сделано сообщение в Бердичевском мед. об-ве), т. е. 1 случай родов сросшимися двойнями на 5 тыс. родов.

Мы знаем, что двойные уродства встречаются не только у человека, но и в животном царстве. С другой стороны, можно предполагать, что не все случаи таких уродств попадают на страницы медицинской печати.

Поступила в ред. 10/IV 1937.

Из детской хирургической клиники Харьковского медицинского института и Хирургического отд. 5-й детской б-цы (зав. клиникой проф. С. Л. Минкин).

Два случая атрезии девственной плевы у детей и диагностическая ошибка в одном из них.

И. А. Канторович.

В условиях детской хирургической практики заболевания женского полового аппарата сравнительно редки. Обследование наружных и внутренних половых органов у девочек вовсе не производится или производится в тех случаях, когда имеются прямые показания, ввиде жалоб определенного характера, или подозрения на какую-либо патологию.

Заращение девственной плевы принадлежит к тем заболеваниям, которые легко диагносцируются, если при обследовании больной на него обращено должное внимание.

Различают врожденную и приобретенную атрезию девственной плевы. Врожденная атрезия может дать о себе знать симптомами давления, иногда тотчас же после рождения, вследствие скопления секрета в закрытом влагалище во время утробной жизни, чаще же эта аномалия развития выявляется в период полового созревания (Славянский).

Приобретенные атрезии чаще являются осложнениями целого ряда детских заболеваний, ведущих к язвенным процессам вульвы и влагалища и вызывающих вторичное заращение их. К таким заболеваниям относится: корь, скарлатина, дифтерия и др.

Местные симптомы этих страданий незначительны и поэтому на фоне тяжелой основной болезни часто просматриваются. Атрезию в детском возрасте может вызвать и вульвовагинит гонорройного характера.

В нашей клинике мы за короткий срок наблюдали два случая атрезии девственной плевы, причем в одном из них допущена была диагностическая ошибка.

Случай I. История б-ни № 102/63. Б-ная Е., 14 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в животе. Заболела два месяца тому назад. Постоянно существующие боли периодически усиливаются. Боли держатся главным образом в правой половине живота и отдают в поясницу и спину. За день до поступления в клинику прис уп резких болей, длившийся около 8 час. и сопровождавшийся рвотой. В последнее время в правой половине живота появилась опухоль, упорные з поры и периодическая задержка мочеиспускания.

Перенесенные инфекции: корь, коклюш и дифтерия. Со стороны наследственности отягчающих данных нет. Мать отмечает, что за последние два месяца девочка значительно похудела. На протяжении последнего месяца девочку осматривали несколько раз врачи различной специальности, в том числе гинеколог и хирург; больная была повторно рентгеноскопирована и направлена в клинику с предположительным диагнозом „опухоль почки".

При исследовании больной—живот мягкий, не вздут. Вправо от пупка прощупывается опухоль плотно эластической консистенции, несколько болезненная на ощупь, округлой формы, около 12 см в диаметре, с печенью и почкой не спаянная, подвижна. Кожные покровы над опухолью нормального цвета. Область живота, соответствующая расположению опухоли, несколько выпячена. При дыхании опухоль не смещается. Перкуторно над опухолью тупость. При

исследовании per rectum определяется опухоль, расположенная кпереди, плотная, болезненная, мало подвижная, верхний край опухоли не определяется. Заключение рентгенолога: „дефектов тени не отмечается, пальпируемый под экраном tumor с кишечником не связан".

Исследование крови—лейкоцитов 16920 с небольшим сдвигом влево. Со стороны мочи незначительные изменения.

Больная в клинике наблюдалась до операции в течение 5 дней. За эти дни температура субфебрильная, ежедневные жалобы на приступообразные боли в области правой почки, уменьшающиеся после грелки и Extr. Belladon. Опухоль хорошо пальпируется, за дыханием не следует, тупость на месте ее расположения, подвижность, болезненность, быстрый рост (2 месяца); девочка за это время сильно похудела, на основании этого был поставлен диагноз „опухоль брыжейки" (Sarcoma). С этим диагнозом больная была оперирована.

По вскрытии брюшной полости опухоль оказалась увеличенной маткой, соответствующей по своим размерам беременной матке в 2 — $2^1/_2$ месяца. Яичники увеличены, трубы не изменены. Шейка матки расширена. Брюшная полость зашита наглухо. Произведенный тут же осмотр наружных половых органов обнаружил атрезию плевы, которая напряжена и выпячивается между губами. Плева разрезана, выделилось около 100 г тягучей крови.

Послеоперационный диагноз: Atresia hymenis, Haematometra et Haematocolpos.

Послеоперационный период протекал тяжело. Первые дни осложнились упорной задержкой мочи. Из влагалища выделялась кровь, но отверстие в плеве постепенно суживалось, и его ежедневно расширяли зондом. На 6-й день сняты швы—операционная рана зажила первичным натяжением. На 8-й день температура резко повысилась, отверстие в плеве вскрылось. После расширения выделилось 75 г зловонного гноя. В дальнейшем состояние больной улучшилось, хотя температура продолжала оставаться повышенной в течение 10 дней. Из влагалища в течение этого периода отходили гнойные выделения. Отверстие в плеве расширено Гегоровскими расширителями до № $10^1/_2$, систематические спринцевания влагалища. В дальнейшем выздоровление.

Случай II. Ист. болезни № 627/22. Больная Р-ва А., 2 лет, доставлена каретой скорой помощи по поводу подострого аппендицита. Больна $1^1/_2$ м-ца. Жалобы на боли в нижней части правой половины живота. Температура до 38°. Была многократная рвота. Первый приступ длился около 2—3 недель. Второй приступ появился за неделю до поступления в клинику и проявил себя болями в нижней части правой половины живота, многократной рвотой и температурой, доходящей до 38°. При осмотре со стороны внутренних органов уклонений нет. Живот мягкий, в правой подвздошной области отмечается небольшое напряжение передней брюшной стенки и болезненность в этом участке. Симптомы Блюмберга, Ровзинга отрицательны. Растительность женского типа. Плева полностью закрыта, выпячена, и через нее просвечивает кровь. При исследовании per rectum: матка величиной с кулак, тестоватый консистенции. Трубы с обеих сторон увеличены. Исследование болезненно.

Во время пребывания в клинике температура от 37 до 39° по вечерам, рвота по нескольку раз в день и боли в животе. На 38-й день пребывания через плеву прорвалась кровь, отверстие расширено пинцетом. Из влагалища выделяется много густой темной крови. После отхождения крови больная стала себя чувствовать лучше. Температура в пределах нормы.

Через 12 дней больной под местным обезболиванием сделана Hymenotomia. В заднем отделе удалена часть плевы. Гладкое послеоперационное течение и выздоровление.

Приводимые мною два случая—сравнительно редко встречающиеся пороки развития женского полового аппарата; они подчеркивают необходимость тщательного обследования полового аппарата девочек, особенно в пубертатном периоде.

В первом нашем случае мы допустили тяжелую диагностическую ошибку и произвели лапаротомию только потому, что не произвели соответствующего обследования [1]. Наблюдавшим эту больную врачам разных специальностей, в

[1]) При оперативном лечении скоплений крови в половом канале на почве гипатрезий, как правило, нельзя ограничиваться только восстановлением отверстия в существующей перегородке, а следует зачастую вслед за этим производить лапаротомию для осмотра состояния брюшной полости. *Ред.*

том числе и гинекологу, не пришла мысль об обследовании наружных половых органов. Второй случай, поступивший вскоре после первого нами был правильно распознан и лечен лишь потому, что после первого случая клиника изменила свое отношение к гинекологическому исследов нию девочек в сторону обязательного обследования наружных половых органов у всех девочек, особенно в пубертатном периоде.

Из Центральной клинико-диагностической лаборатории (завед. А. А. Кулагин) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

К методике подсчета кровяных телец в камере И. Т. М. О. с сеткой Горяева.

А. А. Кулагин.

Описание сетки Горяева. В 1935 г. Ленинградский институт точной механики и оптики освоил производство камер для счета кровяных телец. Выпускаемые камеры сделаны из одной стеклянной пластинки, построены по типу двойной камеры Бюркера и снабжены оригинальной сеткой Горяева [1]). Нужно сказать, что до появления этих камер на нашем рынке были только камеры Экспериментальной лаборатории О.В.У. ЮЗ (Одесса), камеры низкого качества, что ставило лабораторных работников в безвыходное положение.

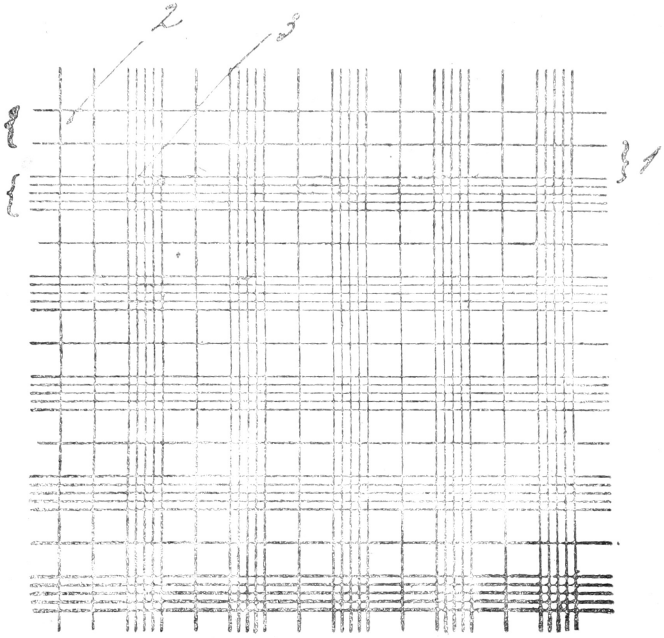
Так как выпускаемые Ленинградским институтом камеры не снабжены описанием сетки Горяева или наставлением, как пользоваться сеткой и производить вычисления (и их нет также во всех распространенных руководствах по методике лабораторных исследований), я считаю не лишним заполнить этот пробел.

Сетка Горяева, представляющая собой расширенную сетку Предтеченского, имеет форму квадрата, каждая сторона которого равна 3 мм, а площадь сетки = 9 кв. мм.

Горизонтальными и вертикальными линиями, расположенными на расстоянии $^1/_5$ мм одна от другой, квадрат делится на 15 горизонтальных и 15 вертикальных широких полос; пересечением линий образуются большие квадраты со сторонами, равными $^1/_5$ мм и площадями в $^1/_{25}$ кв. мм. Следовательно, каждая полоса содержит по 15 таких квадратов. Каждая третья широкая полоса (горизонтальная и вертикальная) тремя параллельными линиями разделена на 4 узкие полоски шириной в $^1/_{20}$ мм. В квадратах узкие полоски образуют по 4 горизонтальных или вертикальных прямоугольника, а на местах перекреста по 16 малых квадратов. Сторона малого квадрата равна $^1/_{20}$ мм, а площадь $= ^1/_{400}$ кв. мм, т. е. малый квадрат сетки Горяева равен малому квадрату всех других сеток, принятому за единицу счетной поверхности при

[1]) Кроме оригинальной сетки Горяева известна еще сетка Горяева-Паппенгейма, представляющая редуцированную сетку Горяева.

подсчете эритроцитов. Т. е. сетка Горяева так же, как и сетка Предтеченского, имеет следующие преимущества по сравнению



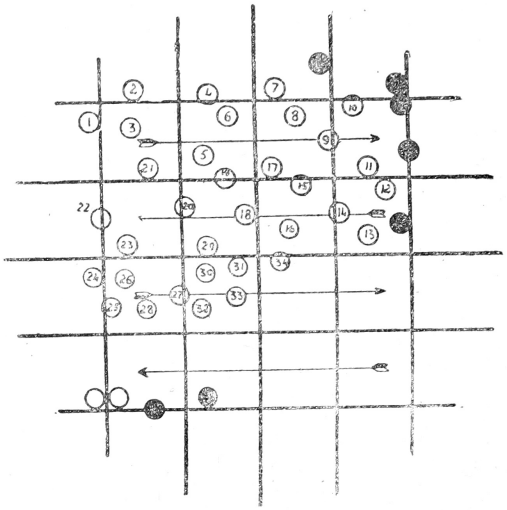
1—широкая полоса сетки. 2—большой квадрат. 3—большой квадрат, разделенный на 16 малых квадратов (один малый квадрат заштрихован)

со всеми другими распространенными сетками: 1) отсутствие в сетке двойных и тройных линий не мешает счету и не требует напряжения внимания для отстраивания от них; 2) простые и ясные границы больших квадратов с группами по 16 малых квадратов четко выделяются в поле зрения микроскопа среди образующих их и затем расходящихся перпендикулярных линий; 3) сетка имеет большую площадь для счета красных кровяных телец: во всей сетке 400 малых квадратов, общая их площадь равна 1 кв. мм, т. е. равна всей площади сетки Тома и более, чем в два раза, превышает площадь всех малых квадратов сетки Бюркера (169 малых квадратов).

По сравнению с сеткой Предтеченского сетка Горяева обладает одним лишним достоинством—большей площадью (площадь сетки Предтеченского—4 кв мм.), что имеет большое значение при счете белых кровяных телец. И если сам Предтеченский свою сетку в комбинации с камерой Бюркера считал «наиболее удачным разрешением вопроса, каким аппаратом надо пользоваться для счета форменных элементов крови»[1]), то комбинация сетки Горяева с двойной камерой Бюркера является наиболее удачной, наиболее удобной из всех существующих и заслуживает самого широкого внедрения в наши лаборатории, как один из элементов рационализации лабораторной методики. Поэтому мы должны

[1] В. Е. Предтеченский. Руководство к клинической микроскопии. 4-е издание. 1913, стр. 76.

приветствовать появление камер И.Т.М.О. и выразить признательность Центральной Комиссии по стандартизации медицинских приборов при НКЗдр. СССР за ее в высшей степени удачный выбор типа камеры и сетки для снабжения медицинских лаборато-



Принцип подсчета кровяных телец. В поле зрения микроскопа большой квадрат, разделенный на 16 маленьких. ◯—кровяные тельца, подлежащие сосчитыванию, ◍—не подлежащие сосчитыванию.

рий Союза. Только консерватизмом и преклонением перед «заграницей» можно объяснить тот факт, что предложенная в 1896 г. сетка Предтеченского и описанная в 1910 г. сетка Горяева не получили в свое время широкого распространения [1]).

Методика счета в сетке Горяева. Счет красных кровяных телец производится в больших квадратах, содержащих по 16 малых. Сосчитывают обычно не менее 5 таких квадратов, т. е., не менее 80 малых. Сосчитывание в 5 больших квадратах производится или по диагонали сетки, или в средней полосе. Если требуется подсчитать 10 квадратов, то рекомендуется производить подсчет в квадратах верхней и нижней полосы. Для подсчета 15 квадратов берутся верхняя, средняя и нижняя полосы, для 20—все полосы, кроме средней. Само собой разумеется, что речь идет о полосах, разделенных на узкие полоски. Самое сосчитывание лучше производить не в каждом малом квадрате по отдельности, а по группам из 4 таких квадратов, расположенным в 4 ряда: сначала сосчитывается верхний ряд слева направо, затем второй справа налево, третий—слева направо, четвертый—справа налево. При подсчитывании эритроцитов, расположившихся на линиях сетки,

[1]) Сетка Предтеченского в комбинации с камерой Тома известна под названием камеры Габричевского, в комбинации с камерой Бюркера, как камера Ключарева.

мы пользуемся принципом к а с а н и я, рекомендованным Егоровым, как наиболее простым и объективным.

Результаты сосчитывания эритроцитов записываются или отдельно для каждого ряда, или при непрерывном счете сразу для всех 16 квадратов.

Вычисление производится по формуле:

$$E = \frac{e.\ 400.200.10}{80} = e.\ 10000,$$ где

E—число эритроцитов в 1 кб. мм исследуемой крови (искомая величина);

e—число эритроцитов, сосчитанных в 80 малых квадратах;

$\frac{1}{400}$ кв. мм—площадь малого квадрата;

1 : 200—степень разведения крови;

$\frac{1}{10}$ мм—глубина камеры или толщина слоя жидкости, в котором производился подсчет.

Практически, для получения числа эритроцитов в 1 кб. мм исследуемой крови при подсчете в 80 малых квадратах и разведении крови 1 : 200 достаточно к полученной цифре приписать справа четыре нуля (т. е. умножить ее на 10000). Напр., в 80 малых квадратах сосчитано 497 эритроцитов, содержание эритроцитов в 1 кб. мм исследуемой крови = 4.970 000. При подсчете б е л ы х к р о в я н ы х т е л е ц мы пользуемся широкими полосами, причем, как правило, за единицу счетной поверхности берем не отдельный квадрат, а целую полосу во всю ширину сетки (ширина полосы = $^1/_5$ мм., длина полосы = ширине сетки = 3 мм, площадь = $^3/_5$ кв. мм). Таких полос подсчитывается не менее 10; в случае лейкопении подсчитываются все 15 полос или даже наполняются обе камеры и подсчитываются обе сетки. В тех случаях, когда подсчет ограничивается 10 полосами, удобнее пользоваться пятью парами полос, не разделенных на узкие полоски. Только в случаях с большим содержанием белых телец (большой реактивный лейкоцитоз, лейкемический состав крови) сосчитывание производится по отдельным квадратам или группам квадратов.

В течение подсчета полосы непрерывно передвигаются под линзой микроскопа. Для ускорения подсчет производится зигзагообразно: первая полоса сосчитывается слева направо, вторая—справа налево и т. д.

Вычисление содержания белых кровяных телец производится по формуле:

$$L = \frac{1 \cdot 10 \cdot 10}{9} = \frac{1 \cdot 100}{9}$$ — для всей сетки (15 полос = 9 кв. мм);

для $^2/_3$ сетки (10 полос = 6 кв. мм.): $L = \frac{1 \cdot 100}{6}$;

для $^1/_3$ сетки (5 полос = 3 кв. мм): $L = \frac{1 \cdot 100}{3}$.

L — число белых кровяных телец в 1 кб. мм. исследуемой крови (искомое);

l — число белых кровяных телец сосчитанное в 15 (10,5) полосах

1 : 10—степень разведения крови;

$^1/_{10}$—глубина камеры.

Сосчитывание в камере лучше всего производить, пользуясь объективами: 5 и 5^l Лейтца, D (40^x Цейсса, 6b Рейхерта, 40^x советского производства и окуляром 11 (5^x). При отсутствии указанных объективов, а также во избежание раздавливания дорогих шлифованных покровных стекол для камер (равным образом при пользовании еще более толстыми покровными стеклами) можно рекомендовать слабые объективы (с большим рабочим расстоянием ; напр., очень удобны 20^x советские объективы и 10^x окуляры; при меньших увеличениях объективов (16^x, 10^x) следует брать более сильные окуляры (увеличение должно быть не менее 200).

В заключение позволю себе выразить уверенность, что описание камеры Бюркера с сеткой Горяева (камеры ИТМО) и пользования ею войдет в новые издания всех советских руководств по методике клинического лабораторного исследования, а самая камера получит общее признание и широкое распространение в лабораториях Союза.

Литература. 1. Горяев, Харьковский медицинский журнал, 191 .—2. Он же, Русский врач (№ 6, 1914 — . Он же, Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik. Bd. 43. s. 94—99, 1926 —4. Егоров, Методика массовых исследований крови, 1932.

Поступила в ред. 3/IV 1938.

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

Картина белой крови при туберкулезе легких.

А. А. Кулагин.

Изучение картины белой крови, ставшее в клинике повседневным, является таким методом клинического исследования, который позволяет проникать в сущность реакций организма, получать ценные указания для их понимания, а следовательно, лучше выполнять основное наше назначение — оказание помощи больному. Стремление найти в картине белой крови эти указания и применить их для уточнения распознавания, лечения и предсказания при легочном тбк так же, как это оправдалось в клинике многих других заболеваний, послужило для многих фтизиатров и гематологов стимулом к подробному и кропотливому изучению белой крови. Особенности тбк, как заболевания с алергической реакцией растягивающегося на годы и десятилетия, с ремиссиями и обострениями, обилие клинических форм с различными путями распространения и различной степенью поражения легочной ткани, различная степень интоксикации организма, частое присоединение вторичной инфекции, наконец, индивидуальные черты реакции организма в зависимости от конституциональных его особенностей, социальных и бытовых условий—все это чрезвычайно осложняет как проявление реакций белой крови, так и их изучение. Поэтому, несмотря на обилие научных работ по интересующему нас сейчас вопросу, здесь нет единства в понимании отдельных сторон реакции. Отчасти это зависит от недостаточности наших знаний относительно протекающих в организме биологических процессов. Наряду с этим мы имеем также много условий, лимитирующих обобщение всех добытых в этой области фактов, а подчас делающих их даже непригодными для изучения.

Я имею в виду, во-первых, различную методику исследования крови как в смысле принципиальных установок, так и в смысле технического выполнения; во-вторых, — различия в принципах классификации отдельных форм легочного тбк, которыми пользовались авторы и с которыми они пытались увязать полученные результаты гематологических исследований.

Отсутствие единства в методике делает очень трудным сравнение и обобщение результатов, полученных разными авторами, а следовательно, и невозможным использование всего коллективного опыта в интересующем нас вопросе. С другой стороны, такое изучение лимитируется различными принципами, которые были положены в основу классификации клинических форм тбк легких. Многие советские авторы пользовались классификацией

II Всесоюзного туберкулезного съезда в ее самой упрощенной, я бы сказал, механически усвоенной форме—указание стадии по Турбану и степени компенсации процесса: IA, IIA, IIIA; IB, IIB, IIIB и т. д. (Тумановский, Эмдин и Василевский и др.). Другие пользовались классификацией, основанной на патолого-анатомическом характере изменений (преобладание эксудативных или продуктивных изменений (Ромберг, Братчиков и Гликман, Горяев и др.); третьи—по клиническому течению и патолого-анатомическому характеру процесса (Штэйдтнер). Отдельные авторы пользовались клинико-анатомической классификацией Бард-Нэймана.

Само собой разумеется, что сопоставление полученных изменений крови и болезненного процесса затрудняется настолько, что в основном при оценке картины крови приходится довольствоваться делением на легкие и тяжелые формы, говорить об улучшении и ухудшении, об эксудативных и продуктивных формах и т. п., т. е. довольствоваться динамикой процесса, но динамикой в самом общем смысле.

Переходя к анализу картины белой крови при легочном тбк, сначала опишу изменения отдельных ее элементов.

Общее количество лейкоцитов (лейкоцитоз).

Общее количество лейкоцитов при тбк легких, как правило, не достигает уровня, наблюдаемого при других инфекциях. На основании литературных данных и собственных наблюдений, я могу сказать, что в начальных, уже выраженных, но не осложненных формах общее число лейкоцитов оказывается нормальным и даже пониженным; в дальнейшем течении, по мере ухудшения процесса, особенно при обострениях, лейкоцитоз может доходить до 10—12 т., реже до 15 т. и еще реже—до более высоких цифр. Последние всегда должны напоминать о возможности, даже вероятности, вторичной инфекции. По мере затихания процесса периоды высокого лейкоцитоза сменяются близкими к норме количествами лейкоцитов.

О семиологическом значении отдельных элементов белой крови.

Лимфоциты. «С легкой руки Бергеля среди клиницистов в настоящее время распространен взгляд, что лимфоцитарная реакция характерна для туберкулеза», говорит Николаев (Руководство по межуточному обмену. Стр. 61). В действительности Бергель только суммировал делавшиеся до него высказывания и пытался подвести научную базу под эмпирически установленные и не всегда правильно понимаемые факты с точки зрения выдвинутой и защищаемой им теории липолитической функции лимфоцитов. Мнение о том, что лимфоцитоз является характерным изменением белой крови при тбк и имеет благоприятное значение в оценке болезненного состояния, стало ходячим еще до работ Бергеля.

При оценке содержания и изменения количества тех или иных элементов крови у нас имеются две отправные точки: первая—стандарты нормального содержания этих элементов и вторая—исходные количества у данного лица. Это имеет особое значение для лимфоцитов. Нормы содержания лимфоцитов, дававшиеся разными авторами, являются довольно условными: Максимов—20 — 22%, Паппенгейм — 22%, Шиллинг—21—25% до 35%, Ром-

берг—20—30%, Егоров—26,5% для женщин и 28,5% для мужчин. За время мировой войны и последующий за ней период и эти условные нормы были подвергнуты ревизии. Паппенгейм (1915) внес поправку, согласно которой за норму должно приниматься содержание лимфоцитов до 30%. Клинэбергер (1917) описал так наз. военный лимфоцитат до 40% и выше при увеличении лейкоцитоза до 8—12 тысяч. В послевоенные годы были отдельные работы, например, Виттигера (1923), где отмечалась тенденция к возвращению содержания лимфоцитов к норме.

Правильнее всего было бы пользоваться исходными цифрами данного больного, как отражающими индивидуальные свойства крови, но, к сожалению, мы редко имеем возможность получить гемограмму интересующего нас больного до его заболевания.

Авторы единодушны в том, что высокое содержание лимфоцитов при всех формах легочного тбк имеет благоприятное значение и при улучшении состояния содержание их нарастает.

Имеются наблюдения, подтвержденные Горяевым, которые вносят поправку в общепринятое мнение, уточняющие его в том смысле, что благоприятное значение повышения количества лимфоцитов верно для тех случаев, где было пониженное содержание их, высокое же исходное содержание лимфоцитов понижается параллельно с улучшением процесса и приближается к нормальным цифрам. Обратно, понижение количества лимфоцитов ниже нормы является неблагоприятным симптомом.

Нейтрофилы. Как известно, количественные колебания нейтрофилов и лимфоцитов, как элементов двух антагонистических кроветворных систем (с точки зрения дуалистов), в общем противоположны: с увеличением лимфоцитов мы наблюдаем уменьшение нейтрофилов и наоборот. Относительные числа нейтрофилов в случаях, неосложненных вторичной инфекцией, повышаются, но обычно не достигают очень высоких цифр. На большом и тщательно изученном материале своих наблюдений на кумысе Горяев отметил повышение количества нейтрофилов свыше 75% в 8 случаях из приведенных в сводке 92 (5,7%), причем наиболее высокие цифры: 83,2, 82,0 и 80,5% отмечены в 3 случаях из 72, подвергнутых углубленному анализу. Увеличенное содержание нейтрофилов характерно для случаев с неблагоприятным течением; для форм латентных и доброкачественных характерно нормальное количество нейтрофилов и даже нейтропения. При улучшении отмечается уменьшение процента нейтрофилов, где он был повышен, и увеличение его для случаев с нейтропенией, т. е., возвращение к нормальным отношениям.

Более интересными, не требующими углубленного анализа, являются качественные изменения нейтрофильной картины. Уже Арнэт указал на ядерный сдвиг нейтрофилов при тбк. По мере внедрения в повседневную практику изучения ядерного сдвига нейтрофилов, особенно по упрощенной методике Шиллинга, он все более и более привлекал к себе внимание. Шиллинг так определяет значение сдвига: «Совокупность тбк случаев показывает, что клинически лимфоцитоз, упоминаемый в учебниках, редко встречается при тяжелом заболевании, что в клиническом отношении

более интересным является сдвиг, причем самое наличие его более важно, чем степень, хотя при вторичной инфекции степень сдвига обычно соответствует тяжести случая». По мнению большинства авторов, ядерный сдвиг нейтрофилов при тбк имеет все черты дегенеративного сдвига за счет увеличения палочкоядерных нейтрофилов с дегенеративными изменениями ядра и протоплазмы. Появление юных и миэлоцитов наблюдается в острых случаях и в последнем периоде болезни.

При тбк ядерный сдвиг нейтрофилов дает по Шиллингу:

1) хорошо выраженный параллелизм с процессом в легких, даже при отсутствии лихорадки и особенно при вторичной инфекции;

2) более точное указание на наступившее уже излечение или на опасность рецидива (сдвига ядра после лечения быть не должно);

3) чувствительный вспомогательный показатель реакции при лечении туберкулином (аналогично опсонинам).

Увеличение ядерного сдвига неблагоприятно характеризует процесс, говорит за его тяжесть при однократном исследовании или за обострение, ухудшение процесса, присоединение вторичной инфекции, если усиление сдвига обнаруживается при повторных исследованиях. Здесь, однако, анализ изменений в составе других элементов крови может изменить оценку гемограммы, как мы это увидим ниже.

Моноциты. Клиническое значение моноцитов в картине болезненного процесса определяется происхождением этих элементов из р.-э. с. Однако одни аа. при оценке картины крови совершенно не принимают во внимание моноцитов (Михайлов, Ловцкий, Тумановский), другие дают самые разнообразные и противоречивые оценки их значения. Шиллинг считает увеличение количества моноцитов защитной реакцией организма; по его мнению оно выступает в картине крови при начинающемся выздоровлении, как «критический» симптом. В частности при тбк, как и при других хронических инфекциях, моноцитоз является признаком продолжения инфекционного процесса.

Горяев так суммирует свои впечатления: «Гипермоноцитоз, не будучи определенно неблагоприятным признаком, в ряде случаев появляется при обострении процесса», следовательно, должен считаться показателем активности процесса; отсюда вытекает необходимость осторожности с применением раздражающей терапии и с предсказанием. Уменьшение гипермоноцитоза во многих наблюдениях Горяева совпадало с улучшением в болезненном состоянии; если гипермоноцитоз—признак активности, то понижение его свидетельствует об уменьшении активности процесса (интоксикации). В ряде случаев повышение количества моноцитов сопутствовало улучшению и производило впечатление благоприятного симптома. Сопоставляя полученные результаты исследования крови с результатами кумысолечения, Горяев отмечает чаще моноцитоз на уровне 8—10% при благоприятных результатах применения кумыса и оценивает его, как выражение двух влияний кумысолечения: стимулирования мезенхимы и уменьшения интоксикации. Таким образом, следует указать, что выявить законо-

мерности в изменении количества моноцитов не легко. К этому вопросу мне еще придется вернуться в дальнейшем изложении.

Эозинофилы. Пожалуй, еще сложнее обстоит дело с интерпретацией изменений в количестве эозинофилов. Несмотря на то, что эозинофилам и эозинофилии, в частности при тбк, уделено очень много внимания (имеется большое количество работ по этому разделу), в выводах относительно их диагностического значения до сих пор нет согласованности. Нэгели при тяжелом лихорадочном тбк отмечает понижение числа эозинофилов, нередко нормальные числа. Ромберг считает увеличение числа эозинофилов благоприятным признаком для оценки общего состояния. Тумановский наблюдал уменьшение эозинофилов до полного исчезновения при обострениях. По Эмдину и Василевскому—эозинофилия сопровождает доброкачественный процесс, но не является в прогностическом отношении таким надежным фактором, как лимфоцитоз. По мнению других — эозинофилы при тбк имеют большое прогностическое значение, увеличиваются в числе с улучшением процесса и уменьшаются, даже исчезают, при недоброкачественном клиническом течении. Согласно Шиллингу, «эозинофилы представляются наиболее чуствительными к инфекции и к интоксикации, под влиянием которой они, как правило, тотчас же уменьшаются в количестве или же исчезают».

Шультэ-Тиггес считает, что по отношению к эозинофилам особенно применимо биологическое правило: чрезмерное раздражение вызывает ничтожную или парадоксальную реакцию со стороны эозинофилов, т. е. одни и те же раздражения, будучи слабой или средней степени, вызывают гиперэозинофилию, будучи сильной степени, они вызывают гипо—или анэозинофилию. Это явление Шультэ-Тиггес имел возможность наблюдать при спонтанной туберкулезной реакции, когда к концу или по окончании реакции количество эозинофилов было увеличено относительно и абсолютно, в то время как они численно падали или исчезали во время реакции.

Базофилы —нередко обнаруживаются в повышенном количестве, в отдельных случаях до 2,5% (Горяев).

Формы раздражения Тюрка—встречаются от единичных экземпляров до 0,5—1,0% в значительном числе случаев (Горяев).

Было бы неправильно, если бы мы ограничились изучением семиологического значения изменений в количестве отдельно взятых элементов белой крови. Нашей оценке должна быть подвергнута гемограмма в целом, так как только из сопоставления изменений всех элементов, можно делать правильные выводы.

Прежде всего мы должны вспомнить здесь учение о фазах Шиллинга, Николаева; Шиллинг различает 3 фазы: нейтрофильная фаза борьбы, фаза напряжения защитных биологических сил организма, лимфоцитарная фаза выздоровления и промежуточная моноцитарная защитная фаза или фаза преодоления. Исследования Шиттэгельма, Гоффа и особенно Маттауша установили самостоятельное значение моноцитарной фазы. Из этих исследований вытекает, что промежуточная моноцитарная фаза может иметь различное значение в зависимости от того, является ли

она промежуточной в смене нейтрофильной фазы лимфоцитарной, появляется ли она в течении лейкоцитарной реакции в обратном направлении от лимфоцитарной фазы к нейтрофильной, наконец, растягивается ли она на продолжительное время, когда больные не выходят из моноцитарной фазы, защитные силы организма мобилизованы, но их еще недостаточно для выздоровления.

При оценке картины крови в целом мы должны руководствоваться некоторыми основными эмпирически установленными положениями. Например, положение Номикоса, видоизмененное Егоровым: «Картина крови выражает качество и силу (степень) действующих на организм факторов, а изменение лейкоцитоза определяет реактивную способность организма» дает основные ориентиры для понимания гемограммы.

Горяев рассматривает ядерный сдвиг нейтрофилов, как показатель активности процесса и степени интоксикации, и на своем материале подтверждает, что уменьшение сдвига есть благоприятный симптом. «Усиление сдвига—в общем неблагоприятное явление, как показатель известного обострения процесса, известного усиления интоксикации,—имеет однако существенно различное значение смотря по тому, как изменяется лейкоцитарная кривая в других отношениях». Наличие значительного сдвига и одновременно лимфоцитоза описано несколькими авторами (Рэннэн и Бринкман, Эмдин и Василевский). Такие сочетания, несмотря на тяжелые клинические явления (и высокую температуру), позволяют ожидать скорого улучшения (Эмдин и Василевский). Следовательно, усиление сдвига при наличии лимфоцитоза можно рассматривать, как показатель нарастания защитных сил (Рэннэн и Брикман), и оно может иметь место при благоприятном терапевтическом вмешательстве. Наоборот, лимфопения с одновременным выраженным сдвигом ухудшает предсказание, являясь угрожающим признаком.

Шультэ-Тиггес придает особое значение изменениям палочкоядерных нейтрофилов и лимфоцитов. Лимфоцитоз и эозинофилия, если они постоянно повторяются у одного и того же больного, обещают благоприятное течение процесса.

Из подобного анализа взаимоотношений различных групп белой крови были сделаны попытки наглядно представить сдвиги в лейкоцитарной формуле путем выведения специальных показателей. Мы знаем несколько таких показателей: нейтро-лимфоцитарный, лимфо-моноцитарный, показатель ядерного сдвига по Шиллингу, по Мошковскому, число Велеза, так наз. фагоцитарный индекс Григоровой.

Отсюда же попытки аа. подметить определенную закономерность в изменении лейкоцитарной формулы в течение болезни, установить отдельные фазы, характеризующиеся определенным сочетанием различных элементов белой крови. Таково уже упомянутое учение о фазах Шиллинга, Николаева, такова так наз. идеальная кривая Штэйдтнера.

Нейтро-лимфоцитарный показатель есть отношение процентного содержания нейтрофилов к процентному содержанию лимфоцитов: $\frac{\text{н}}{\text{лим.}}$ В норме $\frac{\text{н}}{\text{лим.}} = 67 : 23$ (если брать

средние нормы Шиллинга), или сокращенно 3 : 1. Увеличение показателя является неблагоприятным симптомом, приближение его к норме и уменьшение имеют хорошее значение.

Лимф -моноцитарный показатель: Лим : Мн. = 23 : 6, сокращенно 4 : 1. Если нейтро-лимфоцитарный показатель может иметь практическое значение, как наглядное выражение отношения антагонистических элементов костно-мозгового и лимфоидного кроветворения, численно преобладающих в составе белой крови, то л.-м. показатель едва ли может иметь такое значение: здесь колебания одной величины (мн.) может иметь диаметрально-противоположное значение, а, во-вторых, здесь не принимается во внимание биологически и численно важный фактор—нейтрофилы.

Американские авторы пользуются моноцитарно-лимфоцитарным индексом, т. е. отношением количества лейкоцитов к количеству лимфоцитов; в норме это отношение = 0,3; увеличение индекса свидетельствует об ухудшении процесса. Критические замечания, сделанные мною в отношении предыдущего индекса, с полным правом могут быть отнесены и к данному.

Показатель ядерного сдвига Шиллинга $\frac{М+Ю+П}{С} = \frac{4}{63}$, сокращенно $\frac{1}{16}$ характеризует степень ядерного сдвига нейтрофилов.

Показатель Мошковского (ядерный индекс нейтрофилов ($\frac{аМ+вЮ+П}{100}$, где $а > в > 1$ $М + Ю + П + С = 100$) характеризует среднюю незрелость нейтрофильных клеток и представляет некоторое изменение показателя Шиллинга: отношение $М + Ю + П$ берется не к числу сегментоядерных нейтрофилов, а к 100 нейтрофилам, причем коэффициенты а и в взяты произвольно: а = 10-8, в = 3 2; в норме П = 3-5%, в среднем 4%; Ю = 0,5%, в = 2, поэтому индекс = 0,05.

Число Велеза (ЧВ). Велез обратил внимание на то, что для гематологического диагноза имеет значение не только ядерный сдвиг нейтрофилов, но также изменение отношения нейтрофилов с 3 и 2 сегментами. Число Велеза дает представление об отношении процентного количества нейтрофилов II класса к числу нейтрофилов III класса по Арнэту. В норме 35 : 41, так называемое отрицательное ЧВ. Сдвиг ядра (преобладание нейтрофилов II класса)—«положительное ЧВ» типично для активного тбк.

Фельзенфельд во всех случаях (111 детей), где клинически, иммунологически, рентгенологически и лабораторно найден активный процесс, выявил положительное ЧВ. «ЧВ представляет довольно тонкое проникновение в отношения нейтрофилов и благодаря введению в гематологию может упростить вычисления Арнэта».

Общим недостатком всех таких показателей является стремление отразить биологические процессы в математических формулах. Там, где для таких показателей берутся отношения факто-

ров, семиологическое значение которых известно и количественные изменения выражены ясно, там для наглядности они могут быть использованы. Но там, где для вычисления показателя сваливаются в общую кучу факторы, являющиеся результатом многих и еще недостаточно изученных биологических процессов организма, где размахи колебаний незначительно отличаются от нормальных, там они ясно становятся антибиологическими. Примером может служить «индекс фагоцитоза» Григоровой:

$$\frac{Мц + П + С + Э + Б}{Мн + Лм}$$

«Цель нашего индекса, говорит а.,—уложить в математическую величину степень реакции организма по отношению к вредному началу, т. е. способность организма к фагоцитозу». Здесь перед нами откровенное механистическое сведение сложных биологических процессов к математической формуле.

Штэйдтнер сделал попытку биологически расширить и обосновать значение морфологической картины белой крови для диагноза, прогноза и терапии легочного тбк. С этой целью а. построил схему кривой, вернее, ряда кривых для отдельных элементов белой крови соответственно протяжению всего течения легочного тбк, от начала заболевания до его исхода. Эти кривые построены автором на основе относительных цифр, полученных путем тысяч морфологических исследований крови. Штэйдтнер не говорит подробно о методике своих исследований; из работы видно, что в качестве отправного пункта он пользовался лейкоцитарной формулой Арнэта, в которой из элементов нейтрофильного ряда для характеристики ядерного сдвига брал только палочкоядерные и сегментоядерные элементы. На основании своих исследований а. приходит к выводу, что картину крови при легочном тбк нельзя расценивать как специфический диагностический метод, но только как один из ценнейших, лучших и легче всего устанавливаемых объективных вспомогательных методов. Прогностическое значение морфологическая картина белой крови может иметь только при серийном исследовании. А. считает, что для прогноза и терапии легочного тбк на основании морфологической картины крови недостаточно и серийных исследований, но прежде всего необходимо знание морфологической картины белой крови во всех стадиях болезни на всем ее протяжении.

Однако, как ни ценен труд, потраченный Штэйдтнером для построения его кривой, как ни многообразны представленные в ней фазы, долженствующие отразить основные тенденции в развитии легочного тбк, они все же не могут предвосхитить всего многообразия жизненных проявлений больных организмов, так как никакая идеальная схема, никакая абстракция не может дать предмет во всем своеобразии его качественных и количественных особенностей, в его развитии и взаимодействии с окружающей природой.

Вызываемые тбк заболеванием изменения в крови не ограничиваются только описанными, они распространяются также и на структуру клеток, их ядер и протоплазмы—это будет так называемая *«интрацеллюлярная патология» лейкоцитов.*

Так называемые зернышки Нэгели (дегенеративно измененная нейтрофильная зернистость—Матис), токсическая зернистость Фрейфельд (по мнению Матиса—интергранулярная зернистость), токсически-инфекционная зернистость, токсически-дегенеративная зернистость Шиллинга, патологическая зернистость Моммсена, реактивная зернистость Гиршфельда-Молдавского, некробиотическая зернистость Филиппсборна—обозначения для тех изменений в протоплазме лейкоцитов, которые описаны при инфекционных заболеваниях и воздействии лучистой энергии рентгена и радия на организм.

Токсически-дегенеративные изменения лейкоцитов по Шиллингу и Фрейфельд наступают в костном мозгу, частично в периферической крови (Глоор).

В частности при тбк, по утверждению Моммсена, не возбудитель сам по себе, а его местопребывание определяет появление зернистости. Моммсен понимает образование патологич. зернистости, как коллоидно-химический феномен распада(Entmischungsphänomen), происходящий при взятии крови из адэкватной среды тела с определенной температурой вследствие нарушений коллоидно-химической структуры протоплазмы лейкоцитов (предсуществующей в кровяных тельцах в кровяном токе, как изменение дисперсности их протоплазмы).

Гиршфельд и Молдавский предложили для этой зернистости новое обобщающее название — реактивная зернистость, так как обнаруживали ее не только при болезненных процессах, но также под воздействием лучистой энергии.

Майер изучал токсические изменения лейкоцитов при тбк. В отношении нейтрофилов он отмечает следующие отклонения: более бледную окраску хроматина ядра, собирание его в кучки; нейтрофильную зернистость (в особо тяжелых случаях) в виде крупных темно-фиолетовых или черных скоплений с неравномерным распределением на сероватом фоне протоплазмы; вакуолизацию протоплазмы (1—3 вакуоли). У моноцитов—ядра окрашиваются бледнее, приобретают дольчатый характер, зернистость уменьшается вплоть до равномерно синевато-серого тона протоплазмы. Лимфоциты и др. изменяются мало. Эти токсические изменения, общие всем инфекционным заболеваниям, при тбк выражены в общем слабее, однако при эксудативных формах и смешанной инфекции они выступают резче. На токсических изменениях белых кровяных телец при тбк акцентирует внимание и Фельзенфельд. Было отмечено присутствие в лимфоцитах азурофильной зернистости—регулярное, не специфическое явление при тбк. В нейтрофилах токсические зерна Моммсена А и В—наиболее частое явление. Изменения ядра, базофилия протоплазмы, суданофильные (псевдо-) вакуоли имеют ведущее значение. Зернистость Моммсена появляется при активном тбк и раньше изменения ЧВ. При долго длящемся заболевании число зерен Моммсена убывает. Как правило, автор находил 0,5—2% токсических зернистых клеток при счете 500 нейтрофилов. Повышение их числа свыше 20% при хроническом тбк указывает на плохой прогноз. Диференциально диагностическое значение зернистости Моммсена

ограничено, так как она появляется и при других инфекционных болезнях.

Фрейфельд придает значение токсической зернистости для обнаружения скрыто протекающего тбк.

Горяев на своем материале отмечал в значительном числе случаев гигантские нейтрофилы, присутствие в нейтрофилах грубой зернистости; в своих препаратах он различал 2 вида нейтрофилов: одни со сравнительно широким и бледным ядром с грубой структурой, сероватой протоплазмой, с обильной и сравнительно грубой темной зернистостью, другие—с более темным ядром менее отчетливой структуры и розоватой протоплазмой с более нежной зернистостью, в единичных случаях—вакуолизацию протоплазмы (аналогия с септическими процессами). Одновременно со стороны моноцитов отмечались необычный полиморфизм и сложность ядер, юные моноциты с неясно сетчатыми ядрами, атипические моноциты, гистиоциты и эндотелиоидные клетки.

Шмелев и Маневич, изучавшие значение патологической зернистости при тбк, отмечают прямую связь между патологическими изменениями ядра и протоплазмы нейтрофилов, с одной стороны, и активностью и тяжестью процесса,—с другой, и придают особую ценность патологической зернистости для распознавания ранних форм тбк при отсутствии ядерного сдвига нейтрофилов. Эстрейх, наоборот, в начальных формах не находил патологической зернистости, но отмечает наличие ее при продуктивных формах и особенно обильную и резко выраженную зернистость при эксудативных формах.

Вот те многообразные изменения в картине белой крови, которые мы можем наблюдать при тбк легких.

Не существует ли связи между изменениями крови и пато-морфологическими изменениями в организме? Вот как отвечает на этот вопрос Шиллинг: «Как основное правило надлежит иметь в виду, что картина крови не имеет ничего общего с распространением и локализацией тбк процесса, которые должны определяться на основании клинических исследований. Картина крови всегда соответствует биологической оценке в современном понимании клиники и гистологии, т. е. указывает на развитие процесса и на реинфекцию, гемограмма не обнаруживает неактивные, зарубцевавшиеся или осумкованные творожистые очаги».

Приведу также мнение Братчикова и Гликмана, которое я разделяю.

«...Мы не можем согласиться с теми, которые, как например Панченко, совершенно отрицают зависимость между патолого-анатомическим характером процесса и морфологией крови. Хотя наше утверждение такой зависимости в типичных случаях нужно, конечно, понимать в том смысле, что фактором, определяющим гематологический тип является только *ясно выраженная анатомическая тенденция*[1] (курсив мой. А. К.) (как показатель иммуно-биологического качества самого организма), и что отсутствие ее (анатомический полиморфизм) обусловливает при тбк частоту гемограмм, уклоняющихся от средней». Согласно Эмдину и Василевскому моноцитоз характерен для фиброзных и фибро-ка-

вернозных форм. Моноцитоз с уменьшением количества лимфоцитов говорит за пролиферирующий активный процесс. Уменьшение количества моноцитов при неизмененном количестве лимфоцитов — за эксудат или экстрапульмональную пропагацию процесса (Флимс).

Экспериментальные наблюдения Сэбина и Кеннингэма методом прижизненной окраски показали, что моноциты крови и эпителиоидные клетки тбк бугорков окрашиваются одинаково и что нарастанию моноцитов в периферической крови соответствует образование новых бугорков в пораженных органах.

Подводя итоги всему сказанному относительно картины белой крови в клинике легочного тбк, я позволю себе сделать следующие выводы:

1) картина белой крови не может быть ведущим симптомом в клинике легочного тбк;

2) при систематическом серийном исследовании и критическом анализе она может иметь ценное вспомогательное значение для уточнения динамики процесса, выбора терапевтического вмешательства, контроля за действием терапевтических мероприятий и для предсказания;

3) необходимо дальнейшее изучение белой крови при тбк легких с учетом патоморфологических изменений в легких, изучение реакций белой крови под углом зрения классификации легочного тбк, построенной на определенном пато-морфологическом принципе [1]).

Поступила в ред. 10/IV 1938.

V Украинская конференция по неотложной хирургии и переливанию крови.

Конференция, на которой присутствовал 331 делегат из многих мест Союза, открылась в Киеве 16/V 1937 г.

Председательствует проф. Гальперн.

Академик А. А. Богомолец (Киев). „Проблема механизма действия переливания крови". См. „Хирургия" № 3, 1937 г.

Проф. Н. Б. Медведева (Киев) в содокладе на ту же тему указала, что коллоидоклазический шок сопровождается изменением соотношения белков крови реципиента под влиянием встречи с белками донора. Наиболее слабые мицеллы белка не выдерживают этого удара, осждаются и в дальнейшем попадают под воздействие со стороны ферментов организма, как чужеродный белок. В таких случаях общее количество белка в крови уменьшается и концентрация остаточного азота нарастает. Глобулиновая фракция преобладает. Явления коллоидоклазии после п. к. не ограничиваются одной кровью, а распространяются на клеточные и на тканевые белки. После совместимого п. к. общее количество белка в печени уменьшается на 16%, при одновременном нарастании количества остаточного азота также на 16%. В отжатом соку печени после п. к. количество белка меньше, причем белок теряет свою растворимость. Под влиянием п. к. белок выпадает в осадок. С дальнейшим его расщеплением уменьшается прочность связи тканевых колоидов с водой и преобладают вместо белков альбуминового типа белки глобулинового типа. В прессовом соку

[1]) Работа Боброва и Горкиной „Клиническое толкование гемограммы у тбк легочных больных" (Клин. мед., т. XIV, 8, 1936) появилась и стала мне известна после окончания данной статьи.

скелетных мышц после п. к. уменьшается количество белкового азота. В головном мозгу и в сердечной мышце, как и в печени уменьшается общее количество белка, нарастает концентрация остаточного азота, причем концентрация растворенного азота не меняется.

Проф. А. М. Зюков и А. Л. Шехет (Киев). „Лечение скарлатины переливанием крови".

16/V 1939 г. проф. Зюков впервые произвел п. к. при скарлатине и получил блестящие результаты. С той поры лечено 800 случаев скарлатины. Доклад основан на разборе 234 случаев. Из них средней тяжести было 120 случаев, весьма тяжелых—114. П. к. необходимо производить возможно раньше, как только установлен диагноз. В 108 случаях (45,6%) получен блестящий абортивный эффект: температура снижалась в течение 8-12 часов до нормы. В 70 случаях (29,8%) отмечено значительное улучшение: температура постепенно снижалась, сыпь бледнела.

Незначительное улучшение было получено в 37 случаях—15%, без результата—10 случаев (5,5%), смерть—в 9 случаях (3,8%). Итак, п. к. дает эффект в 75% случаев. Антистрептококковая сыворотка дает 25% успеха и 11,6% смертности, а в 40% случаев развивается сывороточная болезнь. В тяжелых и средней тяжести случаях скарлатины авторы рекомендуют переливать очень медленно от 50 до 100 куб. см крови.

Доц. А. А. Федоровский, В. Н. Мещерский, М. А. Галант (Киев) „Особенности п. к. при скарлатине".

299 случаев п. к. при скарлатине. В 47% наблюдалась реакция, имеющая специфические проявления. Иногда бывали судороги и цианоз. В связи с п. к. было две смерти—0,6 %. Чтобы уменьшить опасность от п. к. при скарлатине, авторы предлагают уменьшить количество переливаемой крови, применять прямое п. к., учитывать подгруппы, чрезвычайно медленно вводить кровь. Быть может следует применять кровь „голодных доноров", содержащую меньше белков и жиров в плазме.

17/V. Председательствует проф. Г. М. Гуревич.

А. Л. Слободской (Харьков). „Задачи организации донорства"

Основная масса доноров находится в областных центрах, а на периферии их мало. Так как в условиях военного времени проблема донорства приобретает еще большее значение, необходимо широко развивать донорство, изучать вопрос о кровозамещающих средах, вопросы консервирования и транспортирования крови. Нужно значительно увеличить число врачей, действительно владеющих методом переливания крови. Нужно заняться предложением проф Беленького о фракционно-сливной крови. Вопрос о донорстве нужно поставить таким образом, чтобы донорство стало массовым, почетным делом.

Доц. И. Л. Райгородский, С. Г. Гехтман и А. П. Залкинд (Харьков). „Анализ гематологических данных работы Кабинета доноров Украинского института за 5 лет".

Обследованию подверглось 345 доноров, которые разделяются на 3 группы: 1) хорошая регенерация—139 человек; 2) при первых взятиях крови хорошая регенерация, но затем гемоглобин снижался на 5%—8%; в этой группе 70 человек; на каждого приходилось в среднем 6,4 кровопускания; 3) регенерация неудовлетворительная—136 человек; гемоглобин снижался до 80%, количество эритроцитов падало; в этой группе частота кровопускания была больше, чем в предыдущей. Нельзя предсказать заранее регенераторные способности донора. Несомненно у женщин кровь хуже регенерирует, чем у мужчин. Кровопускание следует дозировать индивидуально. Влияние питания и образа жизни на регенерацию крови подлежит еще изучению.

Н. Г. Цельтнер (Киев). „К вопросу о регенерации крови после кровопускания".

Кровопотеря у донора довольно значительна от 9 до 10% общего количества крови. Вслед за кровопусканием потеря крови и падение кровяного давления компенсируются работой кровяных депо и капиллярной системы. В ближайшие 2–3 дня еще продолжается падение (абсолютное по Ужанскому) общего числа эритроцитов. Показателем регенерации крови являются ретикулоциты и понижение минимальной осмотической резистентности при повышении максимальной. Кровь регенерирует в течение 6—8 недель. У женщин регенерация нарушается менструальным циклом. Необходимо индивидуализировать повторные кровопускания в зависимости от быстроты регенерации. Работа основана на систематическом обследовании 30 доноров (16 мужчин, 14 женщин)

в возрасте от 20 до 30 лет. К концу месяца полная регенерация была у 8, хорошая—у 5, удовлетворительная—у 9, плохая—у 8 доноров.

Проф. В. В. Ковальский (Киев). „Биохимические исследования регенерации крови у доноров".

После кровопускания значительно повышается количество калия в крови и т. к. количество кальция остается стабильным, то коэффициент K/Ca повышается, что говорит о вовлечении в процесс регенерации вегетативной нервной системы. Повышение калия в крови автор связывает с гемолизом, т. к. другие электролиты остаются на прежнем уровне. Содержание сахара в крови снижается, что можно связать с повышением калия,—синергистом инсулина. Процесс регенерации эритроцитов и гемоглобина имеет две фазы: фазу первого снижения (3—9 дней), затем фазу подъема и—на 15—20-й день—фазу второго падения с последующим постепенным нарастанием. Это волнообразное течение регенерации объясняется истощением факторов, стимулирующих ее. Вторая фаза падения накопляет эти факторы. Белковый азот после кровопотери падает на 13%, также испытывая 2 фазы—снижения и подъема.

Остаточный азот дает подъемы, когда снижается азот белковый. Первый подъем регенерации связан с накоплением веществ аминокислотной фракции. В течение 45 дней нет еще полной регенерации крови в биохимическом отношении.

Проф. Гальперн Я. О. (Днепропетровск). „Реакция Вассермана в консервированной крови".

Кровь люетиков исследовалась в разные сроки хранения, и R. W. всегда оставалась положительной. Хотя положительная R.W. не совпадает с наличием спирохет в крови, однако докладчик призывает к осторожности и проверке данных о гибели спирохет в консервированной крови.

С. Н. Образцов (Киев) „К технике определения титра стандартных сывороток и к определению подгрупп".

Автор определял подгруппы A_1B и A_2B, применяя методику Блинова, предложенную для определения подгрупп A_1 и A_2. Для этого докладчик вводил дополнительно сыворотку A_1B. Разбавляя ее разведенной физиологическим раствором сывороткой B(III), он получал смесь, агглютинирующую эритроциты A_1B в течение 5—6 минут, чего с эритроцитами A_1B не получается в течение 10 и более минут. Автор предлагает рассматривать реакцию в лупу при проходящем свете; он сконструировал для этой цели портативный прибор—гемоагглютиноскоп, состоящий из станка с укрепленной в нем стеклянной пластинкой; под пластинкой расположено под углом зеркало (во всю длину пластинки являющееся источником проходящего света). Над пластинкой расположена на ползунке лупа, перемещающаяся над каплями крови.

Г. Г. Караванов (Харьков). „Переливание трупной крови".

Кровь бралась от 73 трупов главным образом, лиц, умерших от паралича сердца и асфиксии в срок от 2 до 14 часов после смерти; 15 раз ее не удалось получить. Воздух не должен попадать в вену, иначе кровь не пойдет самотеком. Из воротной вены и малого круга кровообращения кровь не поступает. Органы не обеспечиваются, судебномедицинское вскрытие не затруднено. Трупное окоченение не мешает взятию крови. Кровь берется в последнее время без стабилизатора. На 73 взятия—2 раза RW+,9 раз+ —, 2 раза неясна. Кровь консервировалась от 2 до 16 суток. Произведено 64 п. к. (9 раз реакция). На 22 п. к. без стабилизатора—одна реакция. Реакция, особенно озноб, зависит от цитрата. Смерти от п. к. не было.

М. И. Баф и Н. Д. Ланда (Киев). „Сульфат магния как консервант крови".

Изучение осмотической резистентности, РОЭ, количества эритроцитов и лейкоцитов в крови, консервированной 7,5% и 10% $MgSO_4$ (1 часть раствора на 10 частей крови), показало, что изменение этой крови не отличается от изменения крови, стабилизированной цитратом. Произведено 40 п к., консервированной $MgSO_4$ крови (17—7,5% раствором, 23—10%). 10% раствор—лучший консервант. Неприятной стороной метода является скоропроходящее чувство жара при п. к. Реакций меньше, чем после цитратной крови. Продажный сульфат магния должен подвергаться двойной или даже тройной перекристаллизации.

Е. А. Гринберг (Киев). „Опыт изготовления стандартной сыворотки гр. B(III) из сыворотки гр. 0(I)".

Для получения сыворотки группы B (III), встречающейся у нас в 23% случаев, использовалась сыворотка группы $O\alpha\beta$, из которой адсорбировался агглютинин β.

Для этого предварительно отстаивалась цитратная кровь группы B(III), плазма сливалась, а эритроциты смешивались с сывороткой группы Oαβ (одна часть сыворотки к двум частям эритроцитов). После адсорбции в сыворотке оставался лишь фактор α.

Добашевская (Харьков) „Сравнительная оценка титра смешанных стандартных сывороток из донорской и ретроплацентарной крови".

Смешивание сывороток различных титров выравнивает титр по высшему или дает титр значительно выше среднего арифметического. Ретроплацентарная кровь является теперь основным источником стандартной сыворотки. Однако, при ее смешении феномен выравнивания титра по высшему нередко отсутствовал, иногда титр понижался. Причину этого, быть может, следует искать в некоторых примесях к ретроплацентарной крови. Если ребенок иной группы, например, мать Bα, ребенок—Aβ, то примесь плацентарной крови снижает титр сыворотки из-за адсорбции агглютинина А, и подгруппа AII не агглютинируется этой сывороткой.

Розенберг (Полтава). „Использование ретроплацентарной крови".

В течение последнего года собрано 450 банок (по 80 см³) пуповинной и 250 банок (по 40 см³.) ретроплацентарной крови. Вначале докладчик получал лишь 30% стерильной ретроплацентарной крови, после применения своего закрытого способа—65%. Ретроплацентарная кровь имеет ¾ объема плазмы, в ней мало глобулинов, она медленно свертывается, РОЭ замедлена. Произведено 57 переливаний крови по различным показаниям. Реакция была очень слабой. Необходимо проделывать RW на 9-м и 10-м месяцах беременности.

17. V (вечер). Председательствует доц. А. А. Федоровский.

В. Я. Рабинович (Днепропетровск). „Переливание крови при скарлатине".

С июля 1936 г. получили п. к. 171—97 тяжелых и 74 средней тяжести больных скарлатиной. Применялась свежецитратная и консервированная кровь. Производилась перекрестная проба, кроме одного случая, где был шок от свежецитратной крови группы 0(I), благополучно закончившийся. Переливалось от 100 до 300 см³. Переливали между вторым и пятым днем болезни. 10 повторных п. к.. Хороший результат—62 случая, 57 случаев—постепенное снижение температуры; 3% смертности.

М. А. Хелимский и С. Д. Бейлин (Одесса). „Переливание крови при скарлатине по материалам Одесской инфекционной больницы".

251 п. к. у 243 б-ных скарлатиной (148 — средней тяжести, 58 тяжелых), 86 раз была реакция. Сильная реакция отмечалась чаще у тяжелых больных. Осложнения скарлатины были такие же, как и при лечении симптоматическом и антискарлатинозной сывороткой. Из 243 больных умерло 7. П. к. оказывает обрывающее действие в тяжелых случаях. Кровь должна переливаться медленно от одноименного донора.

А. Р. Рабинович (Киев). „К вопросу о механизме действия перелитой крови при скарлатине".

Реакция кольцепреципитации является показателем наличия стрептококкового антитоксина в крови. Докладчик не мог установить параллелизма между положительной реакцией кольцепреципитации в крови доноров и лечебным эффектом. Пассивный иммунитет, следовательно, не передается больному.

Г. А. Лысенко, Н. В. Петровская и Е. М. Вайсберг (Киев). „Изменение крови в случаях скарлатины при лечении переливанием крови". Изучено 109 случаев скарлатины, леченной п. к. В случаях с благоприятным результатом наблюдалось уменьшение общего количества лейкоцитов, в особенности нейтрофилов, а также увеличение количества лимфоцитов и появление эозинофильных клеток или их количественное увеличение. Эти изменения появляются через 18—24 часа после п. к. В случаях с менее удовлетворительными результатами изменения выражены значительно слабее. В случаях без терапевтического эффекта этих сдвигов со стороны белой крови не наблюдается.

Л. Д. Рабинович и М. А. Галант (Киев). „Переливание крови при сыпном тифе".

Произведено п. к. в 19 случаях сыпного тифа на 5—9-й день болезни. Во всех случаях, кроме одного, где была шоковая реакция и обрывающий эффект, п. к. не оказало никакого заметного влияния на дальнейшее течение сыпного тифа. П. к. при сыпном тифе, следовательно, не показано. Однако, сыпной тиф, даже осложненный, не является противопоказанием для п. к. при наличии других показаний. Следует отметить как бы нормализующее влияние п. к. на сдвиги в морфологии крови.

Е. А. Гринберг и доц. Г. И. Хоменко (Киев). „Лечение дизентерии переливанием крови".

24 больным дизентерией было произведено п. к. В 15 случаях — полный лечебный эффект, в 5 случаях — частичный, в 4 случаях эффекта не было. Наилучшие результаты получены в случаях средней тяжести; в очень тяжелых случаях п. к. дает только временный эффект, тянущийся около 12 часов. Повторные п. к. не всегда дают стойкий эффект. В этих случаях нужно комбинировать п. к. с антидизентерийной сывороткой. При дизентерии переливают большие дозы—400—500 см³. П. к. показано не только в начале заболевания, когда оно дает самый лучший лечебный эффект, но и в разгаре болезни, а также при затяжных формах и при позднем поступлении больных в клинику.

С. Н. Образцов (Киев). „Посттрансфузионные катастрофы".

Сильная интоксикация при скарлатине нарушает стабильность биоколлоидов на столько, что после трансфузии даже одноименных групп крови у реципиента появляется сильная реакция, кончающаяся в большинстве случаев выздоровлением больного. При резком нарушении стабильности биоколлоидов, вследствие инфекционного процесса (скарлатины), коллоидоклазия, повидимому, ведет к необратимому нарушению, приводящему к летальному исходу. Такой исход возможен при несовместимости подгрупп (1-й случай автора), а также при переливании совместной крови (второй случай). Микроскопические изменения в обоих случаях соответствуют обычным изменениям при токсико-септической форме скарлатины.

18/V. Председательствуют доц. И. Л. Райгородский, проф. Фридман.

Доц. И. С. Коган (Харьков). „Методы иммунизации доноров".

Изучение показателей естественного иммунитета у доноров обнаружило высокие иммуно-биологические свойства у них в виде редкого исключения. Докладчик отрицательно относится к попыткам иммунизации крови in vitro. 120 доноров иммунизировалось: 1) вакциной, 2) токсином, 3) комбинированным способом—токсином+вакциной. Лучше всего оказался комбинированный способ. Иммунные свойства доноры сохраняли от 2 до 4 недель. Данные Сатурне о том, что при повторной вакцинации иммунитет у доноров нарастает быстрее, не подтвердились. Точно также не подтвердились данные Райта о том, что иммунитет появляется в первые часы после иммунизации.

Р. Б. Грагерова и доц. П. Д. Марчук (Киев). „Судьба иммунных тел при переливании крови".

Кролики иммунизировались тифозными бациллами, изучались титры иммунных тел—агглютининов, гемолизинов, преципитинов и опсонический индекс. Эти же показатели изучались в крови кроликов, служивших реципиентами до и после п. к. от иммунного кролика. Титр их повышался после п. к. тем значительнее, чем выше был титр их у донора, т. е. наблюдался пассивный перенос иммунных тел от донора к реципиенту. Титр сохранялся 2—3 дня.

Ганул (Ромны). „Лечение сепсиса переливанием крови."

Лечено 14 случаев сепсиса переливанием свежецитратной крови по 100—200 см³; больные, которым п. к. произведено до 10-го дня болезни, выздоровели, при более позднем переливании больные погибали.

Юрженко (Старобельск) „Лечение уросепсиса переливанием крови".

Произведено 60 п. к. при гнойно-септических заболеваниях у 33 больных, среди них 1 больной с уросепсисом выздоровел, по мнению автора, исключительно благодаря п. к.

Проф. М. Т. Фридман (Днепропетровск). „Лечение свежеинфицированных ран витаминами".

63 кроликам наносились на спине раны; лечение проводилось рыбьим жиром, витадермом или сухой асептической повязкой. В 41 случае раны инфицировались стафилококками или стрептококками. Наилучшие результаты дает сухая повязка. Из наблюдений в клинике вынесено такое же заключение. Раны, леченные рыбьим жиром, дают больше некротических масс. Повидимому, в методе Лера гипсовая повязка имеет значение покоя для раны. Возникает два вопроса: 1) идет ли всасывание витамина с поверхности раны; 2) имеется ли действительно местная витаминная недостаточность.

Доц. Н. И. Гарбер (Днепропетровск). „Первичная обработка осложненных переломов".

Из 59 больных с открытыми переломами 29 подверглись тщательной первичной обработке с глухим швом. Было 9 случаев нагноения и 2 слу-

чая остеомиелита. Из 20 первично обработанных без глухого шва было 9 сл. остеомиелита, в 2 случаях ампутация, в 1 случае наступила смерть. В 10 случаях обработка не была произведена, а только наложены асептические повязки. В этой группе отмечено 3 случая остеомиелита, произведено 2 ампутации. Количество койкодней при первичной обработке с глухим швом меньшее, отломки вправлены лучше.

Проф. Л. А. Бариштейн и П. И. Тартаковский (Одесса). „Коллоидные лекарственные „депо".

Белым крысам вводился морфий в смертельной дозе в 1% агар-агаре, при этом не получалось никаких плохих результатов. Агар-агар может явиться constituens для образования лекарственных „депо".

Доц. М. Г. Рудицкий (Харьков). Некоторые данные к вопросу о гомопластических пересадках в условиях неотложной хирургии".

Ткань трансплантатов надпочечника и яичка, консервированных в цитратной крови, сохраняла жизнеспособность, в ней были митозы, но на 17-й день консервации почти вся ткань некротизировалась.

Л. О. Левитас. „Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы вливанием иногруппной крови".

А. лечил 21 больного с воспалительными заболеваниями женской половой сферы. Произвел 94 вливания иногруппной крови. Вводил, начиная с 5—7 см³, затем через 2—4 дня повторно, повышая дозу до 20 см³, в 2 случаях—до 30 см³. Реакцию наблюдал: тревожную 2 раза, сильную 37 раз и среднюю 55 раз. Две пациентки выздоровели, 5 получили значительное улучшение, в 9 случаях боли прошли, но объективно изменений не наступило, 3 без результатов, 2 больные продолжают находиться под наблюдением.

А. И. Гуревич. (Сумы) „К вопросу о лечении ожогов".

В 189 случаях ожога проводилось лечение открытым способом. Поверхность ожога 127 раз смазывалась 10% раствором марганцевого калия, 50 раз освещалась кварцевой лампой, а 12 раз применялось то и другое. Когда в процессе эпителизации образуется много корок, хороши теплые ванны. Кварцевая лампа уменьшает запах, ускоряет эпителизацию боли. При лечении марганцем в 10 случаях процесс осложнился рожей. При лечении кварцевой лампой 2 раза была рожа. П. к. производилось в тяжелых случаях. 14 раз—трансплантация кожи. Способ Девиса предпочитался способу Тирша.

М. С. Кривоносов (Киев). „О травматических разрывах селезенки".

Двухмоментный разрыв селезенки не так редок, как принято считать. А. наблюдал 2 случая двухмоментного разрыва селезенки и один случай кровяной кисты—результат разрыва паренхимы без разрыва капсулы, 1 раз произведена реинфузия излившейся крови.

Доц. Б. Г. Векснер (Днепропетровск). „К механизму действия переливания гетерогенной крови".

Гетерогенная плазма значительно токсичнее эритроцитов. 20% ее по отношению к общему количеству крови реципиента вызывает смерть, а 25% чужих эритроцитов животное может перенести. Поставлено 28 опытов на кроликах. Кровяное давление при переливании гетерокрови поддерживается чрезвычайно долго и катастрофически падает лишь при угрозе смерти. Вливание сыворотки вызывает падение кровяного давления, но если после вливания эритроцитов прибавить смертельную дозу сыворотки кролики остаются жить. Кровь барана оказалась менее токсичной, чем кровь коровы.

Д. С. Клебанов (Днепропетровск). „Судьба перелитых гетерогенных эритроцитов".

Бараньи и овечьи эритроциты легко отличимы в мазках крови кролика после гетеротрансфузии по их большому размеру. Они очень быстро исчезают из периферической крови кролика и собаки. У человека уже через 30 минут не было чужих эритроцитов. Проверка по методу Эшби подтвердила эти данные. Гемоглобин в сыворотке появляется сейчас же после п. к. Гетерогенная кровь имеет только стимулирующее значение.

Дзбановский В. П. (Киев). „Истинный и ложный гемолитический шок после переливания крови".

На 1314 п. к. было 3 случая смерти, связанной с п. к.. В первом случае после переливания совместимой крови на 14-й день картина гемолиза и смерть. Второй случай: реципиенту группы В (III) влито 350 см³ группы 0 (I), смерть через 3 1/3 часа. Третий случай: тромбоз коронарных сосудов

после слишком быстрого введения крови. Наблюдается также псевдогемолитический шок,—нервные осложнения у истеричных субъекто . Таких случаев было 9.

Н. И Малеев (Киев). „Редоксипотенциал крови".

Редоксипотенциал крови, измеряемый при помощи потенциометра у кролика, имеет постоянные волнообразные колебания, являющиеся проявлением волнообразных колебаний жизненных процессов организма.

Доц. Р. М. Розенберг (Харьков). „Роль изопреципитации при переливании крови".

В сыворотке здоровых людей не удалось получить изопреципитинов. Однако они наблюдались у некоторых больных. В 80 случаях изучалось наличие изопреципитинов до и после п. к. и сравнивалась сила клинической реакции на п. к. с колебаниями изопреципитинов. Клиническая реакция оказалась сильнее выраженной там, где реакция изопреципитации также была сильнее выражена. Иногда последняя получалась в сыворотках группы АВ (IV). Изменение титра преципитинов после п. к. стоит в связи с изменением дисперсности белков.

28/V. Председательствует проф. Л. А. Баринштейн.

Проф. С. И. Спасокукоцкий (Москва). „Лечение травм черепа".

Доклад основан на изучении 2281 случая травмы головы, прошедших за 1934—36 гг. в Институте им. Склифасовского, 900 случаев в больнице им. Тимирязева, 156 случаев из клиники проф. Левита и 750 случаев из клиники проф. Спасокукоцкого. По материалам Ин-та им. Склифасовского при переломах основания черепа — 51% смертности, при открытых переломах свода — 18%. У детей для борьбы с шоком 29 раз сделано п. к. В 76% при сотрясении мозга имеются повреждения костей черепа. Докладчик различает: 1) conquassatio, 2) открытые повреждения черепа и мозга, 3) закрытые повреждения мозга—ограниченное размножение мозга, ушиб мозга, кровоизлияние в мозг, 4) сотрясение мозга. Эта классификация преследует практические лечебные цели. При обработке раненых в голову самое трудное — бритье (нужно менять бритву несколько раз). Симптомы—однообразные, и поэтому трудно разобраться, где легкие и где тяжелые случаи. В Ин-те им. Склифасовского к тяжелым случаям относят те, при которых потеря сознания продолжается свыше 10 часов.

Опыт прошлой войны показал, что раненые в голову не доходили в глубокий тыл. При первичной обработке осколки, могущие служить для закрытия дефектов, не нужно удалять. При обработке раны нужно делать лоскутный разрез и зашивать наглухо. Герцен предлагает зашивать рану над тампоном. Французы высказываются за закрытый способ лечения ран головы. После операции больного нужно оставлять на операционном столе (покой). Раненых в череп можно перевозить на аэроплане. При ранении синусов рациональна тампонада жиром и мышцей. Антисептические вещества хороши, но главное—это первичная обработка раны. Не нужно увлекаться декомпрессивной трепанацией, но и выжидать долго не следует.

При сотрясении мозга имеется большое возбуждение или депрессия (как при опухолях мозга), вследствие субдуральных или эпидуральных гематом. Джексон отвергал спинномозговую пункцию. Рационально вливание серно-кислой магнезии, гипертонических растворов глюкозы. Кровопускание в количестве 400 см³, лучше всего делать на 2-й день. После кровопускания больные заявляют о прояснении зрения. Артериальное кровяное давление остается без изменения у таких больных, венозное же давление повышено. После кровопускания венозное давление падает. Если кровопускание не помогает, то нужно оперировать. После травм черепа бывают остаточные повреждения; в борьбе с ними также помогают кровопускания. Кровь, взятая при кровопускании, годна для переливания.

Проф. И. Н. Ищенко (Киев). „Принципы лечения энцефаломенингиальных синдромов травматического происхождения в освещении науки об их патогенезе".

Автор, экспериментируя на собаках, изучал механизм возникновения синдрома мозгового давления и испытывал влияние различных терапевтических мероприятий. Искусственное сдавление мозга кровью, вводимой эпи—или субдурально в желудочки или в вещество мозга, вызывает у животных синдромы, содержание которых зависит от количества введенной крови, от компрессии мозга, от места локализации искусственной гематомы, от скорости введения крови и, наконец, от моментов, иногда не поддающихся учету. Основным объек-

тивным признаком всех наблюдаемых синдромов является расстройство внутричерепной гемоциркуляции, выражающееся в повышении артериального кровяного центрального и периферического давления и в изменении ритма сердца. Кровяное давление может подниматься выше 200 мм ртутного столба без смерти животного, если компрессия мозга локализуется вдали от продолговатого мозга и если она не длительна. Одновременно, как правило, повышается венозное кровяное давление. В основе этих синдромов лежат: а) раздражение твердой мозговой оболочки и вещества мозга, б) компрессия мозга, в) перемещение мозга и полостей ликворо-системы с последующим блоком продолговатого мозга, г) анемия мозга, д) отек мозга. Значение этих моментов различно в каждом отдельном случае. Расстройство кровообращения идет параллельно с нарушением дыхания. Терапевтические мероприятия при искусственном синдроме мозгового давления предопределяются в первую очередь локализацией сдавления. При экстрадуральной компрессии основным рациональным способом является декомпрессивная трепанация, которая должна быть произведена в стадии раздражения мозга, т. к. в стадии паралича она не дает эффекта. При субдуральном сдавлении мозга показано извлечение ликвора, операция Оди (трепанация membranae atlanto-occipitalis), кровопускание, гипертонические растворы глюкозы. Кровопускание показано при наличии высокого венозного давления и при высоком артериальном давлении. При низком или падающем венозном давлении и лабильном или падающем артериальном—кровопускание опасно. При резко выраженных бульбарных явлениях показана операция. Разгрузка мозга последним способом должна быть произведена медленно. При бульбарных явлениях может быть применена люмбальная пункция или пункция цистерны, но очень осторожно. Весьма рационально применять либо перед люмбальной пункцией или пункцией цистерны, либо самостоятельно пункцию бокового желудочка, дабы избежать возможности блока продолговатого мозга. Автор предостерегает от перенесения всего изложенного на человека без критической оценки каждого случая.

А. А. Бабский, А. Г. Сосновский и А. М. Самбург (Одесса). „Повреждения черепа".

Прошло 350 больных с повреждениями. Повреждение черепно-мозговых нервов при переломах основания черепа встречаются в 4%, чаще поврежден n. facialis. Первичная обработка раны в течение первых 24 часов дает успех. Лечение переломов основания черепа консервативное (люмбальная пункция, в 2 случаях — кровопускание). При сотрясении мозга дают эффект гипертонический раствор глюкозы (20 случаев), уротропин, спинномозговая пункция. В 10 случаях кровопускание по 250—300 см³. Умерло 132 человека (37,7%). Изолированный ушиб мозга бывает редко. Тут применяется с хорошим эффектом осмотерапия, уротропин. Ранняя операция обеспечивает успех закрытого лечения.

Проф. Н. Н. Милостанов (Харьков). „Первичные вмешательства при открытых повреждениях черепа".

315 случаев травмы головы со смертностью 12% (38 чел). Смертность в первые часы большей частью бывает от травмы, а не от инфекции. 50% раненых в череп остается на поле битвы в первые часы. Раннее первичное вмешательство играет большую роль. При огромных грязных ранах тоже показано débridement. Глухой шов—одно из ведущих звеньев, обеспечивающих успех (Петров). После глухого шва нет мозговых грыж. Инородные тела должны быть удалены под контролем рентгена.

Доц. А. А. Федоровский и Я. Л. Журавский (Киев). „К лечению закрытых повреждений черепа".

За 1936 год на 462 травмы было 133 повреждения головы (28,8%). В коммоционально-контузионном состоянии прошло 39 больных. Легких травм было 9, средних 11, тяжелых 19. Из 19 тяжелых больных у 10 были переломы черепа (трещины). Длящаяся свыше 4—5 дней высокая температура свидетельствует о наличии вторичного заболевания, например, менингита. Из 39 больных умерло 5. Лечение кровопусканием проводилось систематически у 33 больных (у 6 повторно) по 200—300 см³, в последнее время по 400—500 см³. Результаты: без успеха — у 6 больных, кратковременный успех у 6, стойкое улучшение у 14, полный успех у 7.

Доц. Б. С. Браиловский (Киев). „Нормальные и специальные методы рентгенисследования при распознавании переломов и трещин черепа".

Благодаря комбинированной методике исследования—рентгеновским снимкам в разных направлениях со специальной укладкой, автору удалось в 20 из 40 травм черепа обнаружить трещины.

А. А. Бабский (Одесса). „Пластика дефектов мозга".

При пломбировке дефектов мозга агар-агаром реактивные явления меньше, чем у контрольных животных. Агар-агар обладает хорошим гемостатическим действием. Рассасывается агар-агар в течение двух месяцев. В одном случае ранения мозга был применен агар-агар с хорошим результатом.

Председательствующий проф. Баринштейн подвел итоги работ конференции, отметив важность ряда интересных проблем, разрабатываемых докладчиками.

Акад. А. А. Богомолец в заключение выразил удовлетворение тем, что хирурги проявили большой интерес к теоретическим докладам.

19. V. Утреннее заседание (председательствует д-р Слободской) было посвящено организационным вопросам. Выступавшие представители всех филиалов и значительной части опорных пунктов говорили о перспективах работы в третьей пятилетке, в которой предвидится значительное расширение работы институтов и их филиалов.

Конференция приняла резолюцию по докладу д-ра Слободского „Проблема организации донорства", в которой предусматривается ряд практических мероприятий по улучшению положения с донорами в УССР.

Поступила в ред. 1. I. 1938 г.

Защита диссертаций.

I

В публичном заседании Казанского государственного медицинского института 13/IV 38 г. ассистент хирургической клиники Казанского ГИДУВ В. А. Суворов защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук на тему „Сравнительная оценка патоморфологических изменений в перитонизированной и неперитонизированной культе слепой кишки у собак".

Вопрос обработки культи червеобразного отростка при аппендектомии привлекает внимание хирургов главным образом в связи с осложнениями, наблюдающимися при этой операции.

Автор поставил себе задачу на основе изучения патолого-анатомических и гистологических изменений провести сравнительную оценку способов с перитонизацией и без перитонизации культи отростка и выявить условия развития в культе отростка инфекции в зависимости от применения антисептических средств и способов обработки культи.

С этой целью было поставлено 120 опытов на собаках. Собаке под общим эфирным наркозом производилась лапаротомия с последующей аппендектомией, причем культя обрабатывалась различными способами (перитонизировалась или не перитонизировалась). Опытные животные убивались на различных сроках (от 6 часов до 1 года после операции).

Анализ данных эксперимента позволяет установить следующее: оба метода обработки культи не являются идеальными, и после операции аппендектомии как вокруг перитонизированной так и неперитонизированной культи возможно образование абсцесса, но абсцесс, развившийся вокруг перитонизированной кисетным швом культи, менее опасен, так как он с самого начала отграничен. Погружение культи в брюшную полость без перитонизации может вызвать соскальзывание или прорезывание лигатуры с последующим развитием перитонита; кроме того, недостатком метода обработки культи без перитонизации являются резко выраженные спаечные процессы, значительно отличающиеся по своей интенсивности от спаечных процессов при перитонизированной культе. При перитонизации культи, подвергавшейся антисептической обработке (иодной настойкой и карболовой кислотой), спаечные процессы выражены резче, чем в случаях без подобной обработки.

Официальный оппонент проф. И. П. Васильев. Работа пытается разрешить актуальный вопрос о целесообразности отдельных видов операции. Задача

автора в части сравнительной оценки различных способов обработки культи выполнена, но проблема полностью не разрешена: хотя ясно преимущество операции, производящейся с перитонизацией культи. Гнойное воспаление наблюдается при обоих видах операции, но оно значительно больше при способе обработки без перитонизации культи. Мало уделено внимания тому факту, что при неперитонизированной культе образуется большое количество спаек (защитная реакция организма). Работа изложена ясно, чувствуется, что вопрос проработан автором хорошо, имеется критическая оценка литературных данных. Отдельные места несколько недоработаны, но общее впечатление от работы хорошее, и она вполне отвечает требованиям, предъявляемым к диссертации на степень кандидата медицинских наук.

Официальный оппонент проф. Н. В. Соколов. Задачи, поставленные автором, разрешены успешно. Интересен тот факт, что при перитонизации культи после 20-го дня спайки исчезают и остается только рубец. Методика, примененная автором, не встречает возражения. Количество опытов достаточное и выводы вполне убедительны.

Работа не лишена неточностей и ошибок в оформлении, но она представляет научный и практический интерес и дает право автору на получение ученой степени.

Совет Казанского государственного мед. ин-та присуждает ассистенту В. А. Суворову степень кандидата медицинских наук.

II.

В том же заседании ассистент Ш. Х. Жданов защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук на тему „Кишечные анаэробы как показатели фекального загрязнения".

Автором проведены исследования на 27 пробах воды из Волги, 33 пробах из р. Казанки, 17 пробах из озера Кабана и 35 пробах из Казанского водопровода с целью, с одной стороны, выявить наличие параллелизма между титром кишечной палочки и числом колоний анаэробов, а с другой стороны—ввести новый метод определения фекального загрязнения при помощи кишечных анаэробов. Данные результатов исследований (более 200 проб воды различных источников, а также около 80 проб каловых масс людей и животных) подтвердили существование параллелизма между титром кишечной палочки и числом колоний анаэробов. Поэтому метод определения кишечных анаэробов является добавочным методом санитарно-бактериологического контроля. Ценность этого исследования в сравнении с методом определения coli титра, заключается в том, что оно более демонстративно (можно точно сосчитать число колоний анаэробов), просто, а самое главное—ускоряет получение ответа (через 3—4 часа). Ускорение ответа дает возможность использовать этот метод в лагерях, санразведках, в походных маневрах и т. д. Указанный метод может быть использован при исследовании на фекальное загрязнение молока, пива, кваса, почвы, рук и т. д. Кроме того, этот метод имеет преимущество при исследовании постоявших, а также пересылаемых на дальнее расстояние вод, т. к. в питьевой воде, насыщенной кислородом, отсутствуют условия для размножения анаэробов. В то же время число анаэробов не уменьшается, т. к они не поддаются или труднее поддаются вредным условиям, влияющим на кишечную палочку.

Официальный оппонент проф. Р. Р. Гельтцер. Метод определения coli титра имеет ряд недостатков и главный — длительность исследования, поэтому тема, затронутая автором, имеет большое практическое и теоретическое значение. Так как данные автора показали полное совпадение между заражением кишечной палочкой и наличием анаэробов, то предложенный метод для суждения о загрязнении имеет большую ценность. Необходимо отметить и поставить в заслугу автору, что им не только предложен метод определения анаэробов как показатель фекального загрязнения, но и сам метод определения анаэробов им модифицирован, что является вкладом в науку.

Нельзя не отметить осторожности в выводах, несмотря на довольно большой экспериментальный материал, что является положительной стороны работы.

Имеются некоторые технические недостатки в оформлении труда и литературного указателя.

Работа проделана большая, и автор ее вполне достоен степени кандидата медиц. наук.

Официальный оппонент проф. В. В. Милославский. Предложение автора пользоваться определением количества колоний анаэробов вместо определения

coli титра, как показателем фекального загрязнения, весьма ценно, т. к. вопрос о способах определения загрязнения переживает кризис. Работа указывает новые пути и дает толчок для дальнейшего изучения в этом направлении. К недостаткам надо отнести недостаточно полное освещение биологических свойств кишечных анаэробов, малое использование иностранной литературы и некоторые недостатки в литературном оформлении. Работа трудоемкая, своевременная и несомненно показывает, что автор достоен присвоения ему ученой степени.

Совет Казанского государственного мед. ин-та присуждает Ш. Х. Жданову степень кандидата медицинских наук.

Л. А. Юрьева.

Рефераты.

а) Эндокринология.

Amicarelli. *Половые и плацентарные гормоны* (Rev. Fr. d'Endocr. № 1, 1938 г). Плацентарный гормон обладает индивидуальными свойствами, не имеющими ничего общего ни с половыми, ни с гонадотропными гормонами, в частности с прегипофизарным гормоном. Плацентарный гормон оказывает стимулирующее действие на половые органы женщины (матку и влагалище), но не на половые железы, в противоположность гормону передней доли гипофиза и половым гормонам.

Плацентарный гормон также совершенно не влияет на половой инстинкт и на материнский инстинкт. *Е. Ауслендер.*

Guilla. *Молочная железа и плацента* (Rev. Fr. d'Endocrin. № 1, 1938). Автор приводит ряд работ, в которых плацента рассматривается, как железа с внутренней секрецией, а также целый ряд наблюдений (Ballerini, Гонтана и др.) о влиянии плацентарных гормонов на молочные железы и лактацию. При недостаточной лактации он получил прекрасные клинические результаты от инъекций тотальных вытяжек из плаценты.

А. приходит к заключению, что в настоящий момент единственным средством, увеличивающим лактацию, являются плацентарные вытяжки. *Е. Ауслендер.*

Tramontana. *Холестеринемия, липемия и половые гормоны.* (Rev. Fr. d'Endocr. № 1, 1938). Автор изучал действие инъекций фолликулина, пролана и желтого тела на холестерин и жирные кислоты крови у нормальных и кастрированных кроликов.

Автор пришел к выводу, что пролан, фолликулин и лутеостерон способствуют регулированию холестерина крови. Количество липоидов зависит только от фолликулина и лютеостерона. Фолликулин активизирует обмен жирных кислот, в то время как лютеостерон обладает тормозящим влиянием на этот обмен. *Е. Ауслендер.*

Nelcon. *Эндокринные влияния, связанные с функцией и развитием молочной железы* (Amer. Journ. anat. 1937, № 68). Эстрон способен вызвать пролиферацию железистых альвеол молочной железы, не только в масляном растворе, но и в значительно менее активном водном растворе.

Недостаточно хорошо очищенный от эстрона прожестин значительно сильнее влияет на развитие молочной железы, чем совершенно чистый прожестин.

Последовательное лечение водным раствором эстрона, затем водным раствором прожестина и эстрона способно вызвать достаточную пролиферацию молочной железы, дающую лактацию. Молочные железы животных, которым впрыскивался масляный раствор прожестина и эстрона, не отличались ничем от молочных желез тех животных, которым впрыскивался только масляный раствор эстрона.

Лактация появляется регулярно после прекращения введения масляного раствора эстрона.

У гипофизектомированных животных после прекращения введения эстрона не появляется лактация.

Заместительная терапия у этих животных эффективна и зависит от влияния лактогенного гормона и еще от какого-то фактора, повидимому, связанного

с корой надпочечников. Лактация происходит у животных, которым применялся преимущественно эстрон и которым затем вводилась гипофизарная вытяжка. Если эстрон применяется одновременно с питуикрином, лактация не наступает. Это явление наблюдалось как у нормальных, так и гипофизектомированных животных. *Е. Ауслендер.*

Cragg, Power a. Lindem. *Рак островков Лангерганса и гиперинсулинизм* (Arch. int. Med. № 2, 1937). Аа. описывают случаи спонтанной гипогликемии, где была специально назначена диета, богатая углеводами, во избежание судорог и комы.

Печень, повидимому, нормально функционировала и была способна перерабатывать свой гликоген после инъекции эпинефрина. На аутопсии обнаружен был рак островков Лангерганса с множественными метастазами, в частности с метастазами в печень. Клетки метастатических узлов были подобны клеткам островков Лангерганса. Эта аналогия была подтверждена тем фактом, что из метастатических узлов была получена вытяжка, содержащая инсулин.

Это второй случай, где отмечается нахождение инсулина в метастатическом раке Лангергансовых островков, чем полностью подтверждаются наблюдения Вильдера, Аллана, Паувера и Робертсона. *Е. Ауслендер.*

Gragert и Wieser. *Преждевременное половое созревание девочки 4 лет с саркомой яичника.* (Zentrbl. f. Gynäcol. № 13, 1937 г.). Автор собрал в литературе 500 случаев раннего полового созревания у девочек, характеризующихся появлением менструаций, оволосением, увеличением матки, придатков и грудных желез, типичным отложением жира, ранним окостенением, несоответствием умственного развития с развитием соматическим.

При полном преждевременном половом созревании наблюдаются все перечисленные симптомы, если же имеются только некоторые из них, то такое преждевременное половое созревание считается частичным.

Авторы описывают девочку 4 лет, уже менструирующую, у которой в брюшной полости определяется опухоль плотной консистенции, не связанная с маткой.

Зная, что причиной преждевременного полового созревания может быть либо опухоль гипофиза, либо опухоль надпочечника, авторы, решив, что в данном случае имеется опухоль надпочечника, подвергли ребенка лапаротомии. На операции была найдена опухоль левого яичника, которая была удалена вместе с яичником; матка и правый яичник оставлены. После выздоровления наступило быстрое обратное развитие всех симптомов раннего полового созревания и прекратились менструации.

Опухоль оказалась саркомой с полиморфными клетками. В течение двух лет рецидива не наблюдается. *Е. Ауслендер.*

Rimbaud, Anselme, Martin et Tassio. *Случай эндокринного отека.* (Arch. Soc. sc. méd. Monpel. № 10, 1937). У больного, 26 лет, наблюдается отек всего тела. Заболевания печени, сердца и почек, как причина появившегося отека, в данном случае исключены.

Авторы предположили легкую недостаточность щитовидной железы. Применение тироскина в 4 дня уничтожило отеки, которые вновь появились при прекращении лечения. При применении тироксина эффект постоянен.

Е. Ауслендер.

Cherry. *Действие препаратов грудной железы на яичник* (Terap. № 9, 1937). Различные формы меноррагий, повидимому, зависят от наличия чрезмерно большого количества эстрина. Эта повышенная продукция может быть вызвана гонадотропным гормоном передней доли гипофиза, нарушающим равновесие между продуктами секреции желтого тела и фолликулином яичника.

Эксперимент на кроличихах и крысах, которым делались одновременно инъекции гонадотропного гормона гипофиза и вытяжек грудной железы, показал явное торможение развития овариальных фолликулов и задержку их созревания и, следовательно, уменьшение продукции эстрина.

Полученные в клинике результаты лечения вытяжками грудных желез меноррагий эндокринного происхождения показывают тормозящее действие этих вытяжек на продукцию эстрина. Правильно проведенная терапия в соответствующих случаях дает очень хорошие результаты. *Е. Ауслендер.*

Effkemann, G. *Гормональная терапия недостаточной лактации у женщин* (Zbl. Gyn. 1937. 47. 2686—2693). А. сообщает о результатах лечения фолликулином и гормоном желтого тела 30 женщин, находившихся на восьмом

месяце беременности и имевших плохо развитые грудные железы, позволявшие рассчитывать на получение только половины количества молока, необходимого для нормального питания ребенка. Лечение проводилось в течение последних двух месяцев беременности: на девятом месяце каждый третий день им вводилось по 5000 интернац. единиц фолликулина, а на десятом — через такие же промежутки времени — 10000 единиц фолликулина + 5 мг прогестерона. В результате количество молока у леченных таким образом беременных женщин оказалось значительно повышенным по сравнению с контрольными и было вполне достаточным для исключительно грудного вскармливания ребенка.

Б. Иванов.

Ernst, S. *Лечение молочных свищей и мастита фолликулином.* (Zbl. Gyn. 1937. 1420—1421). Сообщение о хороших результатах лечения фолликулином молочных свищей после разрезов по поводу мастита. На основании этих результатов и полной безуспешности других методов лечения а. считает, что его наблюдения подтверждают как клинические, так и экспериментальные данные о задерживающем действии фолликулина на лактацию; при этом быстрый результат лечения позволяет говорить о непосредственном действии фолликулина на внутрисекреторные процессы при лактации. *Б. Иванов.*

Hoffmann, F. *Лечение недержания мочи фолликулином.* (Zbl. Gyn. 1937. 4. 2545—2546). Экспериментальные исследования показывают, что фолликулин вызывает значительное повышение тонуса мускулатуры мочевого пузыря и что прекращение функции яичников в климактерическом периоде способствует развитию недержания мочи. На этом основании а. применил лечение фолликулином в ряде случаев климактерического недержания мочи, в которых произведенные до этого пластические операции не дали никакого результата. Во всех этих случаях вскоре после назначения фолликулина недержание мочи исчезло. Учитывая вместе с тем и результаты экспериментов на животных, а. указывает, что благоприятное действие фолликулина в этих случаях объясняется, по всей вероятности, повышением тонуса мускулатуры пузыря, и подчеркивает, что описываемый им способ может считаться лишь дополнительным к оперативному лечению недержания мочи в климактерическом периоде.

Б. Иванов.

б) Хирургия

Ochsner A., a. Lilly, G. *Обработка культи червеобразного отростка при аппендэктомии* (Surgery 1937. 2. 532—554). Перечислив применяемые до сих пор способы обработки культи червеобразного отростка и встречающиеся после их осложнения, аа. указывают, что в случаях с инфильтрированной и отечной стенкой слепой кишки единственно возможным способом, ввиду трудности погружения культи, является простая перевязка ее. В тех же случаях, где стенка кишки не изменена, они рекомендуют следующий способ: после тщательного отграничивания брюшной стенки и полости брюшины влажными салфетками отросток извлекается корнцангом и отделяется от брыжейки после перевязки ее сосудов. У основания отростка круглой иглой накладывается кисетный шов из тонкого шелка, проходящий через подслизистый слой и захватывающий сосуды в стенке отростка. После этого на основании его накладывается три зажима; перерезка производится между средним и верхним. По удалении среднего зажима захватывают раздавленный конец отростка и, удалив нижний зажим, производят погружение неперевязанной культи и затем завязывают кисетный шов. Поверх него накладывают несколько Лембертовских швов и полностью перитонизируют брыжейку отростка. *Б. Иванов.*

Crile, G. *Лечение упорных случаев язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; техника удаления* gangl. coeliacum. (Surg. Clin. W. Amer. 1937. 17. 1303—1311). А. считает, что причиной развития пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является гиперфункция адренало-симпатической системы, которая при безуспешности терапевтического лечения должна быть понижена оперативным путем. Описывается техника удаления ganglion coeliacum и денервации надпочечников. Удаление gangl. coeliacum производится в положении для нефрэктомии; разрез проводится вдоль края 12-го ребра до гребешка подвздошной кости. Денервация надпочечников производится из того

же разреза и ввиду значительной хрупкости вещества надпочечников требует очень большой осторожности. Сначала разрываются нервные волокна на задней поверхности надпочечника, что легко производится пальцами. По окончании операции рана промывается солевым раствором и в нижний угол ее вводится дренаж. Эффект оперативного вмешательства сказывается немедленно: боли сразу же после операции проходят; усиленная перистальтика желудка прекращается. Обследование материала а., состоящего из 53 случаев, обнаружило заживление язвы, прослеженное у некоторых больных в течение 6 лет.

Б. Иванов.

Julia, A. *Обезболивание бромэтилом.* (Anaesth. et. Analg. 1937. 3. 184 — 194). Бромэтил, являющийся отличным обезболивающим средством, в течение последних двух десятилетий применялся сравнительно мало ввиду трудности получения химически чистого препарата; примесь к нему алкоголя, эфира и бромформа нередко вела к осложнениям во время наркоза. В последнее время удалось получить практически чистый бромэтил (Brètyl), вполне пригодный не только для оглушающего и кратковременного наркоза, но и для более длительного обезболивания, даже в соединении с эфиром, закисью азота и смесью Шлейха. В отличие от хлорэтила бромэтил не воспламеняется и не взрывается; разница между наркотизирующей и токсической дозой у бромэтила больше, чем у хлорэтила. Наркоз наступает в среднем через 2—4 минуты; пробуждение — спустя 1 — 8 минут по прекращении дачи средства; состояние возбуждения почти отсутствует. Недостатком способа является усиленное слюноотделение, устранимое применением смеси бромэтила с бромпропилом. Наркоз проводится открытым капельным способом или при помощи соответствующих аппаратов.

Б. Иванов.

Iensen, W. *Хирургическое лечение варикозных язв голени.* (Zbl. Chir. 1937. 1263 — 1270). Описание нового способа лечения язв голени, состоящего в проведении электрическим ножом 6 — 8 радиарных разрезов, начинающихся в здоровых тканях на расстоянии $1^1/_2$ — 2 см от края язвы и доходящих до ее центра; при этом рассекаются кожа и подкожная клетчатка до фасции. Операция производится под кратковременным наркозом; разрезы, которые для получения эффекта вмешательства должны сильно кровоточить, покрываются стерильной марлей, после чего накладывается давящая повязка. На следующий после операции день накладывают повязку с рыбьим жиром, сменяемую через 14 дней; покрывающий к этому времени язву грязноватый бурокрасный налет и остатки мази при смене повязки не удаляются; рана вновь покрывается стерильной мазью. Наложенная повязка снимается через 4 дня, и к этому времени язва оказывается покрытой хорошими грануляциями; вновь накладывается повязка с рыбьим жиром до полной эпителизации (т. е. не менее, чем на 14 дней). Способ был применен а. в ряде случаев с очень хорошими результатами.

Б. Иванов.

Ricard. *Артериальные антисептические инъекции при тяжелых инфекциях конечностей.* (Mem. Acad. Chir. 1937. 63. 35 — 39). В нескольких случаях тяжелых гнойных заболеваний конечностей (флегмона, гангрена), а. с успехом применил внутриартериальные вливания меркурохрома. Указывая, что без введения последнего двое больных, вероятно, были бы потеряны, а у двух других пришлось бы прибегнуть к ампутации, а. вместе с тем подчеркивает, что хотя рекомендуемый им способ и уменьшает тяжесть заболевания, ограничивая разрушения и локализуя общую инфекцию, тем не менее применение его отнюдь не исключает обычного в этих случаях лечения (разрезы, серотерапия). Вливается 2% водный раствор меркурохрома, причем при поражении верхней конечности у взрослых вводится 4 $см^3$ его, а при заболеваниях нижней — 8 — 10 $см^3$; при поражениях нижней конечности у детей с весом тела меньше 20 кг вливается 2 $см^3$. А. отдает безусловное предпочтение меркурохрому перед генцианвиолетом, так как после введения последнего наблюдались гангрена и обширные некрозы. Незначительная вазомоторная реакция на введение меркурохрома объясняется тем, что дело идет при этом о вливании гипотонического раствора, pH которого очень близка к pH крови (=8). *Б. Иванов.*

Weber. *Лечение гнойных ран натуральным пчелиным медом.* (Ther. Gegenw. 1937. 12. 547). А. сообщает о благоприятных результатах лечения натуральным пчелиным медом гнойных ран, главным образом, после операций на почках. При поверхностных ранах мед накладывается на раневую поверхность, а при глубоких — вливается в ее полость. На основании своих наблюдений

а. указывает, что лечение медом никогда не оказывало вредного действия на рану; наоборот, мед способствует очень быстрой очистке ее и хорошо переносится больными, вызывая непосредственно после применения лишь легкие, тупые боли, которые однако в ближайшее же полчаса проходят. Раздражения тканей или окружающей кожи никогда не наблюдалось. Мед способствует развитию здоровых грануляций, но при дальнейшем применении обусловливает слишком сильное обезвоживание их, что задерживает окончательное заживление раны. Во избежание этого высушивающего действия меда а., наряду с ним применял средства, способствующие развитию грануляций (рыбий жир, unguentolan и т. п.); таким комбинированным лечением значительно ускоряется заживление даже очень обширных раневых полостей. *Б. Иванов.*

Woldenberg, S. C. *Лечение острого бурсита пункцией и промыванием.* (J. Bone Surg. 1937. 19. 1003—1006). Для лечения bursitis subdeltoidea a. рекомендует следующий способ: после местной анестезии новокаином в определенной точке плеча в полость слизистой сумки вводится игла; при достаточно широком просвете из него начинает выделяться жидкость. Вторая игла вводится сбоку непосредственно у большого бугра плечевой кости; обе иглы без особого труда устанавливаются таким образом, что верхушки их в полости слизистой сумки располагаются очень близко друг к другу. Через эти иглы полость сумки промывается физиологическим раствором (40—60 см³). После промывания больной начинает свободно двигать рукой, не испытывая при этом никаких болей; в течение ближайших дней проводится лечение гимнастикой. Материал а. состоит из 63 случаев, причем он указывает, что применяемый им способ не имеет равных себе ни в отношении уменьшения болей, ни в отношении действительного излечения острого бурсита; существенное улучшение наступает в среднем через 4—8 дней; рецидивы встречаются лишь в исключительных случаях. Противопоказанием к применению способа являются лишь старые отложения извести в полости слизистой сумки, что устанавливается предварительным рентгеновским исследованием. Каких-либо вредных последствий от описываемого лечения острого бурсита а. ни разу не наблюдал.
Б. Иванов.

Nicole, R. *Фиксация косых и торзионных переломов голени проволокой через кожу.* (Dtsch. Z. Chir. 1938. 249. 9—10. 561—578). Сообщение о способе бескровной фиксации легко смещающихся отломков при переломах голени, проводимой через кожу проволокой Киршнера. Этот метод, занимающий промежуточное положение между остеосинтезом и чисто консервативным лечением, показан только при косых и торзионных переломах с наклонностью к смещению отломков и притом в абсолютно асептических случаях. При открытых переломах и повреждениях мягких тканей применение этого способа противопоказано. Проволока вводится обычно спустя несколько дней после повреждения; после рентгеновского снимка с целью контроля положения отломков и анестезии мест введения и выведения проволоки, последняя вводится через кожу, т. е. без всякого разреза, по возможности, перпендикулярно к линии перелома, проводится через всю голень и выводится на противоположной стороне. Положение проволоки проверяется рентгеном. После смазывания мест входа и выхода ее настойкой иода, заклейки их небольшими фланелевыми салфетками, смазанными мастизолом и прибинтовываемыми восьмиобразными ходами бинта, проволока фиксируется металлической пластинкой, и на конечность от середины бедра до основания пальцев накладывается гипсовая повязка без подкладки. Проволока оставляется до наступления консолидации (т. е. на 4—6 недель). Согласно наблюдениям а. способ дает хорошие результаты. *Б. Иванов.*

Hass, J. *Артродез при туберкулезе суставов* (Zbl. Chir. 1937. 2212). Наибольшим распространением из оперативных вмешательств по поводу костно-суставного туберкулеза пользуется артродез. После оперативной фиксации позвоночника по способу Ольби, внесуставной артродез стал применяться при туберкулезном коксите с вполне удовлетворительными результатами. Тот же способ а. пытался использовать и при туберкулезе коленного сустава, но из-за неблагоприятных анатомических и статических отношений в этой области вынужден был перейти к внутрисуставному артродезу. Операция производится таким образом, что из сустава выпиливается пластинка толщиной в 1—1½ см включающая в себя суставные поверхности бедра и большеберцовой кости и заключенные между ними ткани. По этому способу оперировано 22 больных,

из них у 18 образовался полный костный анкилоз, а у 4 — псевдроартроз, так как в этих случаях из-за значительного разрушения суставного хряща трудно было приладить друг к другу суставные поверхности. Подобным же образом при помощи широкой пластинки из tibiae можно получить анкилоз и в голеностопном суставе. Операция артродеза противопоказана у детей; у взрослых она может производиться только при безуспешности консервативного лечения и невозможности рассчитывать на сохранение подвижности в суставе из-за имеющихся обширных разрушений *Б. Иванов.*

Fehr, A. u. Meier, E. *Хирургическое вмешательство при переломах основания черепа.* (Bruhns' Beitr. 1937. 166. 2. 177 — 199). На основании 417 случаев переломов основания черепа, наблюдавшихся в Цюрихской хирургической клинике в 1919 — 1935 гг., a. считает, что лечение этих переломов должно проводиться хирургом в тесном контакте с отоларингологом, невропатологом и офтальмологом. Сам по себе перелом основания никогда не служит показанием к первичному хирургическому вмешательству; методом выбора при этом является консервативное лечение. В случаях переломов в области передней черепной ямки операция показана при наличии угрозы прогрессирующей инфекции со стороны инфицированных придаточных полостей носа. Среди переломов в области средней черепной ямки необходимо различать продольные и поперечные переломы пирамиды височной кости; при продольных переломах операция не показана даже при наличии воспалительных процессов в среднем ухе или истечении спинномозговой жидкости, так как в большей части подобных случаев наступает выздоровление без каких-либо осложнений; при поперечных же переломах с вскрытием внутреннего уха имеется опасность развития менингита, почему здесь необходим более активный образ действий, особенно при гнойном воспалении среднего уха и начинающемся менингите. Из поздних осложнений переломов основания черепа a. упоминает о редко встречающихся поздних риногенных абсцессах и поздних абсцессах после продольных переломов пирамиды; в этих случаях операция дает довольно благоприятные результаты. Чаще встречается поздний менингит при поперечных переломах пирамиды, причем a. подчеркивает, что больные с переломами в области лабиринта должны находиться под постоянным наблюдением отоларинголога и предупреждаться о возможности развития осложнений.

Б. Иванов.

в) Урология.

Mussgnug. *Новые данные о развитии изменений почек при гипертрофии предстательной железы.* (Zbl. Chir. 1937. 43. 2471—2472). Сообщение о результатах экспериментального изучения на собаках действия различных экстрактов предстательной железы на почки. Исследования показали, что водные экстракты гипертрофированной простаты собак и людей оказывают резко токсическое действие на почки; экстракты нормальной предстательной железы собак вызывают в почках лишь незначительные и скоропроходящие изменения. Прежде всего страдает функция почек; с ухудшением концентрационной способности развивается компенсаторная полиурия; в дальнейшем ежедневное количество мочи постепенно уменьшается, и большая часть животных при ясно-выраженной олигурии и изостенурии погибает от уремии. Гистологическое исследование почек дает картину нефроза с поражением клубочков. Исследования a. имеют большое значение для решения вопроса о преимуществах простатэкомии и электрорезекции; со своей стороны он подчеркивает, что для удаления токсического фокуса из организма необходима радикальная операция с одновременным восстановлением свободного оттока мочи. *Б. Иванов.*

Delannoy и Demarez. *Дермоидная киста семенного канатика* (Ann. d'Anat. et chirur., т. 14, 1937). Дермоидные кисты семенного канатика чрезвычайно редки, в 1926 г. Рубашев собрал всего 13 случаев.

Автор приводит историю болезни мужчины, 30 лет, у которого у основания семенного канатика имелась опухоль величиной с детскую головку.

Диагноз был поставлен во время операции, опухоль была свободной, без сосудистой ножки весила 450 г. При вскрытии среди эпителиальных клеток и кристаллов были найдены волосы. *Е. Ауслендер.*

Zeiss. *Литотрипсия под контролем глаза.* (Ztsch. f. urol., № 6, 1933). 35-летний мужчина в течение 3-х лет страдал расстройством мочеиспускания и гема-

турией. Рентгенографией распознан камень, который был раздроблен под контролем рентгенаппарата. *А. Д.*

Zeiss (Вильдунген). *Туберкулезная структура уретры.* (Ztsch f. urol., № 5, 1937). У мужчины 39 лет, страдающего туберкулезным циститом 5 лет, неоднократно были обнаружены туберкулезные палочки в моче при наличии значительной пиурии. Цистоскопия ввиду значительной кровоточивости из уретры не удалась. Уретро-цистограмма дала возможность обнаружить в передней уретре значительные язвенные изменения туберкулезной природы. Внутривенная пиэлография дала картину глубоких изменений туберкулезного характера в почках. *А. Д.*

Meyer—Wildisen, R. *Ложный тумор в перепончатой части уретры.* (Schweiz. m. w. № 6, 1937). Мужчина 72 лет явился с жалобами на недержание мочи. Обследование показало, что в перепончатой части канала прощупывается опухоль плотной консистенции; моча мутная с наличием гноя и эритроцитов. Уретрограмма с торотрастом дала возможность установить наличие инородного тела в перепончатой части канала. Хирургическим путем тело извлечено и оказалось резиновым кусочком. Установить причину попадания резины не удалось, все же не исключена возможность, что это обрывки старого резинового катетра. *А. Д.*

Sparks and Parsons (Виксбург—Миссисипи). *Карцинома женской уретры. Сообщение о случае с обзором литературы.* (Urol. and cut. rev. № 3, 1937). Женщина 75 лет, не болевшая ранее урологическими заболеваниями, обратилась с жалобами на затруднение мочеиспускания и появление крови из вагины. При обследовании была обнаружена небольшая опухоль в уретре с изъявлением, которую можно было выводить к наружному отверстию. Окружающая уретру клетчатка не была фиксированной; паховые железы не пальпировались. После биопсии кусочка опухоли установлена карцинома. Через 3 месяца, после предварительного облучения больной X лучами произведена операция экстирпация опухоли с частью уретры. После больная мочилась нормально. В приложенной к статье таблице приведены данные в отношении карциномы уретры.

Карцинома уретры не является крайне редким заболеванием. Прогноз заболевания серьезный, но не всегда безнадежный. *А. Д.*

Laverny, H. *Лечение острых эпидидимитов* (Urol. a. cut. rev. № 3, 1937). Во всех случаях острых эпидидимитов, когда применяется консервативная терапия, не приводящая к уменьшению болей в придатке и снижению температуры в течение 24 часов, автор считает показанной эпидидимотомию; этот метод целесообразнее применять в самых ранних стадиях заболевания, когда можно заподозрить развитие абсцессов в придатке. Оперированные больные получают облегчение вскоре после операции и встают с постели уже на 6-й день, а с 7-го дня начинаются промывания канала. Пребывание в госпитале в большинстве случаев можно ограничить 1—2 днями. Рассечение оболочек нужно производить по передней поверхности яичка. В выносный проток вводится антисептическое вещество. Швы с кожи снимаются на 5-й день.

Консервативные методы терапии эпидидимитов значительно удлиняют сроки пребывания больных в стационаре, и не обеспечивают столь быстрого уничтожения болезненности органа как при хирургическом вмешательстве. Во всех острых случаях эпидидимитов показано хирургическое лечение. Рецидивы при консервативном лечении бывают чаще. На материале в 130 больных, леченных хирургическим путем, и более 200 — консервативным способом автор и обосновывает свои выводы. (В статье приведена сравнительная таблица результатов лечения). *А. Д.*

Wolbarst, A. (Нью-Йорк). *Гонорея мужчины с хирургической точки зрения*) (Urol and cut. rev. № 5, 1938 г.). При остром уретрите хороший отток гноя из канала происходит лишь при широком наружном его отверстии, при узком же отток гноя затруднен, поэтому автор рекомендует производить меатотомию. При наличии длинного препуциального мешка гной из канала задерживается в мешке, и часто при недостаточной чистоплотности больного происходит либо фимоз, либо парафимоз. По миновании острых явлений автор рекомендует в подобных случаях производить циркумцизию. Пери-и парауретральные абсцессы требуют хирургического лечения; при локализации в промежностной части канала и при нагноении Куперовой железы целесообразно производить вскрытие гнойника с последующим его дренажем. При остром абсцессе простаты, сопровождающемся всегда ознобом, лихорадкой и болями, а впоследствии

и задержкой мочи, в начале процесса можно применить консервативные мероприятия. При нарастании явлений показано хирургическое вмешательство путем производства разреза через промежность. Вскрытие гнойника через прямую кишку нецелесообразно. При острых эпидидимитах показана инцизия придатка с рассечением оболочек для лучшего дренажа — это мероприятие быстро ведет к уменьшению болей в пораженном органе. При наличии рецидивирующих хронических эпидидимитов, сопровождающихся невралгиями и обусловливающих непроходимость для сперматозоидов из яичка, существуют все показания к удалению придатка целиком, ибо инцизия в этих случаях бесцельна. Редкое осложнение при гонорее—нагноившиеся бубоны—подлежат инцизии. При артритах с наличием гонококков в выпоте целесообразно прибегать к пункции сустава, однако автор считает, что артриты всегда стоят в прямой зависимости от первичного очага, поэтому необходимо в первую очередь направить терапию на ликвидацию очагов в простате и семенных пузырьках. В упорных случаях везикулитов целесообразно производить вазотомию с последующим введением в канатик дезинфицирующих растворов для воздействия на семенной пузырек. При возникновении стерильности автор рекомендует производить операцию по Разумовскому. „Непроходимые" стриктуры лучше лечить уретротомией. *А. Д.*

г) Гонорея

Govindan Nair. *Белый пронтозил в лечении гонорройных заболеваний.* (Ind. J. of ven. dis. vol. 4, № 1, 1938). Белый пронтозил был применен при лечении 27 больных острой и хронической гонореей, из коих излечено 25 человек при назначении в среднем от 15 до 18 грамм препарата на курс лечения. При острых уретритах безуспешность лечения отмечена лишь в 4% случаев. Препарат оказывает прекрасное терапевтическое действие и в случаях осложненной гонореи. Побочные явления наблюдаются редко, они бывают выражены слабо и исчезают после прекращения приема препарата. *А. Д.*

Redewill, F. (Сан-Франциско). *Острый гонококковый перигепатит.* (Urol. a. cut. rev., № 10, 1937). Симптоматология острого гонорройного перигепатита сводится к довольно резким болям в верхнем правом квадранте живота; боли эти самостоятельные, и при пальпации они чаще наблюдаются у женщин с наличием пельвиоперитонита и гонококков в отделяемом уретры и шейки. Сопутствующим симптомом является общая разбитость, тяжелое состояние, лейкоцитоз в крови и повышенная температура. Диагноз ставится в ряде случаев лишь на операционном столе, когда производится лапаротомия по поводу „аппендицита" или воспалительных явлений в правой трубе. В оперированных случаях гонококки обнаруживаются в продуктах воспаления вокруг печени и в спайках. Лечение данного заболевания должно заключаться в назначении тепловых процедур на область печени в течение длительного срока. Одновременно целесообразно назначать внутривенные вливания глюкозы (500 см³). *А. Д.*

Iacquet, Thieffry, Piton et Basset. *Костные деформации при гонорройном коксите.* (C. r. de la Societe méd. des Hopitaux. 11/III 1938). Авторы приводят описание трех случаев гонорройного коксита. Деформация кости в виде обширных абразий головки бедренной кости, сглаживания выступа кости, его подвывих и опущение суставной ямки, появляются очень рано, не протяжении нескольких дней. У одной больной они ясно обрисовались уже на 8-й день заболевания. Они появляются сразу, точно срезанные каким-нибудь острым инструментом. Раз появившись, они долго не обнаруживали тенденции ни к дальнейшей прогрессии, ни к репарации. Процесс консолидации кости начинается с 1 месяца. На рентгенограммах он выявляется в виде сгущения костной тени, что соответствует отложению известковых солей и появлению анастомозирующих перекладин, приводящих к анкилозу. Диагноз гонорройного артрита можно поставить сразу, на основании вышеописанных признаков. Воспаление тазобедренного сустава, появившееся очень остро, сразу с сильными болями, у молодого субъекта, сразу наводит на мысль о гонорройном происхождении. Авторы настаивают на раннем энергичном лечении. Они рано прибегают к пенетротерапии. Начатое в первые часы заболевания это лечение может оказать абортивный эффект и спасти сустав от деформации. *Дембская.*

Goldey, A. *Аутосеротерапия гонорройных артритов.* (Urolog. Rev. 1937. 41. 556 - 558). В связи с тем, что гонорройный артрит наблюдается только у 1—2% всех больных гонореей, а. считает, что в крови преобладающего числа лиц имеются защитные вещества, препятствующие инфекции суставов гонококками.

На этом основании для лечения гонорройных артритов он применяет аутосеротерапию; полученная из крови больного сыворотка инактивируется нагреванием и впрыскивается ему под кожу по 1—2 $см^3$ через день. Общая или местная реакция наблюдается при этом крайне редко. В качестве первого признака улучшения отмечается уменьшение болей; в дальнейшем в течение недели исчезает выпот в суставе и увеличивается объем движений в нем. Больные наблюдались в течение 6 месяцев, причем ни у одного из них рецидива заболевания не отмечено. Применение аутосеротерапии отнюдь не исключает обычного местного лечения заболеваний мочеиспускательного канала, семенных пузырьков и простаты.

Б. Иванов.

Richet. *Пиретотерапия гонорройных артритов* (Paris Médical T. 27, № 49. 4/XII 1937). При лечении гонорройных артритов можно применять активную гипертермию, вызываемую впрыскиванием эмульсии микробных тел или химических веществ, и пассивную, осуществляемую при помощи физических способов согревания. У каждого из этих методов есть свои достоинства. При физических методах можно дозировать с точностью до одной десятой градуса степень лихорадки, а также и ее продолжительность. При биологических способах перегревание не поддается такому точному определению, зато при нагреве равной степени общая реакция организма бывает сильнее выражена. Противопоказанием к пиретотерапии является старость, кахексия, недостаточность почек, печени, сердца и наличие флебита.

Пассивная пиретотерапия осуществляется при помощи горячих ванн и коротких электрических волн. Американские статистики отмечают на 240 прослеженных случаев 56% излечения, 36% улучшения и 8% неудач. Активная гипертермия наступает после внутривенного впрыскивания тифозной или стрептобациллярной вакцины или интрамускулярного введения сулфурированных масел. Пиретотерапия, вызванная при помощи химических или биологических агентов, может принести пользу не только при гонорройных артритах, но и при эпидидимитах, а также, до некоторой степени, при сальпингитах. Однако она не оказывает никакого действия на гонорройные метриты и цервициты. Терапевтический эффект пиретотерапии может быть объяснен как непосредственным воздействием на гонококка, который весьма термолабилен, так и косвенным — на организм больного. Она уменьшает вирулентность гонококка и усиливает защитные реакции организма.

В. Дембская.

Ianet et Dreyfus, M. R. *Пиротерапия гонорройных заболеваний* (Ann. mal. ven. № 5, 1937). Первый конгресс по пиротерапии в Нью-Йорке (март 1937). 6-е заседание. Гонококк погибает при температуре 41 и 42°, причем он может быть убит путем натуральной пирексии или искусственной. Продолжительность срока высокой температуры может колебаться в довольно широких пределах, ибо одни штаммы гонококков погибают при температуре 41,5° в течение 15 часов, другие остаются жить при этой же температуре в течение 23 часов. Таковы положения Дрейфуса, выставленные на конгрессе и поддержанные другими докладчиками. Жанэ доложил об использовании различных пирогенных агентов. Натуральная пирексия достигает цели в том случае, если повышенная температура длится достаточное время. Искусственная пирексия достигается различными приемами: химическими средствами, специфическими препаратами, неспецифическими, физическими. К специфическим средствам должны быть отнесены гонококковая вакцина, лизаты гонококков и живая культура. Ряд средств, конечно, не убивает гонококков сам по себе, но так влияет на жизнеспособность гонококков путем повышения температуры, что последние в конечном счете погибают. Прививки малярии и рекурренса гонорройным больным действуют хорошо, но они все же по своему терапевтическому эффекту не превосходят местного лечения. Стоит ли все же, говорит Жане, гонорройным больным прививать такие инфекции, как малярия и рекурренс, если нет полной уверенности в благоприятном исходе предпринятого лечения. Из физических агентов упомянуто тепло. В САСШ употребляется аппарат Кеттеринга-гипертерм. Далее упоминается диатерапия, впервые примененная Рукайролем. Наконец, лечение гонореи короткими волнами; этот метод новый, но исследования и наблюдения последующих лет дают право утверждать, что гонорею можно излечить в 1 сеанс продолжением в 15 часов, в два сеанса по 8—9 часов или, наконец, в три сеанса по 6 — 7 часов. Карпентер в своем докладе указал, что для лечения гонореи пирексией требуется знание резистентности гонококков у каждого больного по отношению к тем-

пературе. Стаффорд, Варрен сообщили результаты своих наблюдений над лечением 163 больных. При температуре 41,5° на 100 больных было излечено 87, у 8 человек лечение не дало успеха, и они были вылечены с помощью местной терапии в сроки от трех дней до 6 недель. У 4 женщин терапевтического эффекта от пиротерапии не получено. Один больной погиб от явлений обезвоживания. Америко Валерио применял температуру 42° дважды в неделю по 4 часа. Курс лечения 8—10 сеансов. Результаты: из 82 больных с хронической осложненной гонореей излечены 64 и у 18 получено улучшение; из 37 женщин: у 23 полное излечение и у 9 значительное улучшение. Автор указал, что противопоказанием к лечению служат: возраст старше 60 лет, заболевания сердечно-сосудистой системы и туберкулез легких.

Бирман и Горовитц сообщили, что за последнее десятилетие они получили излечение 113 больных из 121, употребляя диатермию тазовых органов. Крузен, Штулер и Рандалл лечили 361 больного гонореей, применяя теплый воздух в особом приборе, где температура тела достигала 41,5°, каждый больной получал 5 сеансов продолжительностью 5 — 12 часов. У 40 больных лечение не дало эффекта. Белт и Фолькенберг сообщили о своих не совсем удачных опытах над лечением 64 больных путем назначения им одного 10-часового сеанса гиперпирексии при 41,5°. Персонс, Бауман и Плюммер провели лечение 87 больных, которых они разделили на 2 серии; первой серии больных было назначено лечение пирексией, у больных второй серии гонорею лечили старыми методами „промываниями, массажами и инъекциями". Пирексия была применена в течение трех дней по 5 часов при температуре 41,4—41,6°. В острых случаях авторы получили в 72% случаев излечение. Траутман, Штрупе, Девлин за последние два года подвергли с помощью кеттеринггипертерма 278 больных с различными формами гонореи. 225 человек были излечены полностью при 5-часовых сеансах в течение 2 — 9 дней при температуре 41,1 — 41,6°. При острых уретритах авторы получили излечение в 87%, при хронических в 70,5%. Труман, Шнабель и Феттер лечили 136 гоноройных больных применением кеттеринггипертерма: 4 сеанса по 6 часов при температуре 41,1°, 114 человек были излечены полностью, у остальных получено улучшение. *А. Д.*

Hazel a. Snow. *Гонококковая септицемия, леченная гипертермией* (I. Am. m. as. T. 109, № 16, 16/X 1937 г). Септицемия при гонорее может быть мимолетного характера и быстро локализоваться в суставах или сухожилиях. Она может носить и более длительный характер, сопровождаться эндокардитом или протекать без него. При наличии эндокардита прогноз всегда бывает тяжелым. Тайэр на трупном материале нашел, что около 11% случаев эндокардита развивается на гоноройной почве. Фридберг в 1934 г. описал 4 случая гонококковой септицемии: трое больных выздоровели без сердечных осложнений, у четвертого развился клапанный порок. У всех были получены культуры гонококка из крови. Вилер и Корнель различают два вида гонококковой септицемии. При одном гонококки в крови находятся длительно, при другом — интермиттирующе. При наличии эндокардита гонококкемия бывает перманентно. Диагноз гонококковой септицемии ставится на основании нахождения гоноройного фокуса, появления озноба, лихорадки, лейкоцитоза, общего недомогания и, главное, нахождения гонококков в крови. Развившийся эндокардит обнаруживается эмболиями в артериях конечностей или внутренних органов и появлением сердечных шумов. Рост гонококка на искусственных средах появляется с трудом, и потому одна и даже повторные отрицательные культуры еще не говорят против наличия септицемии. Посевы следует делать перед максимальным повышением температуры, либо после ее спадения.

Авторы приводят историю болезни пациента, страдавшего гоноройной септицемией с артритом и пурпурой, из крови которого дважды были получены чистые культуры гонококка. Спустя 15 дней после поступления больной был подвергнут перегреванию, длившемуся 5 с половиной часов, причем ректальная температура его доводилась до 106 — 107,4° Ф. (41,1° С — 41,9° С. Ред.) Перегревание производилось в закрытой кабинке, в которую впускался горячий водяной пар при помощи распылителя, работавшего под давлением в 50 фунтов. После сеанса больной почувствовал себя очень слабым и ему пришлось сделать внутривенное вливание декстрозы. На другой день у него был озноб и температура поднялась до 105,6° Ф. Пурпура почти исчезла, и боли в суставах стали гораздо легче. Посев крови опять дал чистую культуру гонококка. В течение недели больной чувствовал себя очень слабым и температура давала

ремиттирующие повышения. Спустя 10 дней после первого сеанса был сделан второй. В течение 5 часов температура поддерживалась на уровне 106—107,8° Ф (41,4° С — 42,1° С. Ред.). На этот раз он вынес ее хорошо. К вечеру температура пришла к норме. На следующий день после второго сеанса в простатическом соке был впервые найден гонококк. При исследовании, повторенном через три недели, гонококки уже не были найдены. Наступило полное излечение.

В. Дембская.

Заседания медицинских обществ.

Общество рентгенологов ТАССР

Заседание 9.I. 1938 г. Присутствовало 29 чел.

1) Доц. *А. Н. Кревер. Современное состояние вопроса ателектазов легких.* Учение о нарушениях бронхиальной проходимости отражает функциональное направление в клинике. Схема Джексона представляет три степени бронхостенозов: 1) незначительное сдавление — „сквозная частичная закупорка" — воздух проходит при вдохе и выдохе, анатомические изменения не формируются, функциональное нарушение. Рентгенологический признак смещения средостения при вдохе в сторону, где сдавлен бронх — симптом Гольцкнехта-Якобсона;

2) более значительное сдавление или „частичная вентильная закупорка" — так как диаметр бронха при вдохе расширяется и суживается при выдохе, образуется как бы клапан, нагнетающий воздух с последующим развитием эмфиземы в периферическом отделе легкого;

3) полное сдавление или „полная закупорка" — воздух не может ни войти, ни поступить обратно — образуется ателектаз.

Причины ателектаза: а) изменение самой стенки бронха — воспалительный процесс, рак бронха и т. д., б) патологические изменения вне бронха, вызывающие вторично его сдавление (увеличение железы, опухоль и т. д.), в) закупорка бронха массами, не связанными ни со стенкой бронха, ни с окружающими его органами — сгусток крови, комочек слизи, инородное тело и т. д.

Патофизиологическая сущность ателектаза трактуется различно. „Ателектатический отек" легкого — выступание эксудата в свободные от воздуха альвеолы легкого (Corillos и Burnbaum). Замедление тока крови в ателектатическом участке, в результате которого возникает отечность (Beitzke), гиперемия в стенозированном участке с трансудацией тканевой жидкости в альвеолы (Wallgren). Клинико-рентгенологическая картина ателектаза: а) одышка, кашель, притупление перкуторного звука, отсутствие дыхательного шума, б) на рентгене гомогенная тень по ходу бронха, смещение медиастинум в сторону ателектаза, сужение межреберий, поднятие диафрагмы.

Патолого-анатомические данные ателектаза: а) исчезновение альвеолярных полостей, б) переполнение капиляров кровью, отек капиляров.

Ателектаз легкого является сложным клиническим синдромом, осложняющим течение целого ряда легочных заболеваний, в частности, туберкулезного процесса. Как самостоятельное заболевание ателектаз возникает при наличии инородного тела в бронхе. Исход ателектаза находится в зависимости от механики его развития — полное восстановление легкого; превращение его в склероз; переход в нагноительный процесс. Бронхоскопия, применение контрастного рентгеновского исследования с введением в бронх липоидоля будут в значительной мере содействовать изучению вопроса о нарушениях бронхиальной проходимости.

В прениях выступали: доц. М. И. Гольдштейн и М. С. Перлин.

Заседание 15.V 1938 г. Присутствовало 29 врачей и 33 рентгенотехника.

1) В. А. Новиков. *Некоторые новые достижения в области советской рентгенотехники.* Выпуск рентгено-аппарата в СССР находится на высоком уровне современной техники как по качеству аппаратуры, так и по масштабам

производства. Московский рентгенозавод производит рентгеноаппараты в 500000 вольт, предназначенные для интенсивной глубокой терапии и для промышленных целей. Аппарат Кусо универсальный — для диагностики и глубокой терапии. Аппарат Д — 110 — К4 — сконструирован с полной защитой от высокого напряжения в металлическом шкафу.

Столики управления к аппаратам московского завода полуавтоматизированы, частично управляются дисеками и особенно универсальны в отношении включения в сеть с добавлением сетевого корректора.

Аппараты Д—110 — К1 и Д — 110 — К4 занимают мало места в виду того, что трансформаторы накала помещаются в общем баке с высоковольтным трансформатором (универсальные для включения в сеть), имеют сетевой корректор.

Выпускается переносный аппарат в двух небольших чемоданах. Полная защита от тока высокого напряжения. В одном из чемоданов переносная фотолаборатория.

Аппараты для глубокой терапии, с масляными конденсаторами, впервые изготовляются в Союзе на заводе „Буревестник“ (ЗТ — 200 - К2).

Заводом „Светлана“, вырабатываются защитные рентгеновские трубки 6 KW и кенотромы.

Выпускаются также трубки и кеноторны для переносных и палатных рентгеноаппаратов, длиною в 130 мм вместо 510 мм; выпускаются трубки с третьим электродом (сеткой) для ультракоротких снимков, действующих путем разряда конденсаторов. Осваивается выработка мощных диагностических трубок на 10 kw и терапевтических до 300 kv.

Московским рентгеновским институтом сконструирован универсальный дозиметр с контролем „радия“, по точности измерения нисколько не уступающим зарубежным дозиметрам.

Советская промышленность наладила мощное производство усовершенствованной рентгеноаппаратуры и приборов целиком из советских материалов.

Был задан ряд вопросов. В прениях выступали доц. Д. Е. Гольдштейн и д-р Ошаров.

2) Доц. М. С. Перлин и д-р М. М. Шалагин: *К вопросу о доброкачественных опухолях желудка.* Доклад печатается в „Казанском медицинском журнале“.

Председатель об-ва рентгенологов доц. *Д. Е. Гольдштейн.*

Секретарь доц. *М. С. Перлин.*

Объединенное заседание терапевтического, хирургического и рентгенологического обществ ТАССР.

15 февраля 1938 г.

1. Председательствующий проф. Н. В. Соколов сообщил о смерти заслуженного деятеля науки проф. Викторина Сергеевича Груздева. Память покойного почтена вставанием.

2. Проф. Н. В. Соколов произнес речь, посвященную XX годовщине РККА. Принята единогласно резолюция.

Демонстрации:

3. Д-р В. А. Суворов. Случай гемолитического шока, излеченного новокаиновым блоком по Вишневскому.

Больной К., 24 л., в род. отд. Вахитовской больницы, по поводу сепсиса было перелито 50 см³ плацентарной крови гр. 0 (больная имела группу А). Час спустя после переливания наступила картина гемолитического шока. Пульс 140, едва ощутимый, дыхание поверхностное, зрачки расширены. Началась рвота и понос. Больной срочно сделан левый поясничный новокаиновый блок — 60 см³, после чего появилось заметное улучшение пульса, но все же общее состояние оставалось тяжелым. Сделан вторично поясничный новокаиновый блок на правой стороне. Через 10 мин. состояние больной улучшилось. Пульс 120, удовлетворительного наполнения. Рвота и понос прекратились. В дальнейшем все явления шока исчезли, и больная вскоре уснула.

Докладчик обращает внимание на преимущества новокаинового блока перед переливанием одноименной группы, считая, что новокаиновый блок может быть сделан в любых условиях.

4. Д-р В. А. Суворов. Случай перфорации желудка после рентгеноисследования. Больной М., 46 л., страдал желудочным заболеванием с 1911 г. За последние годы у него диагносцирована язва 12-п. кишки. Больной был подвергнут рентгеноисследованию. Во время исследования был дан сразу стакан бариевой смеси, больной почувствовал резкую боль в животе, но все же до конца исследования продержался на ногах. В рентгенокабинете больной пролежал 10—15 мин., после чего был направлен в поликлинику с диагнозом: язва 12-п. кишки. С поликлинического приема больной был доставлен ст. ск. помощи в клинику неотложной и военно-полевой хирургии ГИДУВ. С диагнозом: перфоративная язва желудка больной был срочно оперирован (проф. Г. М. Новиков) под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому. В брюшной полости оказалось значительное количество желто-зеленой жидкости с обильным количеством бариевой смеси; перфорация 12-п. кишки, из которой вытекает жидкость вместе с барием. Произведена резекция желудка по Рейхель-Полиа. Послеоперационное течение гладкое. На 19-й день больной в хорошем состоянии выписан из клиники.

Докладчик обращает внимание на учащение случаев перфорации под экраном. В течение года—это 4-й случай, наблюдаемый клиникой. Случай интересен и в том отношении, что несмотря на наступившую перфорацию под экраном—рентгенолог не распознал ее, продолжая исследование. Необходимо выработать противопоказание для рентгеноисследования язвенных больных.

В прениях приняли участие: Б. Г. Герцберг, Д. Е. Гольдштейн, Р. А. Вяселев, М. С. Перлин.

Председ. проф. Н. В. Соколов (резюме).

Случай излечения гемолитического шока новокаиновым блоком, рассчитанный на воздействие через нервную систему на сосуды почек, заслуживает внимания. Этим фактом подтверждается трактовка гемолитического шока, как явления, связанного с спазмом сосудов почек.

Демонстрированная д-ром Суворовым перфорация желудка после рентгеновского исследования лишний раз заставляет обратить внимание на необходимость для хирурга и рентгенолога четко выработать противопоказания для рентгеноисследования язвенных больных.

Проф. Н. К. Горяев (доклад). К вопросу о спленектомии (автореферат).

Цель доклада—остановить внимание на спленектомии, как лечебном методе, на обосновании этого метода, указаниях к применению и его результатах.

Спленектомия является неотложной операцией в случаях разрыва селезенки, перекручивании ее ножки, при злокачественных новообразованиях селезенки. Она может стать необходимостью, если опухоль селезенки причиняет больному страдания.

Удаление селезенки в опыте на животных, удаление у человека здоровой до того селезенки (при разрыве и т. п.) показало, что спленектомия не ведет к заметным расстройствам в организме.

Некоторые наблюдения ставят вопрос о том, не содействует ли спленектомия развитию злокачественных новообразований.

Накапливающийся материал заставляет думать, что патологически измененная селезенка может вести к различным общим и местным расстройствам: анемия, лейкопения, явления геморагического диатеза, задержка общего физического развития, расстройства функции желез внутренней секреции, структурные изменения и функц. расстройства печени и т. п.

Наблюдения докладчика. Тромбофлебитическая спленомегалия. Клиническая картина освещена на заседании терапевтического общества 3/I 1938 (доклад В. П. Добрыниной).

Гемолитическая желтуха. Клиническая картина освещена в докладе О. К. Махаловой (там же). Спленектомия признается всеми наиболее обещающим методом; однако операция может оказаться трудно выполнимой (сращения, возможны и серьезные осложнения). Хотя операционная смертность и не велика, все же сравнительно доброкачественное течение заболевания заставляет в большинстве случаев воздержаться от операции. Лишь авторы, видевшие случаи неожиданных острых обострений процесса склонны занять более активную позицию.

Одним из важных показаний к спленектомии является тромбопеническая пурпура.

В прениях принимали участие Р. И. Лепская, Б. Г. Герцберг, К. А. Дрягин, Р. А. Вяселев.

Председ. проф. Н. В. Соколов, (резюме).

Доклад проф. Н. К. Горяева, с исчерпывающей полнотой осветившего вопрос о показаниях к спленектомии, является особенно ценным для нас, хирургов, в том его разделе, где Н. К. Горяев остановился на показаниях к спленектомии при болезни Банти, тромбофлебитической спленомегалии.

Исход после спленектомии зависит несомненно от 1) техники выполнения операции, 2) от своевременности оперирования (опыт убеждает нас, что при оперировании по поводу болезни Банти в третьей стадии—исход часто бывает неблагоприятный); 3) от наклонности к тромбозу. Материалы наших клиник говорят за то, что легче всего переносят спленектомию больные с здоровой, удаленной по поводу повреждения селезенкой. Оперированные по поводу патологической селезенки б-ные гибнут от а) тромбоза селезеночной вены и от б) воспаления легких.

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

Объединенное заседание хирургического, терапевтического и рентгенологического обществ ТАССР.

Заседание 3 марта 1938.

Д-р К. А. Маянская (доклад) — *„К рентгенодиагностике хронических аппендицитов“* (будет напечатан в „Каз. мед. журн.“).

В прениях приняли участие: проф. А. Г. Терегулов, проф. В. А Гусынин, д-р Г. М. Шалунов, доц. Д. Е. Гольдштейн, проф. С. М. Алексеев, проф. Ю. А. Ратнер, д-р М. С. Перлин, проф. Н. К. Горяев, проф. Г. М. Новиков.

Проф. Н. В. Соколов (резюме).

Докладчик совершенно правильно в одном из своих выводов подчеркивает, что метод рентгеновского исследования червеобразного отростка является подсобным, а не основным в диагностике хронического аппендицита.

Особенное значение этот метод имеет при тех формах аппендицита, развитию которых не предшествовал острый приступ и для тех форм, при которых одновременно имеются другие заболевания брюшной полости, затушевывающие картину аппендицита.

Автор проделал большую работу и достиг хороших результатов. При дальнейшей работе необходимо обратить внимание на патогистологические изменения в отростках и на изменения слепой кишки в целом.

Метод рентгенодиагностики хронического аппендицита должен быть широко внедрен в практику клиник.

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

Хирургическое общество ТАССР.

Заседание 15/IV 1938 г.

Демонстрации.

1. Проф. Б. Г. Герцберг. Случай опухоли почки.

Девушка, 16 лет, поступила в пропедевтическую хирургическую клинику КГМИ с опухолью в области подреберья. Исследования не обнаружили отклонений со стороны мочеполового аппарата. Клинический диагноз колебался между опухолью внутрибрюшного органа (селезенка, брыжейка) и почки. 10.3 1938 г. операция (проф. Герцберг). Эфирный наркоз: левосторонний трансректальный разрез. Опухоль почки. Через разрез заднего листка брюшины проверена операбильность. Рана зашита. Почечным разрезом с большими трудностями удалена опухоль почки, величиной с голову новорожденного. Исследование: полиморфноклеточная саркома.

2. Д-р П. В. Рудницкий. Случай инородного тела в полости грыжевого мешка

Инородное тело диаметром 19 мм, до операции в грыжевом мешке не

определялось. На распиле в центре инородного тела имеется кусок жира. Демонстрирует инородное тело и больного.

3. Д-р В. Н. Шубин. К казуистике многокамерных эхинококков печени.

Демонстрируется больной, оперированный в пропед. хирургической клинике КГМИ по поводу эхинококка печени. На операции обнаружены плотные, беловатые узлы в правой доле печени, полость в куполе печени величиной с детскую головку, наполненная гноевидным содержимым. Гистологическое исследование обнаружило альвеолярный эхинококк.

4. Д-р К. В. Мартынова. Случай болезни Реклингаузена.

Демонстрируется больная, 22 лет, с уродующей опухолью на правом бедре. Опухоль расположена на широком основании и висит вялыми мягкими складками. Кожа над опухолью пигментирована, сморщена и в глубине ее прощупываются плотные узлы и тяжи. На поверхности тела имеются множественные узелки размером от чечевицы до сливы различной конституции и безболезненные. В животе ниже пупка определяется плотная опухоль, смещающаяся вместе с маткой и передней стенкой влагалища. Гистологическое исследование опухоли: мягкая фиброма.

5. Д-р П. В. Рудницкий (доклад). Внутривенный наркоз эвипаннатрием и гексеналом.

После краткого литературного обзора приводятся 36 случаев применения эвипанового и гексеналового наркоза в пропедевтической хирургической клинике КГМИ с ноября 1936 г. Смертных случаев не было. Длительность наркоза—от 10 минут до 1 часа 45 минут. Производимые операции: грыжи, аппендициты, ампутации, удаление опухолей. Девять раз наблюдалось возбуждение во время наркоза. Никакой разницы между действием эвипана и гексенала нет.

6. Д-р А. О. Масловская (доклад). Дикаин—советский пантокаин (см. „Каз. мед. ж." 1938 г., № 3).

7. Проф. В. Г. Герцберг (доклад). Оценка современных методов обезболивания в хирургии.

На основании литературных данных и двадцатилетнего личного опыта, докладчик производит оценку различных веществ, употребляемых для обезболивания, которые он делит на вещества для общего обезболивания, местного обезболивания и базисного наркоза. Докладчик не является сторонником одного какого-либо способа обезболивания.

Благодаря глюкозе и инсулину, введению гипертонического раствора, новейшим средствам, как дилаудид, кардиазол, лобелин, эфедрин, симпатол, перкаин, спинокаин, маске Омбредана при эфирном наркозе, введению капельного и фракционного методов значительно снижена опасность ингаляционного и спинномозгового обезболивания.

В пропедевтической хирургической клинике КГМИ с октября 1936 г. операции (563) производились при обезболивании эфиром, хлор-этилом, эвипан-натрием и гексеналом, эунарконом, ректидоном, спинно-мозговой анестезией и регионарной местной новокаином и дикаином (пантокаином). Барбитуровые препараты: эвипан и гексенал (37 сл.), эунаркон (9 сл.), ректидон (7 сл.) производят чрезвычайно благоприятное впечатление. Дикаин—советский пантокаин имеет преимущества перед новокаином.

Выводы докладчика: 1) каждому больному свое обезболивание; 2) в военной обстановке на передовых этапах доминирующее положение займет хлороформ, хлор-этил, эвипан и гексенал, эунаркон. Начиная с ДПМ могут применяться все виды обезболивания. 3) Каждый хирург должен быть знаком с различными видами общего и местного обезболивания 4) В клиниках медвуза должно быть обращено особое внимание на ознакомление с различными видами обезболивания и техникой его. 5) Хлороформным хлорэтиловым и эфирным наркозом должен владеть не только врач, но также студент-медик и средний медперсонал.

В прениях приняли участие проф. Гусынин, Ратнер, доц. Помосов, д-р Вяселев, Попков, Ситдиков, Осиповский, Суворов и др.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме). Все средства, предложенные для общего наркоза, каким бы способом они ни вводились, всегда имеют в себе опасность поражения центральной нервной системы (продолговатого мозга), а потому общий наркоз является менее приемлемым, чем местная анестезия. В условиях мирного времени местная анестезия, в частности инфильтрационная, должна быть основным методом обезболивания и не только клинических операций, но и для операций неотложного порядка. Подтверждением этого являет-

ся опыт кафедры неотложной хирургии (проф. Новиков), пользующейся в 97% операций методом инфильтрационной анестезии по Вишневскому.

Общий наркоз находит применение особенно в военной обстановке, и поэтому овладение методом общего обезболивания обязательно для каждого хирурга.

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

Заседание 15 мая 1938 г.

Демонстрации.

1) Д-р Масловская демонстрировала ребенка 1 года после операции по поводу ущемления пупочной грыжи 5-дневной давности. Операция: иссечение пупочной грыжи вместе с ее содержимым. Выздоровление.

2) Д-р Николаев демонстрировал больного, у которого произведена ампутация полового члена, с вылущением паховых желез по поводу рака. Диагноз подтвержден гистологически.

3) Д-р Айдаров демонстрировал больную, которой в одной из районных больниц были последовательно наложены задний и вторично передний гастроэнтероанастомозы с брауновскими энтероанастомозами. Больной произведена резекция желудка по Рейхель-Полия. Выздоровление.

4) Доц. Вилесов демонстрировал больную, которой было произведено пластическое восстановление концевой части носа по способу Вечтомова-Карташева с хорошим косметическими эффектом.

5) Д-р Назаров демонстрировал больного, которому до операции на основании внутривенной и ретроградной пиелографии был поставлен диагноз неоплазмы левой почки. Произведена нефректомия, подтвердившая диагноз.

6) Д-р Наливкин демонстрировал больного с атипической формой спонтанной гангрены.

7) Д-р Шалагин и д-р Перлин. К казуистике доброкачественных опухолей желудка.

Сообщается о трех случаях доброкачественной опухоли желудка, диагностированных рентгеноскопией до операции. Во всех случаях произведена резекция желудка, подтвердившая диагноз. Патогистологически-полипозная аденома. Демонстрируются фотограммы случаев.

В прениях приняли участие профф. Герцберг, Ратнер, д-р Харитонов, проф. Алексеев.

Пред. проф. В. А. Гусынин (резюме).

Демонстрации очень поучительны. К допущенным ошибкам я отношу запоздалую из-за наличия фимоза диагностику рака penis'a, необоснованное наложение заднего и переднего желудочно-кишечного соустья, повидимому, в отсутствие язвы. Эти ошибки исправлены радикальными операциями в хирургической клинике ГИДУВ. Линейный паховый разрез для вылущения лимфатических желез при раке penis'a недостаточен, предпочтительней делать лоскутные разрезы и удалять железы вместе с широкой фасцией бедра. Примерами успешной диагностики служит распознавание до операции карликовой почки, а отличной оперативной техники—пластическое восстановление носа у больной с разрушением концевой части носа.

8) Д-р И. Ф. Харитонов (доклад). К вопросу о хронических дуоденальных стазах.

После краткого литературного обзора вопроса приводятся три случая хронической непроходимости в верхнем и нижнем отделах 12-п. кишки, наблюдавшихся в хирургической клинике им. Вишневского.

1) Больная, 36 л., оперирована с диагнозом холецистита. На операции обнаружены плотные спайки сальника с подвздошной областью, вызвавшие резкое смещение поперечно-ободочной кишки, препилорической части желудка вниз и вправо. Вследствие этого образовался поворот верхней части 12-п. кишки вниз и вправо вокруг неподвижной нисходящей толстой кишки. Интимная связь с поперечно-ободочной кишкой обусловила смещение 12-п. кишки в зависимости от наполнения газами и калом поперечно-ободочной кишки. Этим и объясняются приступы болей у больной.

2) Больной, 47 л., оперирован с диагнозом стеноза привратника. При операции обнаружено: деформация 12-п. кишки вследствие врожденной аномалии кишечника. Желудок сильно растянут, слепая кишка расположена по средней линии и тотчас ниже желудка. S - образная кишка плотно припаяна к попе-

речно-ободочной кишке. Начальная часть 12-п. кишки растянута до ширины трех поперечных пальцев и, располагаясь в поперечном-восходящем направлении, уходит под печень. Нисходящая часть 12-п. кишки, изгибаясь под острым углом, спускается прямо вниз, вправо от позвоночника и переходит в тонкую кишку.

Вся масса тонких кишок, повернувшись вокруг своей брыжейки, располагается в полости таза. Тонкая кишка, слепая и часть поперечно-ободочной кишки имеют общую брыжейку. Наложен анастомоз между верхней частью 12-п. кишки и начальной тонкой кишки.

3) Ребенок, 9 лет, у которого аномалия кишечника с образованием общей брыжейки давала сдавление в области нижней части 12-п. кишки, вследствие этого образовалось резкое расширение желудка и 12-п. кишки. Случай был правильно диагносцирован рентгеновским исследованием.

Председатель проф. *В. А. Гусынин.*

Секретарь д-р *В. М. Осиповский.*

ОБЪЯВЛЕНИЯ

Орг. бюро 2-го Украинского съезда акушеров-гинекологов сообщает, что съезд, намеченный на октябрь с. г., переносится на 20 декабря 1938 г.

Председ. оргбюро съезда проф. Соколов.

Орг. бюро 24 съезда хирургов извещает, что 24-й Всесоюзный съезд хирургов состоится в г. Харькове с 27 по 31 декабря 1938 г. Предполагаемое количество мест: делегатских—700, гостевых—300. Распределение билетов возлагается на органы здравоохранения, а также на местные научные общества и общественные организации. Каждой республике будет выделено определенное количество мест. Лицам, приехавшим на съезд без делегатского или гостевого билета, Оргбюро не гарантирует возможности участвовать в работе съезда и всех видов обслуживания.

Пред. Оргбюро засл. деятель науки проф. В. Н. Шамов.

Ответствен. секретарь проф. Н. Н. Милостанов.

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

I) профессоров, заведующих след. кафедрами:

1. Акушерско - гинекологической клиники педиатрич. ф-та, 2. Пропедевтич. хирургической кл-ки педиатрич. ф-та, 3. Фак. терапевтической кл-ки педиатрич. ф-та;

II) Доцентов, заведующих кафедрами, 1. Физкультуры, 2. Пропедевтики детских болезней, 3. Хирургии детского возраста;

III) 1. Доцента каф. микробиологии, 2. Доцента кл-ки детских болезней педиатрич. ф-та, 3. Доцента по курсу мужской гонореи с оплатой по часам.

К заявлению на имя директора института должны быть приложены след. документы: автобиография, личный листок по учету кадров, общественно-политическая и деловая характеристика, справки об ученом звании и степени, перечень научных работ (оттиски этих работ) и отзывы о них.

Все документы представляются в 2-х экземплярах.

Адрес: Татреспублика, г. Казань, Чернышевскяя, 16, Мединститут.

Срок конкурса—месяц со дня опубликования в печати.

Директор Мединститута М. В. Неждановъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на журнал

„ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО“

на 1939 год

XX год издания

Ежемесячный научный медицинский журнал—орган Народного Комиссариата Здравоохранения УССР и Харьковского медицинского общества.

„Врачебное Дело“ наиболее полно отражает научно-практическую и общественную жизнь СССР в области медицины.

„Врачебное Дело“ предоставляет свои страницы для освещения огромной творческой работы не только крупных центров, но и мест далекой периферии, способствуя продвижению вперед медицинской мысли периферических работников.

„Врачебное Дело“ имеет следующие отделы: 1. Клиническая медицина. 2. Теоретическая и экспериментальная медицина. 3. Краткие заметки и случаи из практики. 4. Организация здравоохранения. 5. Консультативный (в помощь сельскому врачу). 6. Научная жизнь. 7. Рефераты. 8. Рецензии и библиография. 9. Хроника.

Подписная цена: на год—24 руб., на полгода—12 руб., на 3 мес.—6 руб.

Подписка принимается: 1. Периодсектором Госмедиздата УССР—Киев, Рейтерская № 2. 2. Редакцией „Врачебного Дела“—Харьков, ул. Дарвина № 4.

Стр.

О Д. Ширшова (Новосибирск). О диагностической ценности пробы Кауфмана в гинекологической практике. 520

З. И. Баишева и Н. И. Фролова (Казань). Размеры и вес новорожденных настоящего времени 524

Проф. Н. Горизонтов (Новосибирск). К вопросу об атрезии шейки при беременности и о „Missed labour" при этом сочетании 527

С. Д. Зацепин (Новосибирск). Внутриматочное введение иода с контрацептивной целью, как возможная непосредственная причина эктопической беременности 536

Н. А. Корчагина (Казань). О роли гонореи в этиологии внематочной (трубной) беременности 542

А. П. Чигарин (Казань). К вопросу о лечении пролежня влагалищной части матки при прояпсах. 544

Доц. А. К. Шарнин (Новосибирск). О нагноительно-перфоративном осложнении яичниковых дермоидов с участием мочевого пузыря. 550

Асс. И. В. Данилов (Казань). К вопросу о саркомах широких связок . . 557

Асс. С. З. Мухамедова (Казань). Электро-иод-ионотерапия при маточных кровотечениях и влияние ионов иода на яичники 561

Аспирант И. Я. Дешевилло (Казань). Организация и техника сбора пуповинно-плацентарной крови для переливания 570

А. П. Чигарин (Казань). Опыт переливания крови 575

Проф. И. П. Скляров и орд. К. Н. Иванов (Ашхабад). О переливании крови при гнойных перитонитах 582

Асс. С. Д. Левина (Новосибирск). Спинномозговая анестезия в терапии послеоперационных параличей кишечника, ... 588

Г. П. Ларин (Москва). Травматическая жировая эмболия 591

Наблюдения из практики и краткие сообщения.

А. А. Вахрамеев (Москва). Случай одновременной беременности в обоих рогах матки 596

В. В. Шкляев (Омск). Случай беременности в рудиментарном роге . . . 596

Р. М. Либерберг (Киев). Два случая родов сросшимися двойнями 598

[illegible] А. Канторович (Харьков). Два случая атрезии девственной плевы у детей и диагностическая ошибка в одном из них 601

[illegible] А. Кулагин (Казань). К методике подсчета кровяных телец в камере с сеткой Горяева. 603

Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

[illegible] А. Кулагин (Казань). Картина белой крови при туберкулезе легких. . 608

Украинская конференция по неотложной хирургии и переливанию крови. 618

[illegible]ащита диссертаций. *Л. А. Юрьева* 626

[illegible]ефераты: а) эндокринология; б) хирургия; в) урология; г) гонорея. . . 628

[illegible]аседания медицинских обществ 638

Объявления. 645

К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ

Технические причины, задерживавшие своевременный выход журнала, в настоящее время устранены. Следующие номера журнала выйдут в ближайшее время.

Во избежание перерыва в получении журнала редакция просит полугодовых подписчиков поспешить присылкой доплаты за 2-е полугодие 1938 г. в сумме 7 р. 50 к. по адресу: г. Казань, ул. Баумана, Дом печати, Газетно-журнальная экспедиция.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА
на 1939 ГОД
НА
КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

(Год издания XXXV)

Издание Совета филиалов научных медицинских обществ ТАССР.

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

В 1939 году „Казанский медицинский журнал" будет выходить ежемесячно книжками увеличенного формата, объемом до 9 печатных листов каждая.

Стремясь к удовлетворению интересов широких кругов практических врачей, „Казанский медицинский журнал" будет давать статьи по следующим разделам:

1) организация социалистического здравоохранения, социальная гигиена, профгигиена и профпатология;

2) теоретическая и клиническая медицина;

3) наблюдения из практики и различные другие краткие сообщения;

4) обзоры литературы по наиболее важным и интересным для практического врача вопросам теоретической и клинической медицины; рефераты из иностранной периодической печати; рецензии и библиографические заметки о новых книгах, отчеты о съездах и диспутах при защите диссертаций, о заседаниях медицинских обществ; хроника, консультация по вопросам теоретической и клинической медицины.

Подписная плата на год (12 №№)—20 рублей, на полгода (6 №№)—10 рублей.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПОЧТОВЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ.

Адрес редакции: Казань, ул. Толстого, 4/14.

Отв. редактор Е. М. Лепский Лит. ред. Г. Д. Шапиро Тех. ред. Г. Е. Петров

11 п. л. В п. л. 43600 зн. Т. 5480. Упол. Татглавлита № А1692. Наряд № 0613. Сдано в произ. 11/VII 38 г. Подп. к печ. 14/XI 38 г. Бум. ст. ф. 60×92 см.

Татполиграф при НКМП Тат. АССР. Казань, ул. Мисланского, 9. 1938.