

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Казанского государственного медицинского института,
Казанского института усовершенствования врачей имени
В. И. Ленина и Совета научных медицинских обществ
Татарской АССР

5

**Сентябрь—Октябрь
1940**

(Год издания XXXVI)

Государственное издательство медицинской литературы

СО Д Е Р Ж А Н И Е

Стр.

Седьмая сессия Верховного Совета СССР 1-го созыва	3
35-летие Казанского медицинского журнала	6

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Проф. Н. В. Соколов (Казань). Выбор метода оперативного вмешательства по поводу язв желудка и 12-перстной кишки	11
В. Н. Шубин (Казань). К вопросу о функции кардиального отдела пищеварительного тракта у человека	16
Д. Е. Войханский (Ленинград). К клинике фистул желудка и толстой кишки	19
Н. И. Любина (Казань). Опыт применения гексеналового наркоза в клинике и в условиях тылового госпиталя	22
С. А. Смирнов (Казань). Закрытие дефектов крыла носа свободной трансплантацией из толщи губы	28
Доц. Ц. А. Левина и С. Е. Грановская (Одесса) Изучение хрупкости кровеносных капилляров при сердечно-сосудистой недостаточности и при других патологических состояниях	32
Доц. Ф. П. Миллер (Казань). К вопросу о парагиллюсном туберкулезе взрослых в терапевтической клинике	37
Б. Н. Агриколянский (Казань). О холодной разновидности хронического милиарного туберкулеза	42
А. М. Дыхно (Москва). О туберкулезе грудной железы	45
А. А. Айдаров (Казань). О диагностике и лечении туберкулеза языка	49
С. Е. Коган (Казань). К вопросу о хорион-эпителиоме матки	52
А. С. Бурунский (Горький). Терапия неполного и лихорадочного выкидыша	56
Доц. Ю. И. Стальский (Ижевск). Лечение неполных выкидышей	60
Е. Ф. Новикова (Казань). К вопросу о наружной дакриоцисториностомии	65
М. Э. Винников (Омск). О рецидивах лямблиоза после акрихинотерапии	70

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Г. Д. Шапиро (Казань). Заметки литературного редактора	74
И. А. Трухалев (Ленинград). Случай угрожающего желудочно-кишечного кровотечения на почве хронического гастрита	83
И. Э. Сандуковский (Полтава). Прободение язвы желудка во время приступа аппендицита	86
С. В. Поликарпов (Москва). Лечение болезни Банга переливанием крови	87

ОБЗОРЫ, РЕЦЕНЗИИ, РЕФЕРАТЫ И ПРОЧ.

Г. А. Орлова (Казань). О развитии пернициозной анемии после резекции желудка	89
Проф. М. Г. Сердюков, М. Л. Выдрин, доктор мед. наук. <i>Учебник акушерства</i>	93
Проф. В. Н. Терновский и доц. В. Н. Мурат. Академик В. П. Воробьев. Атлас анатомии человека	94
Некролог	96

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Казанского государственного медицинского института,
Казанского ин-та усовершенствов. врачей им. В. И. Ленина
и Совета научных медицинских обществ Татарской АССР

РЕДАКЦИЯ

заслуженный деятель науки проф. **Е. М. Лепский** (ответств. редактор),
доц. **Г. Г. Кондратьев** (ответств. секретарь), доц. **Д. Е. Гольдштейн**,
проф. **К. А. Дрягин**, заслуж. деят. науки проф. **А. Н. Миславский**,
заслуж. деят. науки проф. **В. К. Трутнев**

5

1940

(Год издания XXXVI)

КАЗАНЬ

В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ БЛИЖАЙШЕЕ УЧАСТИЕ:

Заслуженные деятели науки РСФСР профессора: А. Ф. Агафонов, И. П. Васильев, А. В. Вишневский, Н. К. Горяев, И. В. Домрачев, А. Н. Мурзин, Ю. А. Ратнер, Н. В. Соколов, А. Г. Терегулов.

Заслуженные деятели науки ТАССР профессора: С. М. Алексеев, З. Н. Блюмштейн, В. А. Гусынин, И. Ф. Козлов, Р. И. Лепская, Б. Л. Мазур, В. В. Милославский, Л. И. Омороков, И. Н. Олесов, И. И. Русецкий.

Профессора: В. Е. Адамюк, А. Д. Адо, М. П. Андреев, С. М. Арановский, Л. М. Броуде, Б. А. Вольтер, доц. Н. И. Вылегжанин, профф. Р. Р. Гельтцер, Б. Г. Герцберг, доценты Б. С. Гинзбург, М. И. Гольдштейн, профф. А. Д. Гусев, В. И. Катеров, А. В. Кибяков, доц. Л. Н. Клячкин, профф. Н. Н. Лозанов, З. И. Малкин, П. В. Маненков, В. К. Меньшиков, Н. А. Михеев, Ф. Г. Мухамедьяров, доц. М. В. Нежданов, профф. Г. М. Новиков, Я. Д. Печников, доц. Д. Е. Потехин, проф. В. Н. Терновский, доц. Л. И. Шулутко.

Всю корреспонденцию направлять по адресу: Казань,
ул. Толстого, № 4/14.

По вопросам подписки и доставки обращаться по адресу:
г. Казань, ул. Баумана, Дом печати, Газетно-журнальная
экспедиция.

Седьмая Сессия Верховного Совета СССР 1-го созыва Законы, принятые Верховным Советом СССР

Закон об образовании Союзной Молдавской Советской Социалистической Республики

Идя навстречу пожеланиям трудящихся Бессарабии и трудящихся Молдавской Автономной Советской Социалистической Республики о воссоединении молдавского населения Бессарабии с молдавским населением Молдавской АССР и руководствуясь советским принципом свободного развития национальностей, Верховный Совет Союза Советских Социалистических Республик постановляет:

1. Образовать Союзную Молдавскую Советскую Социалистическую Республику.

2. Включить в состав Союзной Молдавской Советской Социалистической Республики город Тирасполь и Григориопольский, Дубоссарский, Каменский, Рыбницкий, Слободзейский и Тираспольский районы Молдавской Автономной Советской Социалистической Республики, город Кишинев и Бельцкий, Бендерский, Кишиневский, Кагульский, Оргеевский и Сорокский уезды Бессарабии.

3. Передать в распоряжение Союзной Молдавской Советской Социалистической Республики промышленные предприятия, расположенные на территории Бессарабии и Молдавской АССР, согласно пункта второго настоящего закона, за исключением небольшого количества предприятий, имеющих общесоюзное значение.

4. Просить Верховный Совет Украинской ССР и Верховный Совет Молдавской ССР представить на рассмотрение Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик проект установления точной границы между Украинской Советской Социалистической Республикой и Союзной Молдавской Советской Социалистической Республикой.

5. Провести в соответствии со ст. ст. 34 и 35 Конституции (Основного Закона) Союза Советских Социалистических Республик выборы депутатов в Верховный Совет Союза Советских Социалистических Республик от Союзной Молдавской Советской Социалистической Республики.

6. Поручить Президиуму Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик назначить день выборов.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР

М. Калинин.

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР

А. Горкин.

Москва, Кремль, 2 августа 1940 г.

Закон о включении северной части Буковины и Хотинского, Аккерманского и Измаильского уездов Бессарабии в состав Украинской Советской Социалистической Республики.

Верховный Совет Союза Советских Социалистических Республик постановляет:

1. Включить северную часть Буковины и Хотинский, Аккерманский и Измаильский уезды Бессарабии в состав Украинской Советской Социалистической Республики.

2. Поручить Президиуму Верховного Совета СССР назначить день выборов депутатов в Верховный Совет Союза Советских Социалистических Республик от населения новых территорий Украинской ССР.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР

М. Калинин.

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР *А. Горкин.*

Москва, Кремль, 2 августа 1940 г.

Закон о принятии Литовской Советской Социалистической Республики в Союз Советских Социалистических Республик.

Заслушав заявление Полномочной Комиссии Сейма Литвы, Верховный Совет Союза Советских Социалистических Республик постановляет:

1. Удовлетворить просьбу Сейма Литвы и принять Литовскую Советскую Социалистическую Республику в Союз Советских Социалистических Республик в качестве равноправной Союзной Советской Социалистической Республики.

2. Принять предложение Верховного Совета Белорусской ССР о передаче в состав Союзной Литовской Советской Социалистической Республики Свенцянского района и части территории с преобладающим литовским населением Видзовского, Годутишковского, Островецкого, Вороновского, Радунского районов Белорусской ССР.

3. Просить Верховный Совет Белорусской Советской Социалистической Республики и Верховный Совет Союзной Литовской Советской Социалистической Республики представить на рассмотрение Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик проект установления точной границы между Белорусской Советской Социалистической Республикой и Союзной Литовской Советской Социалистической Республикой.

4. Провести, в соответствии со ст. ст. 34 и 35 Конституции (Основного Закона) СССР, выборы депутатов в Верховный Совет СССР от Союзной Литовской Советской Социалистической Республики.

5. Поручить Президиуму Верховного Совета СССР назначить день выборов.

Председатель Президиума Верховного Совета

СССР М. Калинин.

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР *А. Горкин.*

Москва, Кремль, 3 августа 1940 г.

Закон о принятии Латвийской Советской Социалистической Республики в Союз Советских Социалистических Республик.

Заслушав заявление Полномочной Комиссии Сейма Латвии, Верховный Совет Союза Советских Социалистических Республик постановляет:

1. Удовлетворить просьбу Сейма Латвии и принять Латвийскую Советскую Социалистическую Республику в Союз Советских Социалистических Республик в качестве равноправной Союзной Советской Социалистической Республики.

2. Провести в соответствии со ст. ст. 34 и 35 Конституции (Основного Закона) СССР выборы депутатов в Верховный Совет СССР от Союзной Латвийской Советской Социалистической Республики.

3. Поручить Президиуму Верховного Совета СССР назначить день выборов.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР

М. Калинин.

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР А. Горкин.

Москва, Кремль. 5 августа 1940 г.

Закон о принятии Эстонской Советской Социалистической Республики в Союз Советских Социалистических Республик.

Заслушав заявление Полномочной Комиссии Государственной Думы Эстонии, Верховный Совет Союза Советских Социалистических Республик постановляет:

1. Удовлетворить просьбу Государственной Думы Эстонии и принять Эстонскую Советскую Социалистическую Республику в Союз Советских Социалистических Республик в качестве равноправной Союзной Советской Социалистической Республики.

2. Провести в соответствии со ст. ст. 34 и 35 Конституции (Основного Закона) СССР выборы депутатов в Верховный Совет СССР от Союзной Эстонской Советской Социалистической Республики.

3. Поручить Президиуму Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик назначить день выборов.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР

М. Калинин.

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР А. Горкин.

Москва, Кремль. 6 августа 1940 г.

Заслужен. деятель науки РСФСР проф. Е. М. ЛЕПСКИЙ

35-летие Казанского медицинского журнала

Первая книжка „Казанского медицинского журнала“ вышла 40 лет тому назад — в январе 1901 года. Если принять во внимание пяти-летний перерыв в выходе журнала (1916—20 гг.), то „Казанский медицинский журнал“ насчитывает 35 лет своего существования.

Журнал возник как орган „Общества врачей при Казанском университете“. Как видно из заявления редакции, помещенного в первой книжке, с самого начала предполагалось печатать в журнале не только местный материал, но и отчеты о деятельности других провинциальных обществ. В течение первых 3—4 лет журнал действительно выполнял намеченную программу, выпуская ежегодно 8 книжек общим объемом 600—700 страниц. Оригинальные статьи принадлежали исключительно казанским авторам. Значительное место занимали подробные рефераты статей из других журналов, списки медицинской литературы, поступавшей в библиотеку общества врачей и имевшейся в местном книжном магазине.

В 1904 году (русско-японская война) вместо обычных 8 книжек вышло только 7. В этом году были напечатаны, между прочим, две статьи на темы, имеющие отношение к войне: д-ра Идельсона — „О самопомощи раненых в боевой линии“ и д-ра Стефановского — „К вопросу об искусственных заболеваниях уха и о при-творной глухоте у молодых солдат вообще“. Но уже в 1905 году выпущено всего 2 книжки, а в 1906 — только одна в 62 страницы, причем никаких статей на военные темы в них уже не было.

Напрасно читатель стал бы искать на страницах журнала за эти годы какого-нибудь отклика на революционные события, потрясавшие тогда Россию. Такие события развертывались и в самой Казани; между прочим, из-за „студенческих беспорядков“ был закрыт Казанский университет, в котором работали организаторы, руководители и участники журнала. Но журнал оставался в стороне. Это можно объяснить отчасти влиянием царской цензуры. Однако другие органы печати сломали же во время революции цензурные рогатки и активно участвовали в политической борьбе, обсуждая очередные задачи революционного движения и т. п. Очевидно, само „Общество врачей при Казанском университете“ в большинстве своем было далеко от революционных настроений.

С 1907 года „Казанский медицинский журнал“ стал выходить в прежнем нормальном объеме, но материал помещался исключительно местный, рефераты не печатались и, как правильно отметил впоследствии один из редакторов, проф. В. С. Груздев, журнал приобрел „архивный характер“. О темпах работы журнала тех времен можно судить по следующему факту: одна из помещенных в журнале работ (монография проф. Любимова о лейкемии) печаталась с перерывами в течение 7 лет.

В 1914 году, с началом мировой империалистической войны, „Казанский медицинский журнал“ опять начал хиреть. В 1914 году вышло всего 3 книжки общим объемом немного более 200 страниц, а в 1915 году — только две. С 1916 года журнал совсем перестал выходить.

Несмотря на то, что „Казанский медицинский журнал“ за первые 15 лет своего существования пережил два своеобразных кризиса, он все же успел опубликовать за это время много ценных работ, отчасти не потерявших интереса до сих пор.

Возродился „Казанский медицинский журнал“ уже при Советской власти, в 1921 году. Теперь он стал выходить в качестве органа не только „Об-ва врачей при Казанском университете“, но и других врачебных объединений г. Казани и двух высших медицинских учебных заведений (медфака и Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина). Возобновилось печатание рецензий и рефератов (преимущественно реферировались статьи из иностранных журналов). Стали помещаться обзоры литературы по важнейшим вопросам клинической и теоретической медицины.

Все чаще на страницах „Казанского медицинского журнала“ публикуются статьи иногородних авторов, притом не только из близких к Казани городов, но и из самых отдаленных краев, а также из столиц РСФСР и других союзных республик. В 1924 году эти материалы занимали почти 30% журнала. Из года в год все шире предоставлялись страницы журнала для научных работников и практических деятелей советской медицины из любой точки нашего великого Союза. Неуклонное увеличение радиуса действия „Казанского медицинского журнала“ и расширение авторского коллектива находят отражение хотя бы в таких цифрах: в 1930 г. 64% опубликованного материала принадлежит иногородним авторам, в 1939 г. — 72%.

Что касается читательского круга, то следует подчеркнуть, что лишь около 10% общего тиража „Каз. медицинского журнала“ падает на Казань и Татарскую республику, основная же масса книжек расходуется по многочисленным городам и селам СССР вплоть до самых „глухих“ уголков, где „Каз. медицинский журн.“ находит постоянных читателей в лице работников больниц и врачебных амбулаторий. Эти данные бесспорно говорят о том, что „Каз. медицинский журнал“ из местного органа давно превратился в орган всесоюзного значения.

Чем большее распространение журнал имеет в периферии Союза, тем крепче становится его связь с широкими врачебными кадрами. В редакцию все чаще поступают сообщения от практических врачей, содержащие нередко очень ценные наблюдения. Поэтому с 1929 г. в журнале выделен постоянный отдел „Из практики“, составляемый из кратких сообщений такого рода.

Сочетание на страницах „Казанского медицинского журнала“ значительного числа сообщений практических врачей периферии со статьями научных работников о теоретических вопросах, иногда — и об экспериментальных исследованиях, является одной из причин, сделавших наш журнал популярным в различных врачебных кругах.

Возродившийся после Октябрьской революции „Казанский медицинский журнал“ отрешился от прежнего „академического“ (в дурном смысле) и „архивного“ характера. Журнал стал своевременно откликаться на крупнейшие события в стране, журнал расширяет

связи с периферийными медвузами и лечебными учреждениями, освещаая актуальные вопросы всех областей научной медицины и практики здравоохранения.

Одновременно с обогащением содержания журнала происходит и количественный его рост. В 1921 г. вышло всего 3 книжки. Постепенно число книжек дошло до 12 в год, причем некоторые годовичные комплекты содержали более 1500 страниц. Тираж возрос с 1921 года более чем в 10 раз, однако и этим количеством журнал не в состоянии, к сожалению, удовлетворить неуклонно расширяющийся спрос подписчиков.

Судя по тем письмам, которые получают редакцией от подписчиков, оставшихся без „Казанского медицинского журнала“, надо думать, что многие врачи привыкли ценить в нем „необходимое орудие производства“, как выразился один из этих товарищей.

Улучшению качества „Казанского мед. журнала“, увеличению его тиража и превращению его в орган печати, популярный в широких кругах практических врачей и научных работников, не мало содействовали его редакторы. Особо следует упомянуть ныне уже покойного заслуженного деятеля науки проф. В. С. Груздева, который состоял редактором „Казанского медицинского журнала“ дольше других. Приведу здесь перечень прежних редакторов: Л. О. Даркшевич (1901—1902), А. Н. Казем-Бек (1903—1906), Н. А. Геркен (1907—1909), Ф. Я. Чистович (1910—1913), Н. А. Миславский (1914—1916), В. С. Груздев (1921—1928), Т. И. Юдин (1929—1931), И. С. Алуж (1932), В. Л. Боголюбов (1933—1935), М. И. Мастбаум (1935—1937).

Большую роль в создании успеха журналу несомненно играет то обстоятельство, что все руководители кафедр и клиник Казанских медицинских вузов участвуют в журнале путем рецензирования и исправления поступающих в редакцию статей.

Но основная причина всестороннего роста журнала лежит, конечно, в общем культурном подъеме нашей социалистической родины, в увеличении числа врачей и улучшении условий работы медицинских вузов и лечебных заведений, сотрудники которых являются не только читателями, но и авторами статей „Казанского медицинского журнала“.

Успехи, которые имеются в развитии „Казанского медицинского журнала“ не могут и не должны служить поводом к самоуспокоению, и редакция отнюдь не склонна почивать на лаврах. Наоборот, предстоит еще многое сделать для того, чтобы укрепить слабые звенья, чтобы устранить недостатки, наличие которых безусловно чувствуют читатели так же хорошо, как и сама редакция.

На что именно следует нам обратить свое внимание в первую очередь?

Серьезным дефектом журнала мы считаем недостаточное отражение в нем вопросов организации здравоохранения. В течение нескольких лет выделялся специальный отдел, посвященный социалистическому здравоохранению и вопросам социальной гигиены. К сожалению, отдел этот был беден по содержанию и представлен далеко не во всех книжках журнала. Между тем жизненная важность такого отдела совершенно очевидна.

Другим недостатком является очень малое количество публикуемых рефератов из текущей иностранной литературы и рецензий на выходящие у нас книги. Так как количество получаемой у нас ино-

странной литературы постоянно увеличивается, а знание иностранных языков все более распространяется среди врачей, то можно надеяться, что — при помощи активистов-авторов и читателей — мы в ближайшее время сможем значительно расширить реферативный отдел.

Рецензии пишутся неохотно, так как они отнимают очень много времени. Руководители кафедр и другие крупные специалисты должны считать делом чести откликаться на страницах журнала на важнейшие литературные явления в интересующей их области. Редакция призывает научных работников медвузов уделить гораздо больше внимания этой почетной работе.

Надо признать также, что содержание журнала еще в значительной мере зависит от „самотека“, от того, какой материал поступает в редакцию по инициативе авторов. Правда, количество поступающих статей значительно превышает возможности опубликования, и в печать не попадает и половины рукописей. В этих условиях редакция имеет возможность выбора, однако — в определенной мере ограниченного. Попытки редакции заказывать кафедрам и отдельным высококвалифицированным авторам статьи на определенные темы до сих пор давали лишь незначительные результаты. Можно надеяться, что положение будет улучшаться по мере того, как тематика научных работ в клиниках будет теснее связываться с практическими задачами дня. Во всяком случае, редакция будет стремиться к организации планомерного получения авторских рукописей.

В 1938 и 1939 гг. редакцией „Казанского медицинского журнала“ выпущены были тематические номера. Так, были изданы книжки, посвященные проблеме рака, ревматизму, витаминам, детским болезням и др. Получаются книжки, из которых каждая представляет особый интерес для определенного сравнительно узкого круга читателей-специалистов. Но такие „специализированные“ номера, может быть, менее интересны для широкого круга читателей, нуждающихся в более разнохарактерном материале. Такой способ комплектования журнала имеет еще ту отрицательную сторону, что статьи, посвященные вопросам, не намеченным для ближайших тематических номеров, непременно долго должны ждать своего появления в печати. Поэтому редакция перешла к другому способу составления книжек журнала. Для каждого номера подбирается по несколько ведущих статей по одному-двум актуальным вопросам практической медицины. По этой же тематике подбираются, по возможности, краткие сообщения и обзоры. Остальной материал номера касается других различных вопросов. Таким образом, каждый номер журнала имеет свой тематический стержень; наряду с этим дается материал по широкому кругу вопросов из разнообразных отраслей медицины. Конечно, и это — не идеальное решение задачи, и редакция ждет откликов от читателей о принципах комплектования нашего журнала. Все соображения и предложения читателей по этому немаловажному вопросу редакция охотно учтет в своей дальнейшей работе.

Для того, чтобы „Казанский мед. журнал“ мог полнее отражать медицинскую работу периферии и деятельность провинциальных медицинских обществ, необходимо увеличить его объем. Это, а равно и необходимость увеличения тиража редакция журнала и организации, в ведении которых он находится, всегда имеют в виду; все возможности в этом направлении используются.

Опираясь на все возрастающую производственную активность

врачебных кадров, на неуклонно увеличивающийся размах научно-исследовательской работы в медицинских учреждениях и богатый опыт строительства советского здравоохранения в СССР, „Казанский медицинский журнал“ будет и впредь посильно служить развитию советской медицинской науки и лечебно-профилактического дела, исходя из неразрывного единства теории и практики.

Устранить имеющиеся недостатки, давать читателю возможно более интересный материал на высоком теоретическом уровне, быть для врача-практика средством повышения его квалификации, способствовать расширению его кругозора — таковы программные задачи „Казанского медицинского журнала“.

Клиническая и теоретическая медицина

Проф. Н. В. СОКОЛОВ

(Казань)

Выбор метода оперативного вмешательства по поводу язв желудка и 12-перстной кишки

До тех пор, пока этиология и патогенез язв желудка и 12-перстной кишки не будут точно установлены, трудно говорить о выработке и выборе вполне рационального и вполне научно обоснованного метода лечения этих заболеваний. Нужно признать, что хирургическое лечение не является причинным в отношении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Оно направлено на язву или ее последствия, как на местный процесс.

Целью хирургического вмешательства при язвах желудка и 12-перстной кишки должно быть или удаление язвы, как источника местного страдания и различных осложнений, или — в случае оставления язвы на месте — создание условий для скорейшего ее заживления. И в том и в другом случае задача хирурга состоит в том, чтобы создать условия, в максимальной степени гарантирующие от рецидива и развития новых пептических язв.

При стенозе привратника на почве язв желудка и 12-перстной кишки хирургическое вмешательство направлено на устранение двигательных расстройств желудка, вызванных стенозом и ведущих обычно к застою содержимого. С точки зрения этих основных требований и должны быть прежде всего расценены применяющиеся методы хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки. Количество этих методов значительно и в смысле травматичности и обширности вмешательства они очень различны: от простых инъекций в малый сальник алкоголя до обширных резекций желудка.

Наименее эффективными при язвах желудка и 12-перстной кишки оказались метод алкоголизации малого сальника и пилоропластика, почему они и не нашли широкого применения. Самыми распространенными в настоящее время методами хирургического вмешательства при язвах желудка и 12-перстной кишки являются гастроэнтеростомия и резекция желудка.

1. Гастроэнтеростомия

Гастроэнтеростомия (г.-э.) предложена была в 1882 году в клинике Бильрота его учеником Вольфлером при карциноматозном стенозе привратника. Естественно, что она скоро нашла применение и при доброкачественных стенозах привратника, развивающихся чаще всего на почве язв. Сравнительная легкость технического выполнения г.-э., благоприятные исходы г.-э. при стенозах привратника и случаи за-

живления язв 12-перстной кишки после этой операции дали повод расширить показания к ее применению. Дуайен в 1893 г. предложил г.-э. как метод лечения язв 12-перстной кишки и желудка, в каком бы участке последнего они ни располагались. С этого времени г.-э. получила широкое распространение и в недалеком прошлом имела репутацию лучшего хирургического метода лечения язв желудка и 12-перстной кишки. Ряд исследований дал применению г.-э. при стенозах привратника, язвах желудка и 12-перстной кишки принципиальное обоснование. Ей приписывается 1) улучшение эвакуации желудочного содержимого, чем устраняются застои, а вместе с тем и раздражение слизистой оболочки желудка (Майер, Бургдорф, Пик, Флеров); 2) снижение кислотности желудочного сока путем забрасывания дуоденального содержимого через анастомотическое отверстие (Лорено, Пик, Еланский, Мартынов); 3) разрешение пилороспазма, часто имеющегося при язвах.

Объективный разбор фактического материала по г.-э. приводит к выводу, что в 50—60% она дает стойкие хорошие результаты. На данном этапе наших знаний о язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки г.-э. не утратила своего значения для определенной группы случаев; но показания к г.-э. должны быть сужены и уточнены. В настоящее время г.-э. считается предпочтительным методом при рубцовом стенозе привратника, где она дает в большинстве случаев прекрасные ближайшие и отдаленные результаты (Бир, Спасокукоцкий, Успенский и др.) Но здесь необходимо ввести корректив, который не всегда подчеркивается четко. Г.-э. при стенозах дает сравнительно часто неблагоприятный исход, когда производится у больных с давним стенозом, у которых желудочная стенка растянута и перешла в стадию атрофии. В таких условиях ослабленная мышечная стенка работает вяло, в результате чего суживается, уродуется сделанное отверстие, сохраняются застои и операция г.-э. не достигает цели. Неоправдываемая в таких случаях г.-э. должна быть заменена резекцией желудка. Неплохие результаты получаются после применения г.-э. при простых язвах пилорического отдела и простых язвах 12-перстной кишки, не поддающихся длительному систематическому терапевтическому лечению.

При каллезных язвах привратника и 12-перстной кишки является более показанной резекция, так как эти язвы сравнительно часто дают перфорации, чаще перерождаются в рак и чаще служат источником кровотечений. Г.-э. при каллезных язвах 12-перстной кишки может быть рекомендована лишь для случаев, где резекция не выполнима, т. е. когда язва вовлекает в процесс составные элементы в lig. hepatoduodenale (ductus choledochus, vena portae, a. hepatica) и удаление язвы связано с риском их ранения. В таких случаях, при невыполнимости резекции, хирург, производя г.-э., должен укрыть язву 12-перстной кишки сальником, с прирастанием которого создаются лучшие условия для заживления язвы и гарантии от перфорации в свободную брюшную полость.

При язвах малой и большой кривизны, которые обычно не сопровождаются расстройствами эвакуации желудочного содержимого, г.-э. по справедливому выражению С. С. Юдина (Сов. медицина, № 16, 1939 г., Нов. хир. архив, 1939 г., № 140—41) оправдания не имеет.

При язвах, располагающихся вдали от привратника, главным образом, в области малой кривизны, г.-э. в большинстве случаев не приво-

дит к цели, так как секреторные расстройства после г.-э. выравниваются далеко не всегда и, следовательно, не всегда создаются условия для заживления язвы. Мало того, искажается функция желудка, и г.-э. сама по себе служит источником целого ряда расстройств („г.-э. — болезнь“).

Тем более не показана г.-э. при язвах малой кривизны, сопровождающихся искажением формы желудка (до песочных часов) с двигательными расстройствами.

При установленных показаниях к г.-э. перед хирургом возникает задача — избрать метод гастроэнтеростомии. Как известно, в основном предложены были три метода: 1) передняя г.-э.; 2) задняя г.-э. и 3) v-образная г.-э. Из них самое широкое применение нашла задняя г. э., удержалась, как метод необходимости, передняя при невозможности выполнения задней; г.-э. в v-образной форме по Ру отвергнута.

Сущность передней г.-э., впервые предложенной в 1881 г. Вольфлером, сводится к следующему.

Тонкая кишка берется для анастомоза на таком протяжении от *plica - duodeno - jejunalis*, чтобы без натяжения подвести ее к стенке желудка над поперечно-ободочной кишкой; указываемая в руководствах цифра расстояния — 25—40 см относительна, так как она зависит от степени опущения поперечно-ободочной кишки, длины *lig. gastro - colicum*. Что касается сальника, то сам Вольфлер отводит его вправо от кишечной петли; правильнее, как это предложил Бобров, рассекать его до поперечно-ободочной кишки, чтобы сальник не мог давить на петлю тощей кишки. Анастомоз должен быть расположен таким образом, чтобы верхний полюс его находился в направлении к кардиальной части желудка, а нижний — в направлении привратника. При этом следует учесть, что в зависимости от типа желудка нижний полюс анастомоза будет располагаться различно. При роговидном желудке анастомоз будет находиться перед самым привратником; при крючковидном — на самом нижнем участке большой кривизны. В связи с этим на желудочную стенку обычно накладывается в соответствующем направлении желудочная клемма, а петля тонкой кишки, взятая на кишечную клемму, подводится к желудку с таким расчетом, чтобы приводящий ее отдел располагался в направлении кардиальной части желудка, а отводящий — в направлении привратника, т. е. в изоперистальтическом направлении. После укладывания стенок желудка и кишки следует наложение Лемберовского серозомышечного шва, который можно накладывать шелком в форме непрерывного или узловатых швов; последние предпочтительнее во избежание кисетного стягивания анастомоза, как это бывает при непрерывном шве.

После разреза стенки желудка и кишки производится зашивание их непрерывным кетгутовым швом, проходящим через все слои (шов Альберта). Задняя стенка анастомоза зашивается обычным скорнячным швом; при переходе на переднюю стенку лучше пользоваться швом Шмидена, которым достигается более совершенное соприкосновение серозных поверхностей. Необходимо подчеркнуть, что иссекать слизистую оболочку, иногда выпирающую из раны, не следует (некоторые авторы рекомендуют этот прием для лучшего укладывания краев раны), так как сосуды подслизистого слоя могут ускользнуть в глубь раны вместе со слизистой оболочкой, не попасть в

шов и дать в последующем кровотечение. После наложения этого непрерывного шва клеммы снимаются, и на переднюю стенку анастомоза накладываются серозомышечные швы. Заканчивая анастомоз, необходимо наложить 1—2 серозомышечных шва на приводящий отдел кишки, подвешивая ее к желудку выше анастомотического отверстия, чтобы тем самым предохранить швы анастомоза от натяжения.

Накладываемый в таком виде передний гастроэнтероанастомоз грозит, однако, осложнениями: вследствие перегиба кишки у анастомоза возможно образование шпоры, которая может привести к развитию порочного круга (*irculus vitiosus*) с непрерывными рвотами желчью. Раздутая поперечно-ободочная кишка может сдавить тонкую кишку, входящую в анастомоз, что тоже может вызвать рвоту. Вот почему современные хирурги, применяющие переднюю гастроэнтеростомию, как правило, заканчивают ее, по предложению Брауна, энтероанастомозом между приводящим и отводящим коленами петли тонкой кишки (Брауновский анастомоз), что в значительной мере предохраняет от развития порочного круга.

Передняя гастроэнтеростомия является простой по технике выполнения, однако она связана с большим риском указанных послеоперационных осложнений. Предложенный Брауном энтероанастомоз, гарантируя от этих осложнений, несет в себе другую опасность—возможность развития по месту анастомоза пептической язвы тощей кишки. Это происходит тем чаще, чем выше кислотность желудочного сока у больного до операции, и связано это с тем, что при наложении Брауновского анастомоза дуоденальное содержимое не будет забрасываться в желудок, не будет систематически смывать г.-э. отверстие, и кислое содержимое желудка, не будучи нейтрализовано, будет раздражать неприспособленную к кислому содержанию слизистую тонкой кишки, поэтому передняя г.-э. должна быть принципиально отвергнута и оставлена лишь для случаев, где задняя г.-э. не выполняется, например, при рубцовом перерождении mesocolon, резко выраженном заднем перигастрите и т. п.

В настоящее время при показаниях к г.-э. абсолютное большинство хирургов прибегает к задней г.-э., впервые предложенной и разработанной—тоже в клинике Бильрота—Хаккером. Оригинальный метод Хаккера состоит в том, что после рассечения mesocolon, в бессосудистой части, обычно влево от *art. colica media*, в вертикальном направлении, через образованное отверстие левой рукой хирурга выпячивается задняя стенка желудка, затем петля тощей кишки берется на расстоянии 10—12 см от *ilica duodeno-jejunalis* и накладывается на желудок в изоперистальтическом направлении, как и при переднем анастомозе (сам автор делал это без клемм; в настоящее время этот акт обычно проводится с наложением клемм на желудок и кишку), после этого следует обычное наложение г.-э., края mesocolon подшиваются к желудку. Громадным неудобством этого оригинального метода Хаккера является наложение анастомоза в косом направлении от кардиальной части к пилорической, в то время как mesocolon рассекается вертикально во избежание ранения сосудов. Вот почему Петерсен (из клиники Эйзельберга) предложил модифицировать метод Хаккера и по рассечении mesocolon в вертикальном направлении брать желудок для анастомоза тоже в вертикальном направлении. Иначе говоря, к желудку подводится петля тонкой кишки,

которая по Петерсену берется непосредственно у *plica duodeno-jejunalis* с таким расчетом, чтобы приводящий отрезок кишки укладывался к малой кривизне, а отводящий—к большой кривизне.

Большинство современных хирургов, применяя заднюю г. -э., не пользуются ни методом Хаккера в его чистом виде, ни методом Петерсена, а комбинируют их, т. е. выполняют операцию по методу Хаккера-Петерсена. Особенность этой операции сводится к следующему: петля тощей кишки берется на расстоянии 12—15 см (короткая петля по Хаккеру) от *plica duodeno-jejunalis* на кишечную клемму, клюв которой обращен к приводящему отделу кишки, а бранша—к отводящему. Затем выпяченная через вскрытую в вертикальном направлении *mesocolon* задняя стенка желудка захватывается желудочной клеммой таким образом, чтобы клюв был направлен к малой кривизне, а бранша к большой. При этом нужно учитывать, чтобы разрез желудка для анастомоза приходился у самой большой кривизны. Недаром некоторые авторы рекомендовали при г. -э. по месту анастомоза перевязывать и перерезать *art. gastro-epiploica*, пробегающую по кривизне. После этого клеммы сводятся, и производится наложение соустья обычным способом.

Метод задней г.-э. по Хаккер-Петерсену, называемой г.-э. *retro-colica posterior verticalis*, производимый при правильных показаниях, дает хорошие непосредственные и отдаленные результаты и свободен от тех послеоперационных расстройств, которые свойственны передней г. -э.

Как известно, во избежание развития в послеоперационном периоде после г.-э. порочного круга, Ру предложил перерезать тонкую кишку дистальнее от *plica duodeno-jejunalis* и затем дистальный конец перерезанной кишки вшивать в бок задней стенки желудка, обнажаемой рассечением *mesocolon*, а проксимальный отрезок кишки вшивать в бок дистального отдела. Этот метод г. э., дающий по отзывам автора и Кохера хорошие непосредственные результаты, несет с собой риск развития пептической язвы по месту анастомоза, так как при нем почти исключается возможность забрасывания в желудок дуоденального содержимого и, следовательно, возможность нейтрализации кислого желудочного содержимого. Именно поэтому данный метод распространения не получил.

С 1926 по 1939 год в госпитальной хирургической клинике по поводу язв желудка и 12-перстной кишки, стеноза привратника на почве язвы прооперировано 344 больных¹⁾. Из них 269 больным произведена гастростомия и 75 больным—резекция желудка.

49 больным г.-э. была произведена по поводу стеноза привратника, 81 больному—по поводу язв 12-перстной кишки; 139 больным—по поводу язв желудка, у которых язвы расположены главным образом в пилорической и препилорической части.

Только одному больному была произведена передняя г. -э. по Бюльферу с энтероанастомозом по Брауну 268 больным была наложена задняя г. э., причем 12 больным—по методу Петерсена, а остальным—по методу Хаккер-Петерсена.

У большинства больных было гладкое послеоперационное течение. У некоторых больных в послеоперационном периоде наблюдалась рвота, которая обычно прекращалась после однократного промывания желудка (атоническое состояние). Длительных и стойких рвот, связанных с порочным кругом, не наблюдалось. У двух больных в послеоперационном периоде отмечено кровоотечение, сопровождавшееся кровавой рвотой. У одного из них кровоотечение прекратилось после переливания крови.

¹⁾ При этом мы не учитываем операций по поводу перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки, так как это будет предметом отдельного сообщения.

(100 к. см); другому больному кроме переливания крови потребовалось промывание желудка горячим борным раствором.

Смертельный исход при явлениях перитонита был в одном случае. Ближайшие результаты в 75% вполне благоприятны. Отдаленные результаты проверены только у 43 больных. В основном они сходны с описанными нами в 1934 г. в „Каз. мед. журнале“.

Лучшие результаты получены от применения г.-э. при стенозе привратника, когда желудочная стенка сравнительно мощна и не подверглась значительной дилатации. Г.-э. у больных, желудочная стенка которых при стенозе была резко расширена, в дальнейшем сопровождалась застоем содержимого желудка.

Как правило, хорошие результаты получены после г.-э., применявшейся по поводу язв 12-перстной кишки, особенно в случаях, одновременно сопровождавшихся стенозом привратника. Только в одном случае, у больного с язвой 12-перстной кишки, через 1 год после операции развилась *ulcus pepticus jejuni*.

Наибольший процент неблагоприятных отдаленных результатов получен от применения г.-э. по поводу язв желудка, располагавшихся вдали от привратника и не сопровождавшихся явлениями стеноза привратника. Поэтому клиника с 1935 года встала на определенную позицию—применять г.-э. только при язвах 12-перстной кишки, привратника и при стенозах привратника; при язвах желудка предпочтительным методом считается резекция.

Прибегая к г.-э., клиника отдает предпочтение методу Хаккер-Петерсена, дающему наименьшее количество осложнений.

Поступила 28. V. 1940.

(Продолжение следует).

В. Н. ШУБИН

К вопросу о функции кардиального отдела пищеварительного тракта у человека

Из пропедевтической хирургической клиники леч. фак. Казанского государственного медицинского института (дир. клиники проф. Б. Г. Герцберг)

Расстройство функции кардиального отдела пищеварительного тракта продолжает глубоко интересовать клиницистов. Этиология „кардиоспазма“ и идиопатического расширения пищевода до настоящего времени недостаточно ясна. Идет ли речь о спазме в области кардии, или о расстройстве ее способности к расслаблению, или же, наконец, имеет место расстройство сократительной функции нижнего отдела пищевода,—все эти вопросы составляют предмет обсуждения патологов, экспериментаторов, рентгенологов и клиницистов. Поэтому исследования кардиального отдела с помощью различных методов, разъясняющие его функцию, представляют не только теоретическую, но и большую практическую ценность.

Функция нижнего грудного отдела пищеварительного тракта человека и животных изучалась многими. Для этой цели были использованы рентгеноскопия (Краус 1912, Палюгай 1927 и др.), эзофагоскопия (Микулич 1903, Штернберг 1915 и др.), графический метод (Кронекер и Мельцер 1880, 1883, Зеeman 1930, Даниэлополу 1937 и др.). Произведены эксперименты на животных (Китаев 1908, Индока 1924, Апрель 1937 и др.). Кардиальный отдел желудка или брюшной отдел пищевода, куда доступ весьма затруднен, изучен значительно меньше (Даман 1924, Берже и Целлер 1926 и др.). Для графических исследований кардиальный отдел желудка

не считался удобным, так как при употреблении мягких зондов (Даниелополу) не создавалось уверенности в правильном положении баллона, а жесткие зонды (Зееман) вызывали дополнительное раздражение пищевода.

В 1934 году Герцберг и Риккль, введя больному со свищем желудка, образовавшимся после ранения его, мягкий зонд-баллон, впервые установили типовую кривую процесса раскрытия и закрытия кардиального отдела при глотании. В 1936 г. Герцберг, Рогов и Рудницкий предложили полужесткий зонд-баллон для производства подобных же исследований через рот. При пользовании этим зондом они подтвердили типовую кривую раскрытия кардии и смогли изучить влияние на функцию кардиального отдела некоторых фармакологических веществ (атропин, физостигмин, пилокарпин и др.), а также установить роль условных и безусловных раздражителей на рефлекс раскрытия кардии. Мы произвели дальнейшие исследования функции кардиального отдела у человека согласно предложенной проф. Б. Г. Герцбергом методике.

В пропедевтической хирургической клинике Казанского медицинского института в течение 1937—39 гг. сделано 140 наблюдений на 85 больных с различными заболеваниями, преимущественно желудочно-кишечного канала. Методика исследования была следующая. Две резиновые трубки диаметром 0,4—0,5 см соединены друг с другом и снабжены на одном конце резиновыми баллонами (напальчик или палец резиновой перчатки). Расстояние между баллонами 4—5 см. В длинную, кардиальную трубку до самого конца баллона введена тонкая проволока для придания зонду упругости. Трубки соединены с V-образными водяными манометрами, а эти последние—с кимографической установкой. Зонд вводился через пищевод в желудок, и баллоны наполнялись воздухом через T-образные трубки, включенные в систему между зондом и манометрами. Нижний баллон регистрировал движения кардиального отдела, верхний—наддиафрагмального отдела пищевода. Наличие двух баллонов позволяло судить о связи движений изучаемых отделов и облегчало фиксацию зонда в области третьего сужения пищевода. Дыхание регистрировалось пневмографом Лемана, глотательные движения—шейным целотом, соединенным с записывающей капсулой, время—часами типа Жакэ. Действительное положение нижнего баллона в области кардиального отдела неоднократно проверялась рентгеноскопией и при опытах на животных. Большая часть наблюдений произведена на сидящих больных.

Результаты наших наблюдений таковы. Существуют дыхательные, пульсаторные и перистальтические движения кардиального отдела, что соответствует данным рентгено- и эзофагоскопии. Вслед за глотком начинаются движения кардиального отдела, состоящие из трех фаз: 1) сократительной, позитивной, кратковременной, продолжительностью 1—2 сек., 2) негативной, состоящей из раскрытия и закрытия, общей продолжительностью 8—15 и более секунд и 3) периода спазма или тонического сокращения, продолжающегося от 3—4 до 20—30 и более секунд.

Первая фаза развивается вслед за началом глотка, часто менее чем через 1—2 сек. после него. Таким образом, вопреки предположениям Кронекера и Мельцера, Зеемана и др., мы устанавливаем, что кардиальный отдел раскрывается на 4—5 сек. ранее сокращения вышележащего отдела пищевода. Это последнее наблюдение приводит нас к мысли о существовании рефлекторной связи между глоткой и кардиальным отделом (глоточно-кардиальный рефлекс). Исключив

движение глотки и воздействие жидкости на слизистую рта и глотки путем введения воды непосредственно в пищевод через особую трубку, мы наблюдали иную картину: раскрытие кардиального отдела наступало в большинстве случаев позднее сокращения пищевода или, в редких случаях, одновременно с ним и никогда не происходило ранее его. Характер раскрытия резко изменялся.

Присутствие воды или пищи во рту (молоко, мясо, каша, яичница и т. д.) не вызывает раскрытия. После кокаинизации слизистой рта и зева раскрытие кардиального отдела после глотка происходит, но картина несколько изменяется. Даже ничтожные движения глотки способны привести к расслаблению кардиального отдела. Консистенция пищи не влияет на характер кривой раскрытия кардии. Отмечено, однако, что после глотка твердой пищи и вызванного им нормального раскрытия возникает нередко вторичное раскрытие кардиального отдела без глотка с одновременным сокращением пищевода, а также учащаются простые (по Даниелополу) сокращения пищевода.

Нами установлено три основных типа движений кардиального отдела, вызываемых глотком: 1) нормотонический, 2) гипертонический и 3) гипотонический. Нормотонический тип характеризуется умеренным развитием первой (сократительной) и третьей фаз (период тонического сокращения); раскрытие ясно выражено, его максимум не продолжителен. При втором типе, гипертоническом, раскрытие совершается стремительно и с большой силой. Наиболее характерно для гипертонического типа спазматическое, завершающее сокращение. При гипотоническом типе отсутствуют первая фаза и спазматическое сокращение, раскрытие и закрытие плавное, постепенное, максимум периода раскрытия неглубок и продолжается 5—7 сек.

При непосредственном раздражении слизистой нижнего отдела пищевода раздуванием или трением раскрытия кардиального отдела, как правило, не происходило. Также не происходит сокращения пищевода в ответ на раздражение при раздувании кардиального отдела.

Благодаря графическому методу удалось зарегистрировать движение кардиального отдела при отрыжке, рвоте, икоте и некоторых заболеваниях кардиального отдела пищевода и желудка, а также подтвердить наблюдения Герцберга, Рогова и Рудницкого о влиянии на кардиальный отдел некоторых фармакологических веществ (атропина, адреналина, пилокарпина, кокаина и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Герцберг, Журн. совр. хир., № 5, 1930.—2. Герцберг, Вестн. хир. им. Грекова, 97—99, 1934.—3. Герцберг и Риккль, Труды отдела общей физиологии ВИЭМ, I, 1935.—4. Герцберг, Рогов и Рудницкий, Вестн. хир. им. Грекова, № 50, 1937.—5. Герцберг, Рогов и Рудницкий, Хирургия, 12, 1937.—6. Danielopolu, Biol. med. 35 ann. XXII, 3, 1937.—7. Китаев. К иннервации глотательных движений. Дисс. Казань, 1908.—8. Palugay, Handb. d. norm. u. pathol. Physiol. Bethe, Bergmann, Embden u. Ellinger, III, 1927.

Д. Е. ВОЙХАНСКИЙ

К клинике фистул желудка и толстой кишки

Из терапевтической клиники (дир. проф. Н. И. Шварц) Ленинградского государственного стоматологического института

Желудочно-ободочная фистула как редко встречающееся осложнение рака желудка, туберкулезного перитонита и абсцесса желудка была описана Мурчинсоном в 1857 г. Автор нашел в литературе за 300 лет всего 33 случая таких фистул. Большинство случаев возникало на почве рака желудка, проросшего в поперечно-ободочную кишку и давшего после распада в центре фистулу между желудком и кишкой.

Фр. Бек (цит. по Кончаловскому) собрал в 1897 г. 35 случаев. Кончаловский (1903), публикуя свой случай рака желудка с фистулой в кишечник, собрал в мировой литературе 75 случаев. С введением в хирургическую практику гастроэнтеростомий и резекций желудка, количество наблюдаемых фистул между желудком и толстой кишкой и между желудком, тонкой и толстой кишкой значительно возрастает.

Так, в 1912 г. Варек приводит уже 105 случаев фистул, 20 из них были связаны с гастроэнтеростомией. Происхождение их автор видит в очень частых осложнениях после желудочных операций пептической язвой тонкой кишки (п. я. т. к.). И действительно, Габерер и Петерсон указывают на 1,5—2%, Флеркен и Сведен — 0,8%, а некоторые авторы получали даже до 100% осложнений п. я. т. к. после операций. В свою очередь п. я. т. к. очень часто проникает в поперечно-ободочную кишку и приводит к образованию фистулы. Чаще наблюдается она между желудком и поперечно-ободочной кишкой. Ранкин и Майо (1921) собрали 34 случая с фистулой между желудком и толстой кишкой после гастроэнтеростомий (цит. по Штраусу). Брамс и Мейер (1922) на основании литературных данных могли собрать 45 случаев таких фистул. Кодоглу в 1929 году приводит 117 случаев фистул между желудком и толстой кишкой, из них 20 случаев из русской литературы. Флеркен и Сведен имели на 299 п. я. т. к. после гастроэнтеростомии 9 случаев (3,6%) желудочно-ободочных фистул. По С. Е. Соколову процент этих фистул доходит до 12. Подобное увеличение количества случаев, протекающих с фистулами, объясняется отчасти улучшением диагностики.

Чаще всего фистулы образуются после задних гастроэнтеростомов в связи с ближайшим анатомическим соседством анастомоза с поперечно-ободочной кишкой. Гораздо реже они бывают после резекций желудка по Бильрот I (Кох, Белоцерковский). Образовавшаяся фистула никогда не дает самоизлечения. Единственная возможность излечения — оперативное вмешательство. Прогноз таких операций крайне неблагоприятный. Коцоглу при 33 операциях в связи с фистулой желудка и ободочной кишки, образовавшихся после гастроэнтеростомий, отмечает 9 случаев смерти (24%). Однако, при операциях по поводу п. я. т. к., не осложненных фистулой между желудком и ободочной кишкой, смертность наблюдается в 18,9% (1 из 3 случаев) (Флеркен и Сиден). После операций гастроэнтеротомии больные нередко попадают к терапевту. Чем раньше такие больные оперируются, тем благоприятнее исход. К сожалению, надо признать, что в ряде случаев возникают значительные трудности для прижизненной диагностики данного заболевания.

Ниже мы приводим 3 случая наблюдений нашей клиники за такими больными.

1. Больной М., 41 г. поступил в клинику 14/II 1934 г. с жалобами на нарастающую слабость и исхудание, несмотря на хороший аппетит и хорошее питание, на изнуряющие поносы (4—5 раз в день тотчас после приема пищи) и на частые рвоты с каловым запахом. 11 мес. тому назад оперировался по поводу язвы задней стенки желудка. Была произведена задняя гастроэнтеростомия. Через 4—5 месяцев после операции возобновление болей в подложечной области, а месяца 4 тому назад присоединились поносы и рвота каловыми массами.

Объективно: Резкое исхудание. Кожа сухая, морщинистая. Язык слегка обложен. Сердце и легкие без особых отклонений. Живот втянут. Болезненность в подложечной области и ниже, около пупка. Урчание в толстых кишках. Желуд. сок: своб. НСІ — 10, общ. кис. — 20. Под микроскопом — сарцины. Кал: цвет обычный, консистенция жидкая, реакция Грегерсена +, большое количество капель нейтрального жира и остатки непереваренной пищи. (крахм. зерна, клетчатка). После клизмы, окрашенной метиленовой синькой и последующего промывания желудка, через 15 минут получена жидкая, непрозрачная масса, с зловонным запахом, окрашенная в синий цвет. Рентгеноскопия: желудок имеет форму рога; рельеф грубый, виден функционирующий анастомоз, через 2 часа вся контрастная масса в толстых кишках. При введении контрастной клизмы под большим давлением виден переход контрастной массы из толстой кишки в желудок. Диагноз: фистула между желудком и поперечно-ободочной кишкой. Оперирован с благоприятным исходом.

2. Б.-ой Г., 29 л. поступил в клинику 26/IX 1935 г. с жалобами на боли в животе, рвоту с примесью крови. Диспептические явления с 1927 г. В 1933 г. лежал в больнице, где после установления диагноза язвы желудка была произведена задняя гастроэнтеростомия. Через 6 месяцев после операции возобновились боли в подложечной области, изредка рвоты без крови и запаха. Последние 3—4 месяца присоединился понос 2—3 раза в день жидкий, без крови и слизи. Аппетит хороший. Немного похудел. 20/IX 35 г. рвота с кровью. Объективно: Бледность кожных покровов и видимых слизистых. Подкожная клетчатка развита слабо. Язык влажный, не обложен. Сердце и легкие без особых отклонений. Живот немного втянут, рубец по средней линии после операции. Болезненность в подложечной области и ниже, вокруг пупка. Урчание. Печень и селезенка не прощупываются. Моча: следы белка, единичные лейкоциты. Желудочный сок: своб. НСІ — 4—76, общ. к. т. — 22—92. Кал: желтого цвета, жидкой консистенции, запах обычный, реакция Грегерсена отрицательна, микро-скопич. — много жировых капель и остатки непереваренной пищи. Кровь: эр. 4080000, лейкоц. 3800, Нб-70%, палочк. — 50%, сег. — 65%, лимф. — 26%, моноц. — 40%.

Рентгеноскопия: желудок имеет форму рога. Рельеф слизистой утолщен. Виден функционирующий анастомоз, но функция его не совсем достаточна. Часть подшитой к желудку петли тонкой кишки изгибается в виде дуги и в этом изгибе стойкая задержка контрастной массы. Через 2½ часа: в пилорич. части желудка неболшой остаток. Вся контрастная масса в дистальной части поперечно-ободочной кишки и восходящей части толстой кишки. При контрольном исследовании через каждые 30 минут видно быстрое прохождение массы по тонким кишкам. Через 2 часа половина контрастной массы в сосит. Заключение: подозрение на фистулу между желудком и толстой кишкой не подтверждается. Вскоре присоединился тромбофлебит нижних конечностей, безбелковые отеки, и больной скончался 29/I 1936 г. Клинический диагноз: п. я. т. к. после гастроэнтеростомии, хронический колит. Авитаминоз. Истощение. Тромбофлебит нижних конечностей. Анатомический диагноз: свищ между желудком и поперечно-ободочной кишкой. Диаметр свища около 2—3 см. Гастроэнтеростомоз. Слизистая желудка и кишечника атрофирована. Общее истощение. Марантический тромбофлебит прав. бедренной и подвздошной вен. Общие отеки и водянка полостей (д-р Г. А. Меркулов).

8. Б.-ной С., 52 л., поступил в клинику 18/XI 1937 г. с жалобами на боли по всему животу и поносы 3—4 раза в день без слизи и крови. В 1932 г. лежал в больнице, где была обнаружена язва 12-перстной кишки. В 1934 г. операция. Была сделана задняя гастроэнтеростомия. В течение 6 мес. хорошее самочувствие. Затем возобновление болей сначала в подложечной области, а в дальнейшем по всему животу. С апреля 1937 г., т. е. через два года после перенесенной операции, присоединились поносы. Нарастающее исхудание при хорошем аппетите. Последнее время чувствует слабость и боли в ногах. Рвоты не было. Объективно: большой истощен. Кожные покровы бледноватые. Кожа сухая, собирается в складки. На коленях петехии. Небольшой цианоз губ. Подкожная клетчатка развита слабо. Мышцы конечностей атрофичны. Язык слегка обложен, сухой. Сердце и легкие — без особых отклонений. Живот втянут, незначительная болезненность в подложечной области справа от белой

линии. Печень и селезенка не прощупываются. 20/XI — боль при глотании. При осмотре ротовой полости обнаружен гнойный стоматит и фарингит. Ввести зонд не представлялось возможным. Кал: цвет светложелтый с беловатым налетом и беловатыми крупинками, консистенция — жидкая, запах обычный, микроскопически — большое количество капель жира, непереваренные остатки пищи, реакция Грегерсена +; БК —, простейшие не найдены. Моча: уд. вес 1008. Белок — следы, лейкоцитов 3—4 и целые скопления до 200 в п. зр., единичные эритроциты. — Рентгеноскопия. Желудок в форме рога. Нижняя граница на 2 см. ниже *lin biliasa*. Пилорус выравно от средней линии. Рельеф слизистой уплощен. *Bulb. duodeni* деформирован, находится позади привратника. Через 1 ч. 40 м. желудок пуст, вся контрастная масса в тонких кишках. Заключение: гастродуоденит и перигастродуоденит. 29/XI. В легких с обеих сторон в нижних отделах сзади появились влажные хрипы. Ночью рвота с резким зловонным запахом. 30/XI больной скончался. Клинический диагноз: хронический гастродуоденит и перигастродуоденит. Гастроэнтеростомия. Гастрогенный колит. Авитаминоз. Истощение. Катаральная двусторонняя пневмония. Анатомический диагноз: свищ между желудком и поперечно-ободочной кишкой в области старого заднего гастроэнтеростомоза. Диаметр свища 1—2 см. Зарубцевавшаяся язва привратника со стенозом. Двусторонняя катаральная пневмония.

Как видно из приведенных историй болезни, фистулы появлялись после задней гастроэнтеростомии, повидимому, на почве бывших п. я. т. к. Основанием к этому предположению служит то обстоятельство, что фистулы появлялись спустя несколько месяцев после операции (4—6), и у больных при этом возобновлялись боли и другие диспептические явления. Характерными признаками появления соустья между желудком и толстым кишечником, на основании литературных данных и наших случаев, следует считать жидкие каловые массы, содержащие большое количество капель нейтрального жира и остатков непереваренной пищи. Нередко, примерно в $\frac{2}{3}$ случаев (в нашем 1 и 2-м), наблюдается рвота с каловым запахом. Обращало на себя внимание у всех больных нарастающее исхудание при хорошем аппетите и хорошем питании.

Исследование желудочного сока не дает ничего характерного. Так, в одном случае мы имели высокую кислотность, в другом — пониженную. Для диагностики этих случаев имеет значение оправдавшийся в одном из наших случаев способ Штрауса: введение окрашенной жидкости посредством клизмы и промывание при этом желудка. Обычной рентгеноскопией, дачей контрастной массы *per os* не всегда можно обнаружить наличие фистулы. И действительно, в последнем нашем случае рентгенологически не было никаких оснований для установления подобного диагноза. Зато в случае первом, где была сделана высокая клизма из контрастной массы, картина перехода этой массы из кишечника в желудок совершенно ясна и значительно облегчила диагностику. Из сказанного вытекает, что раннее распознавание фистулы между желудком и поперечно-ободочной кишкой возможно и должно прежде всего опираться на анамнез больного. При всякой п. я. т. к., возникшей после задней гастроэнтеростомии, надо искать, нет ли осложнения фистулой. При наличии поноса, надо подробно выяснить характер стула.

Самое существенное значение приобретает стеаторрея, при отсутствии указаний на поражение поджелудочной железы и желтухи. Там же, где появляется рвота или отрыжка с каловым запахом без наличия явлений непроходимости, там диагноз фистулы становится более простым и несомненным.

Большое значение для диагностики имеет также отмеченное у наших больных несоответствие между хорошим аппетитом и хорошим питанием и нарастающим исхуданием больных. Для уточнения диаг-

ноза можно прибегнуть к назначению клизмы с прибавлением какого-либо красящего вещества (метиленовая синька или 2 столовые ложки животного угля на 500,0 воды) с последующим, через 15—20 минут, добыванием желудочного содержимого. В тех случаях, где подозревается фистула между желудком и толстой кишкой, нельзя ограничиваться обычной рентгеноскопией, дачей контрастной массы через рот, а обязательно нужно сделать просвечивание после назначения высокой клизмы под большим давлением с контрастной массой.

Что касается печени, то лучшие результаты получаются от операции. В нашем первом случае операция прошла вполне благополучно, в двух других случаях, где своевременно не была оказана оперативная помощь, больные погибли.

Выводы

1. Задняя гастроэнтеростомия нередко служит причиной возникновения фистул между желудком и толстой кишкой.

2. Характерными признаками фистул являются: а) стеаторрея при отсутствии поражения поджелудочной железы и желтухи, б) жидкие каловые массы с остатками непереваренной пищи, в) нарастающее исхудание при усиленном аппетите и обильном питании, г) рвота с каловым запахом, д) окрашивание желудочных масс при назначении клизмы с синькой, углем или другими красящими веществами.

3. Диагноз приобретает большую достоверность при рентгеноскопии желудка, после назначения клизмы с контрастной массой под большим давлением.

Поступила 15. II. 1939.

Н. И. ЛЮБИНА

Опыт применения гексеналового наркоза в клинике и в условиях тылового госпиталя

Из 1 хирургической клиники Казанского ГИДУВ (директор засл. деят. науки РСФСР проф. Ю. А. Ратнер) и из Казанского военного госпиталя

Современная хирургия располагает многочисленными методами и средствами обезболивания. Это дает врачу возможность индивидуализировать их применение. Если вопрос об индивидуализации в медицине играет большую роль, то и метод выбора наркоза имеет большое значение.

Местная анестезия, усовершенствованная отечественными хирургами (Вишневский, Шаак), заслуженно занимает первое место в хирургических учреждениях. Идеальная по своей простоте и безопасности она оправдала возлагаемые надежды не только в мирное время, но и в условиях военного времени на всех этапах медицинской эвакуации.

Наряду с успешным развитием и применением местной анестезии, как показал опыт хирургической работы на озере Хасан и на финляндском фронте, применялись и другие виды общего обезболивания. Среди них первое место занимал эфир (Ахутий).

В современной второй империалистической войне следует ожидать широкого применения империалистами отравляющих веществ. По расчетам специалистов, потери от ОВ могут составить более 30% общих потерь. Обезболивание при оказании хирургической помощи пострадавшим от ОВ представит очень сложную задачу. У этой категории больных придется считаться с местным и общим действием яда. Поэтому при разработке проблемы обезболивания должны быть учтены все особенности. В связи с этим хирурги заняты поисками новых средств и методов обезболивания. Исследовательская работа последнего десятилетия сосредоточилась главным образом на создании новых неингаляционных наркозов, среди которых первое место занял внутривенный наркоз. Ни одно из наркотических средств, предназначенных для внутривенного введения, не получило такого широкого применения, как эвипан-натрий. Он применяется во всех странах, и многие авторы насчитывают уже по несколько тысяч собственных наблюдений (Вестерборн, Хольтерман, Ланге и др.).

За последние годы все чаще и чаще появляются сообщения в литературе о применении советского препарата гексенала. Хирурги, имеющие опыт эвипанового наркоза, подтверждают совершенно аналогичное действие этих двух препаратов (Жоров, Лившиц, Федорович, Шаак, Джанелидзе и др.).

Наряду с сообщениями о применении гексенала в столичных клиниках все чаще появляются сообщения из провинции (Блохин, Колченогов, Рудницкий и др.). Это говорит о значительной распространенности гексенала и большом интересе советских хирургов к этому препарату.

Несмотря на накопившийся опыт по применению гексеналового наркоза, до сих пор вопросы показаний и противопоказаний, дозировки и регулируемости остаются спорными. Большинство хирургов (Жоров, Лившиц, Федорович, Аншютц, Шпехт и друг.) указывает, что абсолютным противопоказанием является поражение печени при недостаточности, которая приводит к плохому обезвреживанию гексенала и, вследствие этого, к накоплению его в крови; последнее обстоятельство может привести к угнетению дыхательного центра.

Осторожное применение гексенала рекомендуют при сепсисе, перитоните и у больных с большой кровопотерей. Применение гексенала при шоковом состоянии до сих пор остается вопросом мало изученным и спорным. Бильбао, на основании своих 4000 наблюдений в условиях фронта, выделил шок единственным противопоказанием, боясь, что добавочное незначительное падение кровяного давления может оказаться губительным у этой категории больных. Дукельский, оперировавший трех больных в шоковом состоянии, имел один летальный исход. Экспериментальные данные Трухалева и Пробенко подтверждают опасность тяжелых расстройств сердечно-сосудистой системы от гексенала при шоке. Болезни почек не служат противопоказанием. Готлиб провел больше 300 операций на почках и мочеточниках без каких бы то ни было осложнений и считает, что данный вид обезболивания в тяжелых случаях, где имеются технические трудности к выделению почки, является одним из лучших. Об успешном применении гексенала в урологической практике сообщают Фронштейн, Герберт и другие.

1-я хирургическая клиника ГИДУВ, широко применяя и высоко ценя местную анестезию, не считала возможным перейти к гексеналовому наркозу при операциях, которые легко и безболезненно переносятся под местной анестезией. Мы ставили себе задачу проверить возможность применения гексенала главным образом у больных с неустойчивой нервной системой или у ослабленных, где операция трудно выполнима под местной анестезией и нежелателен эфирный наркоз.

В 1939 году нами проведено всего 102 случая гексеналового наркоза. Из них 67 случаев проведены в клинике, остальные 35 в условиях тылового военного госпиталя. Вначале, при испытании нового препарата—гексенала, мы выбирали легкие случаи для оперативного вмешательства, которые можно было бы закончить в среднем в 20—25 минут при расходе не больше 1,0 чистого гексенала. Это были главным образом больные с хроническим рецидивирующим аппендицитом и паховой грыжей. Получив хорошее впечатление от усыпления и не наблюдая осложнений, мы перешли к длительным наркозам при более сложных операциях (см. таблицу).

№№	Д и а г н о з	Характер опе- рации	Гексенал	Гексенал+ эфир	Местная анест.+гекс.	Гексенал+ хлорэтил	В с е г о
1	Рак грудной железы.	Радикальн. он. . . .	4	2			6
2	Туберкулез почки.	Нефрэктомия	5	1	1		7
3	Калькулезн. пионефр.	Нефрэктомия	1	1			2
4	Опухоль почки.	Нефрэктомия	2				2
5	Камни лоханки и моче- точного.	Пиелотомия	5	2	1		8
6	Нефроптоз.	Нефропексия	3		1		4
7	Камни и опухоли моче- вого пузыря.	Высокое сечение пу- зыря	5		1		6
8	Стриктура уретры.	Уретропласт.	2				2
9	Гипертрофия предст. железы.	Простатэктомия	2				2
10	Спонтанная гангрена.	Операция и ампутация	2	2			4
11	Опухоль шеи.	Удаление опухоли . .	1		1		2
12	Дефекты лица.	Пластич. опер. . . .	2				2
13	Хронич. рецидив. ап- пендицит.	Аппендэктомия	9		2		11
14	Грыжа паховая и пу- почная.	Грыжесечение	4			1	5
15	Опухоль живота.	Лапаротомия	—		1		1
16	Хронич. остеомиел.	Секвестротом. . . .	11	2			13
17	Отморожение фаланг.	Ампутация фаланг . .	18			1	19
18	Отморожение стоп.	Ампутация	2	1			3
19	Инородные тела.	Удал. инородных тел.	1		2		3
			79	11	10	2	102

Из приведенной таблицы видно, что наш небольшой материал довольно разнообразен и включает не только кратковременные, но и серьезные длительные операции. По возрасту наши больные распределялись следующим образом:

Возраст	От 15 до 20 л.	От 20 до 30	От 30 до 40	От 40 до 50	От 50 до 60	От 60 до 75
Количество случаев . .	7	58	28	7	—	2

Из таблицы видно, что большинство случаев приходится на молодой возраст. Самому старшему больному было 74 г., он перенес наркоз без осложнений.

Мы пользовались гексеналом в виде белого порошка, расфасованного в ампулах по одному грамму. Для получения хорошего наркоза и гладкого послеоперационного периода мы соблюдали точно методику введения раствора в кровь. Раствор гексенала готовился *ex tempore*. Растворителями служили дистиллированная вода или физиологический раствор. Какой-либо разницы от этого мы не наблюдали.

Приготовленный 10% раствор гексенала мы вводили в кровь очень медленно (1—2 см³ в минуту) и наблюдали за реакцией больного, как он относится к первым дозам наркотического вещества. Если больной засыпал от небольших доз, т. е. от 2—3 см³ 10% раствора, то следующая порция вводилась еще медленней. Если почему-либо затягивалась операция, мы переходили на 5% раствор, который вводился с паузами в 5—10 минут. У людей пожилого возраста мы, как правило, применяли с самого начала 5% раствор и никогда не превышали дозу одного 1,0 чистого гексенала.

Таблица 1 указывает, что мы провели 79 операций под чистым гексеналовым наркозом. В 11 случаях дополнительно был дан эфир. Из них в 7 случаях гексенал был дан как вводный наркоз с последующим переходом на эфир, в 5 случаях не получили достаточно глубокого сна.

По количеству введенного гексенала наш материал распределяется следующим образом: до 1,0—38 сл., от 1,0 до 1,5—32; от 1,5 до 2,0—29; от 2,0 до 3,0—2 сл. и самая высокая доза 3,8 (при затянувшейся операции по поводу рака грудной железы).

В подавляющем большинстве случаев наступал спокойный сон после введения 5—7 см³ 10% раствора. Однако у некоторых больных сон наступал уже после введения 3—4 см³. В 5 случаях нам не удалось достигнуть глубокого сна, и во избежание передозировки мы переходили на эфир. Установить заранее потребную для усыпления дозу не представляется возможным. Чувствительность разных людей к гексеналу колеблется в широких пределах. На нашем материале мы могли наблюдать, что молодые, крепкие пострадавшие на финляндском фронте бойцы засыпали очень быстро от небольших доз; наоборот, для больных в среднем возрасте требовались большие дозы. Как чрезмерная восприимчивость, так и большая сопротивляемость требуют самого тщательного внимания. Поэтому и рекомендуется придерживаться строгой индивидуализации. До известной степени мерилom индивидуальной восприимчивости может служить биологическая проба, как при переливании крови. Одномоментный способ введения 10% или 5% (у стариков) раствора гексенала (в общей сложности не более 1,0) производит очень хорошее впечатление и, как подтверждает ряд других авторов (Реймерс, Жоров), он пользуется заслуженной репутацией.

Особенно мы остались довольны одномоментным способом у группы больных с отморожением фаланг. Эта группа пострадавших особенно реагировала на каждый укол, и производить местную анестезию одновременно на нескольких пальцах представляло большие неудобства. В этих случаях с момента введения раствора в вену и до окончания операции (сюда же входит и наложение повязки) в среднем требовалось 12—15 минут. Продолжительность сна при одномоментном способе была неодинакова, в среднем колебалась от 20 до 45 минут.

Чистый фракционный гексеналовый наркоз 10% раствором мы провели 42 раза. Раствор гексенала вводился при помощи шприца Рекорд. После израсходования 1.0 переходили на 5% раствор. Периодически через эту же иглу вводили 25% раствор глюкозы. Продолжительность сна при этом способе в среднем была от 55 минут до двух часов. У одного больного сон продолжался 6 часов, причем израсходовано было 1,9 гексенала. По применению вводного наркоза наш опыт не велик, всего 11 случаев. Но и эти немногие наблюдения позволяют нам признать за ним прекрасные качества, которые состоят в быстром спокойном засыпании больного, не испытывающего удушья от маски, безвредности, ретроградной амнезии и в минимальном потреблении эфира. Больные при пробуждении не испытывают тягостного ощущения, связанного с эфиром.

Вводный гексеналовый наркоз занял прочное место в Советском Союзе и применяется сейчас как обычный метод обезболивания. В будущем он сыграет большую роль в обезболивании пострадавших от ОВ.

Как правило, мы производили предварительные впрыскивания морфия или пантопона за 30—40 минут до операции. Наши наблюдения указывают, что несоблюдение такого интервала влияет на успех наркоза и посленаркозное течение.

Что касается осложнений во время гексеналового наркоза, то нам приходилось наблюдать у 10 больных фибриллярные подергивания. Дукельский и Шехт приписывают эти подергивания погрешности в технике разведения препарата и форсированному введению в кровь.

Мы разделяем эту точку зрения, поскольку это осложнение у нас было в период освоения техники наркоза. С тех пор как мы стали вводить то же количество, но в значительно больший промежуток времени, осложнения это появлялось очень редко.

По литературным данным гексенал на сердце не оказывает вредного влияния. Кровяное давление по наблюдениям большинства авторов (Аншютц, Бек и др.) падает на 10—20 мм ртутного столба как при естественном сне. У 24 больных мы измеряли кровяное давление до и после операции, при чем только у 3 больных, получивших не больше 1,5 г гексенала, давление не изменялось. В 19 случаях оно понизилось на 15—25 мм. В одном случае отмечалось повышение (до операции 105/70, во время глубокого сна 115/75), и в одном случае резкое падение кровяного давления. Последний случай заслуживает внимания, и мы позволим себе привести краткую выдержку из протокола.

Б-ная К., 32 лет. Операция нефрэктомии по поводу туберкулеза почки. Гексеналовый наркоз 10% раствором. Сон наступил быстро после введения 4 см³. В начале наркоза пульс 120, хорошего наполнения. Дыхание неглубокое, правильное. Через полчаса резкое падение сердечной деятельности, пульс частый, плохого наполнения. Дыхание поверхностное. Резкая бледность лица. Под кожу и непосредственно в кровь введено по 1 см³ лобелина. Пульс быстро улучшился, но через 15 минут опять стал падать и таким оставался до конца операции. Продолжительность операции 1 час 20 мин. Израсходовано 1,5 гексенала, сон продолжался 2 часа. Несмотря на введение сердечных средств, пульс оставался плохим, кровяное давление 87/64. На вторые сутки состояние ухудшилось, появилась многократная рвота, пульс нитевидный, холодный пот. Произведена трансфузия 400 см³ консервированной крови. Рвота быстро прекратилась, пульс выравнился. Самочувствие улучшилось, и больная выписалась через 22 дня.

В данном случае падение сердечной деятельности мы рассматриваем как грозное осложнение от гексеналового наркоза, которое закончилось благополучно благодаря трансфузии крови.

Несколько слов хочется сказать об этом могучем средстве. В последующем нами была произведена трансфузия крови с целью стимуляции 2 больным по окончании операции тут же на операционном столе, когда больные находились еще в стадии сна. В обоих случаях мы наблюдали моментальное пробуждение. Случайное ли это совпадение или перелитая кровь содействует выведению из сна? Этот вопрос представляет интерес и нуждается в дальнейшей разработке.

Одним из грозных осложнений при гексеналовом наркозе является расстройство дыхания. Оно появляется в различных степенях от самых легких, до полной остановки и асфиксии. На нашем материале мы имели в двух случаях западение языка и временную задержку дыхания. Это осложнение было устранено поддерживанием челюсти. В одном случае мы наблюдали резко выраженный цианоз с остановкой дыхания у больного, 34 лет, оперированного по поводу огромной пахово-мошоночной грыжи. Асфиксия наступила после введения 6 см³ 10% раствора. Искусственным дыханием и введением лобелина сравнительно легко удалось вывести больного из состояния асфиксии. Операция была отложена.

Интересно, что больной, взятый через 5 дней на операционный стол, подвергся эфирному наркозу и в начале усыпления опять дал асфиксию, по поводу чего вторично была отложена операция. И только в третий раз больной был прооперирован под местной анестезией. В послеоперационном периоде перенес двустороннюю бронхопневмонию.

Для борьбы с этим грозным осложнением рекомендуется ряд возбуждающих средств: искусственное дыхание, СО₂, лобелин, кофеин, коразол, эфедрин и т. д., которые, умеренно влияя на дыхательный центр, повышают кровяное давление и улучшают работу сердца. Если же произошла остановка дыхания от паралича дыхательного центра—никакие меры не спасут больного (Жоров).

К осложнениям, не носящим угрожающего характера, но неприятным для ухаживающего персонала, относится возбуждение в послеоперационном периоде. Это особенно наблюдается у больных, не подготовленных морфием. Из наших 6 больных, не получивших морфия перед операцией, наблюдалось у двух возбуждение. В общей сложности мы имеем 5 случаев возбуждения. Один из них носил особенно агрессивный характер.

Женщина, 37 лет, оперирована по поводу рака грудной железы. Операция технически была трудна, вследствие обильных метастазов, и затянулась до 2 часов. В общей сложности больная получила 3,8 г чистого гексенала без заметного влияния на сердечно-сосудистую систему и дыхание. На операционном столе дважды вводили через шприц 25% раствор глюкозы. Сон продолжался около 4 часов. Проснувшись с сильным возбуждением, трудно было удержать в кровати. После инъекции 1,5 морфия наступил вторичный сон. Послеоперационное течение гладкое.

Послеоперационные осложнения в органах дыхания наблюдаются значительно реже, чем при ингаляционных наркозах. В настоящее время широко применяют этот наркоз при легочных операциях (Жоров, Бэтцнер, Вестерборн и др.). На нашем материале наблюдался один случай бронхопневмонии после операции по поводу зоба. В данном

случае трудно приписать это осложнение гексеналу, поскольку известно, что после операций на шее нередко наблюдаются легочные осложнения.

На материале госпиталя мы не видели ни одного осложнения. Это обстоятельство мы склонны объяснить тем, что во всех случаях доза гексенала не превышала 1,0; это позволяло произвести такие операции, как ампутация фаланг стоп и секвестротомии. Отзывы больных о гексеналовом обезболивании очень благоприятны. Особенно подчеркивали это те больные, которые подвергались ранее ингаляционному наркозу.

Основным критерием для оценки всякого наркоза является смертность. По сборной статистике Менего и Сехегай один случай смерти приходится на 20000—25000 гексеналовых наркозов. По сборной статистике Beese на 2000000 насчитывается 30 летальных случаев, что составляет 1 смерть на 65000. В опубликованных случаях с летальным исходом в большинстве случаев была асфиксия. В нашем материале мы не имели летальных исходов. Это дает право считать гексеналовый наркоз наименее опасным методом общего обезболивания. В связи с этим обстоятельством мы продолжаем применение его у тех больных, где нельзя обойтись без общего усыпления.

Мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Внутривенный гексеналовый наркоз во всех случаях вызывает амнезию, что является одним из прекрасных его свойств, так как падает нервнo-психическая сфера больного.

2. Гексенал вполне пригоден для кратковременных операций.

3. При длительных операциях лучше применять вводный наркоз—гексенал в комбинации с эфиром.

4. В военное время гексеналовый наркоз найдет широкое применение в условиях тылового госпиталя.

5. Овладение техникой внутривенных наркозов имеет огромное оборонное значение.

Поступила 29. VI. 1940.

С. А. СМЕРНОВ

Закрытие дефектов крыла носа свободной трансплантацией из толщи губы

Из фак. хир. клин. Казанск. гос. мед. ин-та (дир. проф. С. М. Алексеев) и хир. отд. Кукморской р-ной больницы ТР (ст. вр. и завед. хир. отд. б-цы д-р С. А. Смирнов)

Самым излюбленным и очень удобным пластическим материалом для замещения дефектов нижней части носа является ушная раковина, кусочки из которой одинаково охотно используются или в виде свободной пластики, или для пересадки посредством питающей ножки.

В нашей практике нам удалось с успехом использовать для замещения сравнительно небольших дефектов крыльев носа еще один пластический материал, а именно—кусочки, взятые во всю толщу из губы рта, с использованием их в виде свободной пластики.

Впервые этот оперативный прием, который мы рискуем предъявить в качестве оригинального предложения, был применен нами в условиях районной больницы (пос. Кукмор, ТР).

Случай 1. Б-ная К-на П., 56 лет (история болезни № 1501), поступила в хирургич. отд. Кукморской б-цы 2/VI 1935 г. за оперативной помощью по поводу раковой язвы (ulcus rodens) правого крыла носа; давность заболевания — около двух лет. В результате оперативного вмешательства, предпринятого 5/VI 1935 г., получился дефект во всю толщу правого крыла носа, размером с 15-копеечную монету со стороны наружных покровов и несколько меньший со стороны слизистой носа. Для закрытия дефекта во всю толщу верхней губы был выкроен лоскут, по размерам несколько превосходящий дефект крыла носа, и сделано подшивание к краям дефекта сначала слизистой кусочка губы со слизистой носа, таким образом, чтобы узлы и концы нитей (тонкий шов) смотрели в просвет ноздри, а затем кожных поверхностей крыла носа и лоскута; красная кайма трансплантата пошла, таким образом, на формирование свободного края вновь созданного крыла носа. Рана губы после иссечения из нее лоскута была стянута без всякого натяжения рядом швов. Трансплантат безукоризненно прижился на новом месте, а с косметической стороны операция вполне удовлетворила и больного и хирурга. 21/VI 1935 г. больная покинула отделение б-цы.

В следующих 4 случаях мы оперировали по такой же методике в стенах факультетской хирургической клиники.

2-й случай. Больная Д-ва Е., 60 лет (история болезни № 1134), поступила в клинику 31.X. 38 г. с раковой язвочкой (ulcus rodens), размером с крупную горошину, с локализацией на правом крыле носа у его основания; давность заболевания около двух лет. 3/XI 38 г. произведено иссечение раковой язвы вместе с крылом носа и последующее замещение в виде свободной пластики полученного небольшого дефекта крыла носа лоскутом, взятым из верхней губы во всю ее толщу. Лоскут прижился полностью на новом месте, косметический результат вполне удовлетворил больную и хирурга; выписалась больная из клиники 13.XI. 38 г. Микроскопия язвы дала базально-клеточковый рак.

3-й случай. Б-ной Ч-в И., 48 лет (история болезни № 479), поступил в клинику 3/V 39 г. с раковой язвой, величиной с копейку, располагавшуюся почти на середине и близ свободного края правого крыла носа; давность заболевания около 2 1/2 лет. 10/V 39 г. иссечение части крыла носа вместе со свободным краем и замещение полученного дефекта за счет лоскута, взятого из нижней губы во всю ее толщу близ правого угла рта. Полное приживление лоскута. Косметический результат вполне удовлетворительный. Больной выписан 20/V 39 г. Микроскопически — базально-клеточковый рак.

4-й случай. Б-ная М-на, А., 55 лет (история болезни № 591), поступила в клинику 25/V 39 г. с раковой язвой, размером с 15-копеечную монету, на правом крыле носа, ближе к кончику; давность заболевания года полтора. 28/V 39 г. иссечение самой дистальной части правого крыла во всю его толщу вместе со свободным краем и частью спинки носа. Полученный таким образом дефект, размером с 20-копеечную монету, был замещен лоскутом, взятым из верхней губы во всю ее толщу. Послеоперационное течение осложнилось частичным омертвением трансплантата близ перегородки носа; красная кайма губы, образовывавшая свободный край крыла носа, сохранилась полностью; после отторжения некротической массы, небольшой, кстати сказать, не сквозной дефект в пересаженном лоскуте быстро заполнился грануляциями и быстро покрылся эпителием. Конечный пластический результат получился вполне удовлетворительный. Клинику больная покинула 27/VI 39 г.

5-й случай Б-ной Д-н З., 37 лет, поступил в клинику 14/X 39 г. (история болезни № 1044) с дефектом во всю толщу правого крыла носа. 21/X 39 г. эту часть носа выкусил сильно подвыпивший односельчанин во время ссоры. При операции 25/X 39 г. после предварительного иссечения рубцовых масс из краев дефекта последний был замещен за счет лоскута, взятого из всей толщи нижней губы близ правого угла рта. Трансплантат прекрасно и полностью прижился на новом месте. Выписался больной из клиники 16.XI. 39 г., выразив на прощанье в письменной форме в самых теплых выражениях свое полное удовлетворение результатом операции.

Все операции были проведены нами под местным обезболиванием — 1/4% новокаин в рингеровской жидкости с адреналином (1.0:100.0) из расчета 8 капель на каждые

100 см³ раствора анестезирующего вещества. Ни в одном из наших случаев не было отмечено никакого вредного воздействия адреналина на трансплантируемый лоскут, но, может быть, целесообразно все же поставить вопрос об отказе вообще от этого могучего сосудосуживающего средства при таких тонких операциях, как свободная пластика. Иссеченные из губ кусочки помещались в слегка подогретый рингеровский раствор на срок, пока хирург накладывал швы на рану губы. По окончании операции, на восстановленное пластически крыло носа накладывались компрессы, смоченные в растворе новокаина или рингеровской жидкости, удерживаемые пращевидной повязкой; начиная со второго дня отменялась всякая повязка, и оперированная область густо покрывалась слоем слегка подогретой цинковой мази. Корочки, обычно образующиеся как на наружных покровах пересаженного лоскута, так и в просвете ноздри, как правило, не удалялись до снятия швов, т. е. до 7—8-го дня. Рана губы, естественно, не требовала никакого специального ухода.

Мы не будем загромождать наше небольшое сообщение описанием подробностей оперативной методики; нам кажется, что тех кратких указаний и замечаний, какие приведены выше в историях болезни, вполне достаточно, чтобы ясно представить себе и уяснить техническую сторону предлагаемой нами операции. Гораздо большее значение имеет разбор положительных и теневых сторон нашего способа.

Даже на нашем, очень скромном, оперативном материале мы воочию убедились в том, что губы рта обладают целым рядом весьма ценных пластических свойств. Оба покрова выкроенного из губы лоскута имеют весьма сходную окраску и, повидимому, и одинаковую микрофлору с соответствующими покровами крыла носа, а красная кайма, участвуя в формировании свободного края крыльев носа, служит только прекрасным дополнением к остальным пластическим „компонентам“, столь необходимым для нижней ринопластики.

В одном из наших случаев (первом по счету) в результате пересадки получился некоторый избыток красной каймы, что, впрочем, ни в какой мере не умаляло общего вполне удовлетворительного косметического результата операции и нимало не тревожило больную; но в следующей серии наших случаев мы постарались — и не без успеха — устранить и этот мало значащий косметический дефект таким простым техническим приемом: при выкраивании лоскута из губы мы брали площадку из слизистой рта несколько укороченной, благодаря чему при подшивании трансплантата к краям дефекта в слизистой крыла носа происходило некоторое втягивание красной каймы в просвет носа. Следует ли придерживаться этого небольшого технического совета при выполнении операции по нашей методике или нет — сказать трудно. Восстановительная хирургия охотнее мирится с избытком трансплантируемых тканей, чем с их недостатком, т. к. от избыточной ткани всегда можно избавиться с помощью мелких дополнительных, так называемых корригирующих операций.

Нам не удалось заметить, чтобы пересаженный кусочек губы чем-нибудь отличался по эластичным свойствам от крыла носа — во всяком случае, перед нами ни разу не вставал вопрос о вживлении в толщу пересаженной ткани в качестве суппорта каких-либо плотных или упругих тканей, хотя технически такая небольшая оперативная задача могла быть разрешена без всякого затруднения.

Вряд ли может выдержать более или менее серьезную критику возражение против применения нашей оперативной методики у мужчин, обладающих растительностью на обеих губах рта. У двух оперированных нами мужчин (3-й и 5-й случаи) мы вышли из положения

таким образом, что воспользовались для пластики участком нижней губы близ угла рта, где менее всего выражена растительность. Кроме того, мы отметили, что в результате неминуемо следующих за пересадкой кое-каких деструктивных изменений в лоскуте (отечность, отслойка и слущивание эпидермиса, геморрагические фликтены, поверхностные некрозы и т. д.) происходит как-будто гибель таких кожных дериватов, как волосы. К сожалению, срок наблюдения за нашими больными мужчинами слишком мал, и мы не смогли проследить на более или менее отдаленном сроке правильность подмеченного за трансплантатом свойства; но если бы наше наблюдение и оказалось ошибочным, то современная косметика знает достаточное количество способов борьбы с растительностью на необычных и ненужных местах.

В результате оперативного вмешательства на губе остается линейный мало заметный рубчик, который не несет с собой больших косметических неудобств и не может служить предметом забот со стороны хирурга.

В этом отношении предлагаемая нами оперативная методика выгодным образом отличается от других ринопластических приемов и способов, в результате которых чаще всего остаются некрасивые рубцы или дефекты, а иногда даже небольшие уродства (на ушной, например, раковине), с которыми приходится мириться или которые не требуют присоединения к основной операции дополнительных корригирующих или даже восстановительных операций.

В одном из наших случаев (4-м) мы имели частичную неудачу, сводившуюся к тому, что небольшой участок лоскута, наиболее истонченный и помещенный к тому же в силу технической необходимости на перегородку носа, некротизировался. Хотя после отторжения омертвевших участков лоскута не получилось даже сквозного дефекта в оперированном крыле, а конечный результат пластики и в этом случае получился вполне удовлетворительным, мы тем не менее обязаны были отметить этот единственный темный момент на фоне безукоризненного течения послеоперационного и последующих периодов во всех остальных случаях.

В результате тщательного анализа всех причин, повлекших за собой этот осложнивший одну из наших операций момент, мы пришли к следующему выводу. Намеченный к пересадке лоскут должен, во-первых, иметь округлую форму и не обладать острыми углами и выступами, что обязывает хирурга придавать и дефекту в крыле носа, по возможности, такую же упрощенную форму; во-вторых, „берегам“ дефекта в крыле носа надо придавать, повидимому, обрывистый или слегка скошенный вид, так как при резко пологих краях дефекта придется придавать и краям пересаживаемого лоскута такой же резко скошенный вид, следствием чего может явиться нарушение питания и краевой некроз истонченных участков лоскута; в третьих, во избежание образования пролежней на лоскуте, надо всячески избегать расположения его на неподатливой и грубой ткани носовой перегородки и в 4-х, лучшие пластические результаты, повидимому, будут получаться в случаях небольших или средней величины дефектов крыльев носа.

Предлагаемый нами оперативный метод содержит в себе то новое, что для пластических целей здесь применен материал, почти не испытанный на практике для свободной пластики и имеющий к тому

же анатомо-гистологическую структуру, существенно отличную от той „почвы“, куда он предназначен к пересадке. Отсюда совершенно понятны и вполне естественны те опасения и неуверенность за благополучный исход задуманного оперативного мероприятия, какие испытали мы перед и вслед за нашей первой операцией и какие могут возникнуть у каждого практического хирурга. Но реальная действительность скоро убедила нас в том, что все возражения против нашего способа с анатомо-гистологической точки зрения и все опасения за исход операции грешили излишней теоретичностью. Последующая проверка нашей оперативной методики на материале факульт. хирургической кл-ки позволила исключить всякий элемент случайности и послужила основанием для сообщения в печати о способе, очень простом и легко выполняемом технически и весьма эффективном в смысле исхода и косметики.

К тому времени, как наше сообщение было уже подготовлено к печати, через операционную фак. хирургич. кл-ки прошел еще один случай, прооперированный и любезно предоставленный в наше распоряжение И. Ф. Харитоновым.

Случай относится к мальчику, 14 лет, Ур-ву Н. (история болезни № 92), который с 8-летнего возраста (мальчика укусила лошадь) имел во всю толщу левого крыла носа дефект, размером, приблизительно в $1\frac{1}{2}$ см в диаметре. Оперативное вмешательство, предпринятое 22.II. 40 г., сохраняло в принципе нашу методику (лоскут для замещения дефекта был выкроен во всю толщу нижней губы из участка близ левого угла рта), но имело и некоторое отличие: хирург при прилаживании лоскута к краям дефекта убедился в том, что осуществить сшивание слизистых лоскута и крыла носа, вследствие несоответствия в толщине, не удалось, и ограничился тем, что скрепил швами только наружные покровы трансплантата и крыла носа. В течение послеоперационного периода произошла некротизация и отторжение той части лоскута, которая выступала в просвет ноздри. После эпителизации пересаженный лоскут приобрел одинаковую с крылом носа толщину и совершенно удовлетворительную упругость, вследствие сохранности большей части мышечного пласта лоскута. Косметический результат операции вполне удовлетворил хирурга и больного.

Мы с особым удовлетворением сообщаем об этом больном, т. к. он прошел через руки другого хирурга.

Поступила 13. V. 1940.

Доц. Ц. А. ЛЕВИНА и С. Е. ГРАНОВСКАЯ

Изучение хрупкости кровеносных капилляров при сердечно-сосудистой недостаточности и при других патологических состояниях

Из терапевтической клиники Одесского мед. института (директор клиники проф. Л. Ф. Дмитренко)

Наше исследование направлено к выяснению влияния сердечно-сосудистой недостаточности на стенку кровеносных капилляров. Последние мы рассматриваем, с одной стороны, как часть кровеносного русла, а с другой, — как периферическую ткань, жизнедеятельность клеток которой несомненно должна подвергнуться ряду значительных изменений под влиянием нарушенной гемодинамики.

Косвенным показателем состояния стенки кровеносного капилляра является ряд проб, определяющих стойкость капилляра в отношении либо повышенного давления внутри его, либо значительного пониженного давления вне его.

Мало убедительными считаются: молоточковый феномен, феномен Коха с уколom и проба Гесса.

Мы пользовались следующей методикой исследования стойкости сосудов. До наложения на руку манжетки Реклингаузена тщательно осматривалась кожа плеча и предплечья на обеих руках, т. к. веснушки и другая кожная пигментация, хотя и отличаются несколько по цвету от петехий, все же в одних случаях могут симулировать, а в других — маскировать петехии. В случае одинаковой окраски кожи обеих рук, при учете результатов пробы в конце исследования, окраска кожи той руки, которую подвергали сдавлению, сравнивалась с окраской кожи второй руки, как с контролем. Манжетка накладывалась нами на плечо, на 2 см выше локтевого сгиба, и затягивалась так туго, чтобы под верхний и нижний край ее можно было бы просунуть лишь 1 палец. После определения кровяного давления мы выпускали воздух из манжетки и через 2—3 минуты поднимали давление в манжетке на уровень, превышавший на 10 мм минимальное давление. На таком уровне давление поддерживалось при помощи Моровского зажима (накладываемого на резиновую трубку, соединяющую резиновый баллон с манжеткой и манометром) в течение 5 минут. Мы остановились именно на такой методике по следующим соображениям. Повышение давления экстравазкулярно до уровня, равного максимальному, либо выше его, хотя и создает значительные препятствия для венозного оттока крови, но одновременно уменьшает наполнение капиллярной сети, при повышенном давлении резко уменьшается приток артериальной крови. Как известно, появление тонов, указывающих максимальное давление, объясняется напряжением артериальной стенки первыми порциями крови, которые на высоте пульсовых волн проникают через часть артерии, расположенной под манжеткой в тот момент, когда давление, производимое на артерию снаружи, становится несколько ниже давления, производимого кровью на высоте пульсовой волны на артериальную стенку изнутри. По нашим материалам (Левина), есть ряд случаев, когда тоны, аускультируемые на плечевой артерии, настолько глухи, что появлению их предшествует первое появление пульсовой волны, если одновременно ощупывать лучевую артерию. Применяя неизменно во всех случаях исследования давление, равное 100 мм ртутного столба, в течение 3 минут (по Гессу), либо равное 70 мм в течение 5 минут (по Стефану) мы считали необоснованным из-за от систолического и диастолического артериального давления, представление о которых мы получаем путем измерения кровяного давления по Короткову. Совершенно ясно, что в одном случае для капиллярной сети, получающей кровь из плечевой артерии при давлении макс. 200, миним. 120, и во втором случае для капиллярной сети, получающей кровь из плечевой артерии при давлении максим. 120, миним. — 70 мм. ртутного столба, нагрузка по Гессу в 100 мм ртутн., либо в 70 мм рт. по Стефану окажется неравноденным испытанием, а посему результаты проб окажутся несравнимыми. По этим соображениям, мы решили индивидуализировать нагрузку в каждом случае, применительно к величинам кровяного давления. Так как ориентироваться на максимальное кровяное давление мы, по вышеуказанным соображениям, не могли, то мы взяли за основу минимальное кровяное давление. Это нам казалось тем более резонным, что минимальное давление отражает не столько состояние сердца, сколько состояние артериол-прекапиллярной сети, следовательно, и той нагрузки, которую из нее получают капилляры. Мы пробовали по Кост поддерживать в манжетке давление, равное минимальному, в течение 10 минут, но это оказалось, согласно нашим наблюдениям (Левина), тягостным для больных. Они в это время испытывают парестезии — онемения, покалывания, чувство ползания мурашек. Поэтому мы заменили 10-минутный срок испытания 5-минутным. Такую пробу больные легко переносили, лишь в редких случаях были жалобы на вышеуказанные ощущения; при наблюдении кожи предплечья и кисти нередко уже на 3-й — 4-ой минуте заметен был цианоз и набухание вен.

В случаях проведения пробы на клинически здоровых субъектах непосредственно после снятия манжетки, 5 минут спустя, через час и через сутки, на коже локтевого сгиба, предплечья не наблюдалось петехий вовсе, либо обнаруживались 2—3 петехии величиной с булавочное острие.

Всего за полугодовой период нами было исследовано 182 больных.

Начнем разбор нашего материала с группы больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Степень реакции кожных капилляров мы обозначали, в зависимости от интенсивности реакции, крестами: четырьмя крестами в том случае, если кожа плеча, во время опыта покрытая манжеткой, кожа ниже места наложения манжетки, кожа предплечья на ладонной поверхности, иногда и тыльная поверхность кисти, была покрыта обильными, крупными и мелкими петехиями, иногда сливающимися в полосы; тремя крестами — случаи, в которых на коже локтевого сгиба и коже предплечья было большое количество крупных и мелких петехий; двумя крестами — случаи с появлением 20 — 50 крупных, средних и мелких петехий; одним крестом — появление нескольких средних и 15 — 20 мелких петехий. Наконец, минусом обозначались случаи, в которых проба выпадала отрицательно, т. е. либо петехий вовсе не выступали, либо появлялось несколько мелких петехий.

Наши наблюдения показали, что в подавляющем большинстве случаев петехиальная сыпь, появившаяся непосредственно после снятия жгута, несколько увеличивается в количестве и по размеру отдельных петехий через 5 минут после снятия жгута, через 1 час в небольшом количестве случаев увеличение прогрессирует, в большинстве же случаев количество и размеры петехий остаются неизменными. Через 24 часа петехиальная сыпь либо резко бледнеет, либо исчезает бесследно. 67 больных этой группы мы разбили на 4 подгруппы, в зависимости от степени недостаточности кровообращения.

Если суммировать наблюдения по группе сердечно-сосудистых больных, то у нас получается такая картина

Состояние серд.-сосуд. системы	Степень выпадения пробы				
	—	+	++	+++	++++
без явл. недостаточн.					
11 человек	10	1	—	—	—
I степень 21 чел.	4	16	1	—	—
II степень 18 чел.	1	5	10	1	1
III степень 17 чел.	2	2	1	4	8

Мы сравнивали полученные нами результаты с данными капилляро-скопических наблюдений ряда исследователей. По наблюдениям Вайса, Скульского, Моод, общее количество петель при декомпенсации увеличивается, венозное колено расширено, артериальное колено сужено или нормально, а при длительной или тяжелой декомпенсации также несколько расширено, петли удлинены, форма без резких изменений, ток замедлен, зернист, часто меняется в интенсивности, фон цианотичный, субкапиллярные сплетения часто расширены. (Вольгеймовские кровяные депо при декомпенсации).

В начальной стадии декомпенсации страдает только функция капилляров, а затем наступают и морфологические изменения. По наблюдениям Ланге, при декомпенсации капилляры утрачивают способность реагировать на температурные раздражения. По Вольгейму при улучшении состояния больного с недостаточностью кровообра-

щения картина капилляров приближается к норме, при чем изменения капилляров и субкапиллярных сплетений наступают раньше, чем улучшение диуреза и уменьшение одышки. При компенсации капилляроскопическая картина нормальна.

Таким образом, мы видим известный параллелизм в смысле отклонения от нормы данных капилляроскопического исследования кожных капилляров и наших данных, полученных при экспериментальном исследовании, с нагрузкой капилляров у декомпенсированных больных с сердечно-сосудистой недостаточностью.

Теоретически рассуждая, мы полагаем, что в изменении ломкости капилляров под влиянием повышения интраваскулярного давления при декомпенсации крупную роль должно играть не только морфологическое изменение самого капилляра, но и изменение состояния окружающих капилляр тканей; последние в дистрофической необратимой стадии сердечной декомпенсации несомненно испытывают значительные изменения и, возможно, оказываются не в состоянии оказывать такое противодействие растянутому изнутри капилляру, которое оказывает нормальная ткань при проведении пробы на стойкость капилляра.

Любопытно, что хрупкость капилляров оказывалась часто повышенной и в тех случаях тяжелой сердечно-сосудистой декомпенсации, которые шли без отеков. Следовательно, повышенная хрупкость капилляров не всегда сопровождается повышенной проницаемостью капилляров в отношении трансудатов.

Наряду с сердечными больными с недостаточностью сердца и сосудов мы рассмотрим группу больных с висцеральным и суставным ревматизмом. Всего обследовано 18 таких больных. Очень яркую картину положительного выпадения пробы давали больные с явлениями острого ревматического эндомиокардита и полиартрита. В случаях же подострых и хронических неревматических полиартритов и подострых эндокардитов неизвестной этиологии реакция выпала не резко положительной (+ +) в 3 случаях, слабо положительной — в 3 случаях, отрицательной — в 6 случаях.

Интересно, что у нас в одном случае рекуррентного эндокардита с явлениями недостаточности миокарда проба также выпала слабо положительной. Совсем негативно выпала проба в 2 случаях злокачественного эндокардита, сопровождавшегося тяжелыми явлениями декомпенсации.

Итак, по нашим немногочисленным наблюдениям, лишь *острый ревматизм сердца и суставов* дает *резкое понижение* стойкости капилляров, подострые же и хронические эндокардиты и полиартриты дают либо отрицательное выпадение пробы, либо слабо положительное.

Талантов, пользуясь своим методом исследования — понижения давления экстравазкулярно, тоже нашел значительное понижение стойкости кровеносных капилляров у ревматиков.

Так как в патогенезе ревматизма крупную роль играет аллергия, то мы разрешим себе сейчас перейти к другой группе аллергических заболеваний — бронхиальной астме. Всего под нашим наблюдением было четыре астматика, из них 3 мужчин и 1 женщина. Лишь один из них (больной Г., 43 лет, кров. давл. 125/75 мм) дал 22 средних и 10 мелких петехий. У остальных больных проба выпала отрицательно. Можно думать, следовательно, что фактор

аллергии не играет решающей роли в положительном выпадении пробы.

Следующей группой являются больные с артерио-и кардиосклерозом, без явлений недостаточности миокарда и без гипертензии. Таких у нас было 7 человек. Лишь у одного из них проба выпала нерезко положительно. У остальных шести проба выпала отрицательно. (Еще в двух случаях артерио-и кардиосклероза с нерезко выраженной недостаточностью миокарда проба выпала в одном случае отрицательно, в других — слабо положительно).

Итак, склеротические изменения сердца и артерий не отражаются заметно на стойкости капилляров. Возможно, что слабopоложительное или отрицательное выпадение пробы зависит частично от старческих изменений кожи в смысле меньшего просвечивания образовавшихся петехий через поверхностные слои эпидермиса.

Следующая группа — гипертоники (за исключением гипертоников-нефритиков). Таких больных мы исследовали 12.

Оказалось, что больные с артериосклерозом, сопровождавшимся гипертензией (за исключением одного больного), дают довольно резкое выпадение пробы (6 чел.). Больные с эссенциальной гипертонией постоянного типа (3 чел.) тоже дают довольно резкое выпадение пробы; больные же с транзиторной (преходящей) гипертонией, исчезавшей уже после непродолжительного пребывания больного в клинике, дают слабо положительную, либо отрицательную реакцию.

Изучение этой группы представляло для нас особый интерес; оно показало, что в получении тех или иных результатов пробы решающее значение имеет не величина давления, которое поддерживается в манжетке во время пробы, а состояние стенки периферических капилляров при определенных патологических процессах в организме. Так, например, отмечено было очень резкое выпадение пробы при остром ревматизме, при тяжелой недостаточности миокарда, несмотря на то, что проба проводилась при низком давлении в манжетке, и относительно слабое выпадение пробы при гипертонии, особенно при транзиторной, несмотря на то, что проба проходила при значительно более высоком давлении в манжетке, чем в случаях проведения проб при ранее перечисленных заболеваниях.

Выводы

1. Определение стойкости капилляров следует производить так, чтобы задержать венозный отток, не уменьшая значительно артериального притока крови.

2. Необходимо индивидуализировать степень повышения интраваскулярного давления, ориентируясь на минимальное давление в плечевой артерии в каждом данном случае.

3. Для получения отчетливых результатов пробы, достаточно пятиминутного повышения давления в манжетке, равного минимальному давлению плюс 10 мм ртутного столба. Такая методика проведения пробы не вызывает неприятных парестетических ощущений у испытуемого.

4. Положительное выпадение пробы во многих случаях отражает морфологические изменения капилляров, обнаруживаемые капилляроскопическими наблюдениями.

5. Выпадение пробы зависит не только от величины применяемого давления, ибо зачастую проба, проводимая у одного больного при уровне ртути 120 мм (минимальное кровяное давление равно 110 мм. ртутного столба), давала отрицательный результат, проба же, проведенная у другого больного, при уровне ртути 65 мм (минимальное кровяное давление — 55 мм. ртутного столба), выпадала резко положительно.

6. Проба выпадает положительно у сердечно-сосудистых больных с явлениями недостаточности миокарда, что подчеркивает важную роль периферии в патогенезе декомпенсации, как в смысле изменений самой капиллярной сети, так и изменений окружающих капилляры тканей.

7. Интенсивность выпадения пробы у сердечных больных в большинстве случаев прямо пропорциональна степени недостаточности миокарда.

8. Резко положительное выпадение пробы при остром ревматизме сердца и суставов говорит о поражении капилляров при этом заболевании.

9. Наших наблюдений при бронхиальной астме слишком мало, чтобы делать заключения, но отрицательное выпадение пробы в 4 случаях заставляет сомневаться в роли аллергии, как фактора, который мог бы объяснить резко положительное выпадение пробы у больных с острым ревматизмом.

10. Лица, страдающие перманентной гипертензией непочечного происхождения, дают положительную пробу. Транзиторные же гипертензии дают отрицательный результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левина, Советская клиника, т. XXI, № 1, 1935. — 2. Левина, Терап. архив, т. XIII, вып. 3, стр. 83. — 3. Скульский, Груды I Всеукр. съезда терап. 1925. — 4. Талантов, Каз. мед. журн., № 1, 1935. — 5. Rumpel — Leede, Münch. mediz. Woch., № 6, 1906. — 7. Stephan, Deutsche mediz. Woch., № 25, 1920.

Поступила 4. X. 1939.

Доц. Ф. П. МИЛЛЕР

К вопросу о парагиллюсном туберкулезе взрослых

Куйбышевский государственный медицинский институт. Госпитальная терапевтическая клиника (зав. клиникой проф. В. Р. Гайворонский)

В современной терапевтической клинике среди дифференциально-диагностических вопросов вопросы легочного туберкулеза имеют первостепенное значение; а среди последних парагиллюсный тбк выступает на первый план, как трудно диагностируемая, относительно доброкачественная, довольно легко поддающаяся лечению форма, являющаяся вместе с тем исходным моментом для всех последующих более злокачественных форм легочного тбк.

Несмотря на железную логику доказательств, что исходным пунктом легочного тбк служит гиллюс (Штефко, Миллер, Александровский и Морозовский, Струков и др.), все же находятся скептики (Ульрици, Копферле, Абакелия и др.), которые вновь и вновь ставят вопрос о том, возможно ли распространение тбк процесса из гиллюса. В каче-

стве главного возражения приводят якобы недоказанность ретроградного лимфотока, между тем как в работах проф. Штефко и его сотрудников это доказано со всей неопровержимостью. Огромное внимание, которое последние годы уделялось раннему инфильтрату, явно способствовало недооценке парагилюсного тбк, между тем, как эти два явления в большинстве случаев неразрывно связаны, как две стадии одного процесса.

В настоящее время считается доказанным, что тбк вирус, будь то свежий инфект, реинфект или эксацербация старого очага, обычно не может миновать лимфогенную стадию, как первый этап распространения, начиная от маловыраженного бронхоаденита, лимфангоита и кончая парагилюсным инфильтратом.

Заслуживают весьма пристального внимания последние работы Александровского и Морозовского. Эти авторы имели возможность наблюдать и доказать распространение тбк из лимфатических желез в легочную ткань *per continuitatem* по межклеточным щелям, независимо от ретроградного тока лимфы. „Тбк поражение бронхиальных желез (бронхоадениты) может в дальнейшем повести к перифокальным воспалениям окружающей соединительной ткани (перигилюсный тбк) и к распространению процесса в прилегающей легочной ткани (парагилюсный тбк). Каждая из этих форм может давать в дальнейшем рассасывание, индурацию и, наконец, казеозное перерождение“ (Морозовский, Александровский).

Сл. I. Больной Р-ков, 30 л., врач (ист. бол. № 508), в течение нескольких недель чувствует усталость, редкий, сухой кашель, а несколько дней тому назад появилась колющая боль в правом боку. Температура нормальная, общее состояние хорошее. Обратился в клинику для обследования. Под правой лопаткой—небольшое укорочение перкуторного звука. Мокрота: ВК—, РОЭ 25 мм в час. Рентгеноскопия: усиленный и смазанный рисунок гилюса. Рентгенография: резко усиленный рисунок правого гилюса с распадающимися железами (лимфаденит), от которых к диафрагме отходит мутная сеть лимфатических тяжей (лимфангоит), заканчивающихся в нижней латеральной части сферической, гомогенной тенью величиною с куриное яйцо (свежий инфильтрат).

Больному назначен покой, общеукрепляющая и кальциевая терапия. Через 5 дней колотье в боку и кашель исчезли. Инфильтрат рассосался, а явления лимфангоита явно стихли.

Не остается сомнения, что свежий инфильтрат в легочной паренхиме есть прямое следствие предшествовавшего бронхоаденита с последующим лимфангоитом. Связь этих трех этапов хорошо видна на рентгенограмме. Физикальных данных со стороны инфильтрата не было только потому, что инфильтрат располагался глубоко в легочной ткани, и явления не дошли до уха исследующего. Быстрое обратное развитие процесса под влиянием незначительных мероприятий говорят в пользу важности ранней диагностики.

Нет сомнения, что колотье в боку по времени соответствует развитию лимфангоита и образованию инфильтрата, а последние вовлекли в процесс плевру; несомненно и то, что диагноз мог бы быть поставлен именно в стадии этого поражения. Клиника парагилюсного тбк в основном не имеет строго очерченного лица и, в смысле полиморфизма симптомов, подходит под общеизвестные правила начальных форм легочного тбк. Все же за последние годы стали вырисовываться диагностические контуры, свойственные этой форме легочного тбк.

Заслуживает внимания „парагилюсный треугольник“, описанный Морозовским и Александровским и расположенный в нижней трети межлопаточного пространства (он образуется краями *m. trapezius*, *rhomboides maj.* и *latissimus dorsi*). Здесь наиболее тонкое место грудной клетки и зона, соответствующая расположению бронхопульмональных желез. Все это дает лучшие условия для доведения перигилюсных явлений до уха исследующего.

В повседневной практике „парагилюсный треугольник“ является как раз тем местом, которое исследуется терапевтом менее тщательно, чем остальные отделы легких, в частности верхушки. Между тем тбк инфильтрация легочной ткани происходит гораздо чаще в парагилюсной зоне, а не в подключичной области, как это принято думать.

На большом материале, в течение ряда лет я в нашей клинике пользовался „парагилюсным треугольником“ при диагностике и в соответствующих случаях он всегда давал положительные результаты. Мало того: при почти полном отсутствии субъективных и объективных данных явления в „парагилюсном треугольнике“ нередко бывали единственными и верными признаками парагилюсного тбк, впоследствии подтвержденного рентгенологически.

Субъективные жалобы больных с парагилюсным тбк обычно дальше боли в груди не идут, и то только, если в процесс вовлечена плевра. К этому обычно присоединяется сухой кашель. Реже еще — субфебрильная температура и общая слабость. В таких случаях можно наблюдать укорочение перкуторного звука, сухие или влажные (или же те и другие вместе) хрипы в „парагилюсном треугольнике“ или около него. Стойкие сухие хрипы в других отделах легких, упорно держащиеся на одном и том же месте, имеют такую же диагностическую ценность, как и хрипы в парагилюсном треугольнике, и являются результатом стойкой деформации бронхов на почве тбк перибронхита, часто предшествующего парагилюсному инфильтрату.

Сл. 2. Б-ная Н-ва, 19 лет (ист. бол. № 2084), поступила в клинику с диагнозом: бронхопневмония. До поступления в клинику, в течение 17 дней лечилась амбулаторно. Направлена в клинику для уточнения диагноза. Заболела сразу: почувствовала озноб и жар. Температура поднималась до 38°; в дальнейшем температура субфебрильная. При поступлении жалобы на боль в груди, сухой кашель, слабость. Укорочение перкуторного звука и влажные хрипы в „парагилюсном треугольнике“, а также вправо и книзу от него. В остальном в легких всюду везикулярное дыхание и легочный перкуторный звук. Сердце Н. Мокрота: ВК. Кровь: лейкоц. 10000, эр.—4550000, РОЭ—56 мм, Нб—59% цв. показ.—0,7, с.—40%, п.—9%, ю.—1%, л.—36%, м.—13%, э.—1%. Плазмодии малярии не обнаружены. Рентгеноскопия: двусторонние, свежие перигилюзные явления в виде мутных тяжей, особенно отчетливых в нижней половине правого гилюса. Рентгенография: то же, что при рентгеноскопии—парагилюсный инфильтрат в центре нижней трети правого легкого. Инфильтрат не представляет густой, однородной тени, в нем можно различить густую сеть сливающихся мутных лимфангоитических тяжей, частично спаянных между собой. По мере приближения к гилюсу—тяги расположены реже, видны отчетливо и незаметно сливаются с бронхопульмональными железами.

Как можно усмотреть из приведенной истории болезни за 17 дней амбулаторного врачебного наблюдения истинная причина заболевания не была установлена. Внезапное начало, очевидно, служило причиной ошибочного диагноза бронхопневмонии. Очень часто забывается, что легочный тбк—заболевание, протекающее скачкообразно, а не исподволь, хронически. Отсутствие физикальных данных во всех отделах легких (за исключением парагилюсного треугольника)—второй источник ошибочной диагностики.

Через 5 дней после поступления в мокроте — единичные ВК не в каждом поле зрения.

Совершенно очевидно, что острое начало заболевания — была тбк вспышка. Что представлял собой очаг в первые дни заболевания трудно сказать, но одно несомненно, что если бы он был диагностирован с первых же дней и были бы приняты соответствующие меры, до выделения ВК дело, вероятнее всего, не дошло бы (сравни случай 1-й).

Сл. 3. Б-ной И-в, 13 лет (ист. бол. № 1585), поступил в клинику с диагнозом: Рo-lyarthritis. Питание понижено, видимые слизистые бледны. Левый коленный сустав опухший, кожа на нем красная, отечная, движения не резко болезненны. Легкие: легочный перкуторный звук и везикулярное дыхание. Моча: у. в. 1020, белка следы, в осадке лейкоциты и щав. кисл. известь. Кровь: лейкоц. — 8800, эр. — 3610000, Hb — 52%, РОЭ — 55 мм. Э. — 6%, п. — 2%, с. — 56%, л. — 31%, м. — 5%. Плазмодии малярии не обнаружены. Рентгеноскопия легких — усиленный и мутноватый рисунок гилюса.

На основании этих данных больной подвергался лечению как ревматический полиартрит. Зимой 1937 года больной находился в стационаре с таким же диагнозом.

При более тщательном исследовании с консультацией соответствующих специалистов установлено: укорочение перкуторного звука в „парагилюсном треугольнике“. Там же редкие, сухие хрипы. Рентгенограмма левого коленного сустава: резкая rareфикация всех костей сустава без очаговых изменений. Рентгенограмма легких: резко усиленный рисунок гилюса с хорошо выраженным перигилюсным и парагилюсным процессами с обеих сторон. Диагноз: пери-и парагилюсный хронический тбк легких, хронический тбк (аллергический) гонит.

Лечение немедленно было перестроено соответственно вышеуказанному диагнозу, и результаты не замедлили сказаться. Через 31 день больной выписался в очень хорошем состоянии, совершенно не жалуясь на ногу (никакой местной терапии на левый коленный сустав не применялось). В легких наступило значительное улучшение, улучшилось также и общее состояние.

Отсутствие тбк гранулемы в костях коленного сустава, конечно, ни в какой мере не говорит против диагноза тбк гонита. По этому поводу достаточно указать на работы Понсе, которые не оставили места сомнению.

Не ясно ли, что причина скрывалась в парагилюсном тбк, который не был своевременно диагностирован и послужил исходным моментом для заболевания (аллергическое?) коленного сустава.

Таких и подобных случаев можно было бы привести десятки, и все они с одинаковой убедительностью говорили бы о важности своевременной диагностики парагилюсного тбк, равно как и о социальной значимости этой формы тбк. Достаточно сказать, что только за зиму 1937/1938 года мы в нашей клинике обнаружили около 70 случаев парагилюсного тбк. Совершенно законен вопрос: что же делать? На это можно дать только один ответ: систематическое массовое, рентгенологическое обследование организованного населения, не говоря уже о стационарных лечебных учреждениях, где каждый поступающий и выписывающийся больной должен подвергнуться рентгенологическому исследованию.

Этот вопрос неоднократно ставился на врачебных съездах и горячо защищался в периодической печати (С. А. Рейнберг, О. О. Ден и др.).

Вопросы клинической диагностики парагилюсного тбк достаточно хорошо разработаны и не представляют больших трудностей даже в амбулаторной практике. Однако, как правило, парагилюсный тбк не диагностируется, а если и диагностируется, то не оценивается по достоинству. Здесь причина, по-моему, кроется в том, что врачи еще недостаточно усвоили себе установленной истины, что ни один тбк процесс не может миновать лимфогенной стадии развития и что лимфогенная стадия легко поддается лечению.

Диагностические приемы, которыми мы пользуемся в клинике, совершенно достаточны, на наш взгляд, для обнаружения парагилеусного тбк. Следует только помнить о парагилеусном тбк у постели больного.

Роль рентгенологического исследования в диагностике парагилеусного тбк исключительно велика, особенно важна рентгенография. Посредством этого метода очень хорошо можно проследить динамику процесса. „Подозрительный“ в отношении тбк при просвечивании гилеуса, должен быть подвергнут рентгенографии, которая одна в состоянии, во многих случаях, дать ответ на поставленный вопрос.

Несмотря на кажущуюся простоту и несложность чтения тени гилеуса оно было и остается одной из ответственных задач рентгенодиагностики заболевания легких.

Несмотря на всю важность рентгеновского исследования, все же не следует переоценивать этот метод. В конце концов это все же только метод, хотя и очень могущественный, и было бы совершенно неправильно посылать больных в рентгеновский кабинет „за диагнозом“ (Рейнберг). На нашем материале во всех случаях имелись те или иные клинические проявления парагилеусного тбк, главным образом в „парагилеусном“ треугольнике, и рентгеновское исследование давало всегда только детали, правда, очень важные.

Парагилеусный тбк — не латентно протекающая форма тбк. Это лишь неявная форма, но имеется достаточно клинических признаков для ее обнаружения. Парагилеусный тбк чаще всего протекает „наперцепно“ (Бройнинг), неосознанный больным. В этом отчасти заключается его коварство; борьба с ним возможна только путем массового обследования населения.

Кого же чаще всего поражает парагилеусный тбк? У нас сложилось впечатление, что этому заболеванию подвержены люди любого возраста.

В ы в о д ы

1. Парагилеусный тбк есть железисто-легочный процесс.
2. Парагилеусный тбк есть результат прорыва лимфатического барьера.
3. Парагилеусный тбк относительно доброкачественная форма легочного тбк.
4. Парагилеусный тбк вполне доступен клинической диагностике.
5. „Парагилеусный треугольник“ — наиболее частое место поражения, где разыгрываются ранние физикальные явления, характерные для парагилеусного тбк.
6. Парагилеусному тбк предшествует еще более ранняя и более доброкачественная форма железистого тбк — лимфангоит и бронхоаденит, легко доступные диагностике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозовский и Александровский, Клинич. мед. 2. т. XVI, 1938. — 2. Берлин, Сов. мед. № 3, 1938. — 3. Миллер, Труды Куйбышевск. гос. мед. ин-та, сб. № 5, 1937. — 4. Сандерова, Сов. мед. 3, 1938. — 5. Струков, Сов. мед., № 5, 1938. 6. Штефко. Вопросы патологической анатомии и клиники лимфогенных фаз туберкулезного процесса. Биомедгиз, 1937.

Поступила 26. VI. 1939.

Б. Н. АГРИКОЛЯНСКИЙ

О холодной разновидности хронического милиарного туберкулеза

Кафедра туберкулеза Казанского института усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина (зав. кафедрой проф. М. И. Мастбаум)

В широких врачебных кругах с понятием милиарного туберкулеза связано представление о тяжелом быстротекущем и почти всегда смертельном заболевании.

В мировой литературе описаны отдельные случаи выздоровления от милиарного туберкулеза с полным рассасыванием туберкулезных высыпаний в легких. Эти случаи крайне редки и описываются в литературе как казуистика.

За последние годы внимание клиницистов было привлечено случаями милиарного туберкулеза с затяжным хроническим течением. Эти формы хронического милиарного туберкулеза необычайно разнообразны. Наряду со случаями повторных милиарных высыпаний в одном и том же органе встречаются мигрирующие формы. В этих случаях свежие милиарные высыпания захватывают целый ряд органов; нередко такая хроническая милиаризация растягивается на многие годы и заканчивается туберкулезным менингитом.

Следует здесь же отметить, что интервалы между отдельными вспышками хронического милиарного туберкулеза могут тянуться не только месяцами, но и годами. Встречаются отдельные случаи, когда больные годами сохраняют работоспособность, изредка давая незначительную вспышку туберкулеза, очень быстро ликвидируемую.

Хорошее самочувствие этих больных, отсутствие субъективных и объективных клинических явлений токсемии находятся в противоречии с объективной рентгенологической картиной, когда рентгенограмма обнаруживает милиарное высыпание, захватывающее значительную территорию легких. Иногда удается констатировать, что большинство этих узелков обызвествлено. Французские клиницисты называют эти формы холодными и выделяют их в особую группу доброкачественно протекающего милиарного туберкулеза.

Бюршан и Сайе полагают, что своеобразие формы, доброкачественное, медленное и торпидное течение холодного милиарного туберкулеза объясняется: а) распространением инфекции в интерстициальной ткани по лимфатическим путям; б) небольшим количеством вируса; в) слабой вирулентностью бацилл; г) специальной резистентностью организма.

Надо сказать, что Бюршан и Сайе не одиноки в своем мнении о лимфатическом патогенезе холодного милиарного туберкулеза (Летюль, Браун, Безансон, Ассман, Гейнеке, Клемперер и др.). Шафф из Страсбурга различает доброкачественный лимфатический от смертельного гематогенного милиарного туберкулеза. Разработанное в

последние годы В. Г. Штейфко учение о лимфогенных фазах также подтверждает исключительно доброкачественное течение лимфогенного туберкулеза.

Вследствие доброкачественности течения холодный милиарный туберкулез очень редко попадает на секционный стол, что затрудняет изучение гистологии и патогенеза этих форм.

Перейдем к описанию некоторых больных, находящихся под длительным наблюдением в Казанском туберкулезном институте.

1. Бухгалтер А., 47 лет. Отец умер от горловой чахотки; сестра тоже умерла от туберкулеза. Большой кашляет с детских лет. Осенью 1931 года внезапно заболел и пролежал дома в постели с высокой лихорадкой около трех месяцев. Лечащим врачом был диагностирован брюшной тиф.

Небольшой кашель со скудной мокротой, боли в груди, сильная одышка, ночные поты и затаившееся лихорадочное течение заставили лечащего врача пересмотреть на третьем месяце болезни свой диагноз и исследовать мокроту. В мокроте были обнаружены туберкулезные палочки.

В январе 1932 года больной был положен в клинику Туберкулезного института, где на рентгене было констатировано милиарное обсеменение легких. Вскоре больной начал поправляться, температура постепенно снизилась, палочки из мокроты исчезли.

В течение четырех лет считал себя совершенно здоровым. Весной 1935 года перенес вспышку с появлением ВК в мокроте, очень скоро ликвидированную. А далее, опять в течение почти трех лет — полоса затишья процесса; понижение работоспособности. Одышка напоминала больному о его болезни. Неоднократное повторное исследование скудной мокроты на ВК давало неизменно отрицательный результат.

Весной 1938 года после тяжелой психической травмы — обострение процесса с кровохарканием при нормальной температуре. Вспышка была очень быстро ликвидирована и больной приступил к работе. Все годы работает много, интенсивно.

Больной был детально клинически обследован в марте 1938 года. Высокого роста, хорошо упитанный, циклического телосложения: кроме одышки и незначительного кашля ни на что не жалуется. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторно разлитой тимпанит. Дыхание везикулярное, несколько ослабленное, с удлиненным выдохом. Справа под ключицей не обильные субкрепитирующие хрипы. Сердце прикрыто краями расширенных легких. Тоны глухие. Акцент II тона на легочной артерии. Пульс не учащен, правильный; увеличена печень. Прощупывается плотная селезенка. Температура нормальная. В мокроте ВК отсутствуют. Гемограмма отклонений от нормы не дает, кроме явной лейкопении. РОЭ — 8 мм в 1 час. по Панченкову. Имеется несколько серийных рентгенограмм, протокол одной из которых приводим (доц. А. Н. Кревер).

„Равномерная петлистость вдоль обоих легких, по ходу которой густо располагаются полиморфные, частично петрифицированные, мелкие узелки туберкулеза. Спайки диафрагмальной плевры“.

2. Газетный работник Н., родился в 1905 году. Отец — грузчик, физически здоров. Мать кашляет всю жизнь. Весной 1928 года внезапно заболел. Высокая t° , лихорадка в течение двух месяцев. Мучительный кашель с мокротой. Кровохаркание. Сильные боли в груди, резкая одышка, ночные поты, похудание.

Лежал в постели три месяца, задыхался; чтобы облегчить одышку родные выносили его на свежий воздух. Ни сам больной, ни его близкие не сомневались в печальном исходе болезни. Однако, в июне температура постепенно спустилась до субфебрильных цифр, больной стал поправляться. Несколько окрепнув, поехал на консультацию в Казань.

При амбулаторном обследовании в диспансере было обнаружено небольшое укорочение перкуторного звука в верхних полях обоих легких и справа — в нижнем. Не обильные влажные хрипы. В мокроте ВК +. Рентгеноскопия: билатеральные очаговые изменения.

В течение последующих двух лет постепенное улучшение, перемежающееся весенними вспышками. В 1930 году ВК в мокроте исчезли. Ежегодные весенние обострения, во время которых работы не прерывает. Повторное санаторное лечение.

С 1934 года считает себя совершенно здоровым и, кроме небольшой одышки, ни на что не жалуется. Работает много, интенсивно. Перкуторно небольшое укорочение в верхних отделах. Сужение полей Кренига. Тимпанит. Вуаль Турбана справа. Ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Хрипов нет. Сердце N. Плотная

селезенка. Моча — N. В мокроте ВК нет. Лейкопения. Формула крови отклонений от нормы не дает. РОЭ — 8 мм в 1 час.

Протокол рентгенограммы (доц. А. Н. Кревер): „В верхних отделах обоих легких цепочкой располагаются петрификаты разной величины и формы; в среднем и нижнем поле правого легкого петрификаты милиарного типа образуют густо-петлистую сетку в кортикальном слое легочной ткани“.

В двух описанных нами случаях было внезапное начало заболевания, острое течение, одышка; вся клиническая картина напоминала острый милиарный туберкулез. В дальнейшем течение болезни смягчалось, постепенно переходя в хроническую форму. В первые годы болезнь еще изредка прерывается эпизодическими весенними вспышками, заставляя врача и больного помнить о незаконченном процессе. Последующие долгие годы безлихорадочного, бессимптомного течения со стойким отсутствием ВК в мокроте ведут к постепенному обызвествлению милиарных узелков, переводя болезнь в холодную фазу милиарного туберкулеза.

Одышка и милиарная сыпь на рентгенограмме остаются единственным следом перенесенной в прошлом тяжелой болезни.

Само собой разумеется, что вступление процесса в холодную фазу не означает абсолютного излечения болезни.

Остановимся коротко на другой интересной форме холодных милиарных высыпаний, кардинально отличающейся от первой отсутствием бурных начальных проявлений болезни. Эта форма с самого начала заболевания малосимптомна и является чаще случайной находкой на экране. Больной, обычно, не может ничего рассказать о начале своей болезни.

3. Студент Г., 22 лет. Отец его здоров. Мать умерла от кровавой рвоты, когда нашему больному было полтора года. До 20 лет он считал себя совершенно здоровым. Его беспокоили приступы малярии, в крови были обнаружены плазмодии.

Весной 1936 года он был направлен в Туберкулезный институт университетским врачом по поводу жалоб на небольшой кашель, слабость и ночные поты.

Амбулаторное обследование обнаружило очень бедные физикальные данные: небольшое укорочение перкуторного звука в верхних полях обоих легких и жесткое везикулярное дыхание. Хрипов нет. ВК отсутствуют. РОЭ — 19. Рентгеноскопия выявила большое количество мелких густо сидящих очагов в верхних и средних полях обоих легких.

После санаторного лечения Г. быстро поправился. По нашему совету он прекратил учебные занятия и уехал в деревню. В течение двух лет периодически показывался, находясь под тщательным контролем.

Весной 1938 года повторно подвергнут клиническому обследованию. Чувствует себя хорошо и, кроме небольшой одышки и понижения работоспособности, ни на что не жалуется.

Хороший статус при прекрасном самочувствии. Телосложение атлетическое. В верхних отделах обоих легких, сзади до угла лопатки перкуторный звук отчетливо укорочен. Дыхание всюду везикулярное, несколько шероховатое, нечистое. Хрипов нет. Сердце — N. Плотная селезенка. Гемограмма: эритроциты — 4370000, гемоглобин — 84%, цв. показатель — 0,97; лейкоциты — 5000, палочкоядерные — 7,5%, сегментоядерные — 45,5, эозинофилы — 14,5, моноциты — 2, лимфоциты — 30,5%; РОЭ — 8 мм.

Протокол рентгенограммы от 20/XI 36 г. (доц. А. Н. Кревер): „Вдоль обоих легких густо разбросаны мелкие однотипные узелки туберкулезного характера. Тяжистость в виде веера от гиллов к периферии. Плотный гилл“.

4. Учительница М., 36 лет, приехала в Туберкулезный институт посоветоваться по поводу беспокоивших ее болей в груди слева и небольшого сухого кашля.

При амбулаторном обследовании в диспансере отмечены очень скудные аускультаторные данные. Жесткое везикулярное дыхание с удлинненным выдохом и небольшое количество крепитирующих хрипов под левой ключицей при незначительном укорочении перкуторного звука. Начала своей болезни указать не может. Мокроты нет, РОЭ — 5.

В клинику лечь отказалась, считая себя почти здоровой. Больной был сделан рентгеновский снимок, протокол которого приводим (доц. А. Н. Кревер): Веерообразная тяжистость от гилюсов легких к периферии, по ходу которой в виде цепочек, по преимуществу в верхних и средних полях, располагаются мелкие петрификаты (обызвестленный милиарный туберкулез).

Размеры настоящей статьи не позволяют описать все случаи, имеющиеся в нашем распоряжении. Да вряд ли в этом и встречается необходимость. Остальные случаи похожи на какой-нибудь из описанных в данной работе.

В заключение нам хочется остановиться на рентгенологической картине у наших больных.

Основным элементом рисунка является тонкая нить, ясно пунктированная, в виде четок, мелкими узелками, и образующая густую петлистую сеть; часто наблюдается веерообразное усиление легочного рисунка от гилюсов к периферии.

На фоне этой сетки густо и равномерно рассеяны, как манная крупа, милиарные узелки туберкулеза, иногда сливающиеся между собой и образующие более крупные конгломераты.

Эта картина очень походит на описанный Л. Б. Юдиным и Л. З. Эренштейном петристо-сетчатый рисунок, патогномичный для лимфогенного легочного туберкулеза.

Выводы. 1. Милиарный туберкулез, начавшись остро, может в дальнейшем принять безлихорадочное течение.

2. Иногда милиарный туберкулез начинается без бурных начальных явлений и сразу принимает торпидное безлихорадочное течение.

3. Холодный милиарный туберкулез дает характерный рисунок на рентгенограмме, указывающий с большой вероятностью на лимфогенный путь распространения.

4. В отличие от других форм хронического милиарного туберкулеза при описанной форме прогноз благоприятен.

Поступила 31.I. 1939.

А. М. ДЫХНО

О туберкулезе грудной железы

Из госпит. хир. клин. (дир. проф. Н. И. Гуревич) III Моск. мединститута

Обширная хирургическая литература, посвященная заболеваниям грудных желез, касается, главным образом, злокачественных опухолей; в меньшей мере — острых воспалительных процессов и совсем недостаточно освещен ряд других заболеваний железы (сифилис, эхинококк и даже доброкачественные опухоли). Это обстоятельство повидимому объясняется тем, что острые воспаления и злокачественные новообразования встречаются очень часто, а другие патологические процессы сравнительно редко.

Надо признать, что отчасти из-за недостаточного освещения этих специальных вопросов в печати, а отчасти вследствие известной трудности диагностики, далеко не редко наблюдаются грубые ошибки, ведущие к тяжелым, непоправимым несчастиям (ампутация молочной железы при фиброзном мастите и т. п.)

Это позволяет нам поделить следующие наблюдения:

1. 6.IX 1934 г. в клинику поступила больная Е., 63 лет (ист. бол. № 6283), с жалобами на опухоль правой грудной железы. 3 недели тому назад случайно заметила опухоль. За последнее время стала худеть и слабеть. Обратилась к врачу, последний поставил диагноз рака грудной железы и направил в клинику.

Ранее не болела. Туберкулез и венерические болезни отрицает, не пьет и не курит. Наследственность не отягощена.

St. praesens. Больная среднего роста, правильного сложения. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Тургор понижен. Подкожножировой слой развит плохо. Внутренние органы без отклонений от нормы.

В нижнем наружном квадранте правой грудной железы прощупывается опухоль плотной консистенции, размерами 4×3 см, спаянная с окружающими тканями. Во всех областях определяются увеличенные лимфатические железы, в правой подкрыльцовой впадине они плотные, в остальных — мягкой консистенции.

Моча: желтого цвета, прозрачная, кислой реакции, уд. вес 1,025. Белка и сахара нет. В осадке — 3—4 лейкоцита в поле зрения, оксалаты и мочевиная кислота. Температура в пределах до $37,2^{\circ}$.

Таким образом, в клинику поступила больная, находящаяся в том возрасте, когда заболевания раком грудной железы хотя и идут, в смысле частоты, на убыль, все же встречаются очень часто. Общий вид больной, характер самой опухоли, плотность и безболезненность ее, быстрый рост опухоли, сопровождающийся похудением больной, наличие плотных увеличенных лимфатических желез в подкрыльцовой впадине соответствующей стороны и пр., создавало достаточно отпавших точек для диагностики рака грудной железы. С таким диагнозом больная и была оперирована 8.IX 1934 г. (Н. Ф. Березкин).

Обычным путем у нее произведена ампутация грудной железы, подкрыльцовая впадина была освобождена от жировой клетчатки с расположенными в ней лимфатическими железами. Послеоперационный период протекал гладко. 24.IX. больная выписана. Операция не изменила диагностики и прозектор для гистологического исследования получил препарат с клиническим диагнозом „рак грудной железы“.

Гистологическое же исследование показало полное несоответствие клинического диагноза патолого-гистологическому; последний гласит „туберкулез грудной железы“.

2. 15.I.1939 г. в клинику поступила больная М. (ист. бол. № 239), 62 лет, с жалобами на опухоль левой грудной железы. Опухоль заметила $11\frac{1}{2}$ года назад, за это время опухоль выросла.

Мать умерла в возрасте 75 лет, отец — 42 лет; причины смерти больная не знает. Менструации начались с 18 лет, протекали регулярно и без болей, прекратились к 40 годам. Было 7 беременностей, все закончились срочными родами, дети здоровы. Ранее перенесенных заболеваний не отмечает. Туберкулез и венерические болезни отрицает, не курит и не пьет. Всю жизнь прожила в деревне.

St. praesens. Сложения правильного, роста среднего, питания хорошего. Кожа обычной окраски, видимые слизистые оболочки розовые. Лимфатические железы не прощупываются. Границы сердца в норме, тоны чистые, но слегка глухие. Печень и селезенка не прощупываются. В верхних квадрантах левой грудной железы прощупывается хорошо ограниченный узел размерами 6×8 см, мягко-эластической консистенции, не спаянный с кожей и подлежащими тканями. При исследовании узла ясно определяется флюктуация. Сосок не изменен, выделений из него нет. Температура все время нормальная.

Моча: соломенно-желтого цвета, мутная, щелочной реакции; белка $0,033\frac{0}{100}$, сахара нет; в осадке значительное количество плоского эпителия, 15 — 20 лейкоцитов в поле зрения, трипельфосфаты.

Исследование крови: Hb — 60% , цв. показатель 0,78, эритроцит. 4200000, лейкоц. 5200. По Шиллингу: сегм. 66% , пал. 2% , лимф. 29% , мон. 3% .

Если первый случай не представлял, казалось, затруднений для распознавания (правда, диагноз был поставлен неправильно), то наличие кистозной опухоли во втором случае представляло значительные диагностические трудности. Возникали предположения о ряде заболеваний, исключить которые было не совсем просто. Естественно, что возраст больной, частое поражение грудной железы опухолями и кистозный характер ее в нашем случае зародили мысль о так называемой цистоаденоме, которая представляет кистовидно-расширенные, под воздействием повышенного давления, железистые ходы. Цистоаденомы бывают различных размеров и вследствие роста кист и уничтожения перегородок отдельные кисты, соединяясь между собой, дают кистозные образования значительных размеров. Однако слишком большой размер опухоли и наличие ясной флуктуации не создавали впечатления о развитии этой кисты из железистых ходов и о наличии перегородок в полости кисты.

Кроме обычной цистоаденомы можно было предположить наличие в данном случае заболевания, подробно описанного в 1860 г. Реклю под названием „кистозной болезни грудной железы“. Заболевание это состоит в развитии в грудной железе кист, достигающих больших размеров и дающих ясную флуктуацию. При анатомическом исследовании обычно находят увеличение железистых долек с кистозным расширением выводных протоков. При этом вначале в дольках идет разрастание эпителия, а затем распад его. Отдельные мелкие кисты постепенно сливаются между собой. Но клиника этого заболевания не совсем соответствовала тому, что мы имеем в нашем случае. Обычно болезнь Реклю бывает в возрасте 30—40 лет, нашей же больной 62 года.

Далее, болезнь Реклю обычно поражает обе железы, в нашем же случае правая железа была здоровой, и наконец при пальпации железы, пораженной кистозной болезнью, получается ощущение „как бы кулька с кругловатыми предметами“ (Зильберберг)—чего не было в нашем случае.

Больше оснований было заподозрить у нашей больной ретенционную (galactosele) или эхинококковую кисту. Что касается ретенционных кист, то они, как известно, развиваются при возникновении препятствия к выделению секрета железы. Накапливаясь в протоке или в дольке, секрет растягивает их и получается постепенно увеличивающаяся шаровидная полость с содержимым (вначале молоко, затем содержимое, сгущаясь, превращается в замазкообразную маслянистую массу, а иногда наблюдается и гнойное расплавление).

Однако, учитывая возраст нашей больной, давно закончившую детородную функцию (последний период лактации был 30 лет назад) наряду с недавним появлением кисты, мы имели достаточно оснований к тому, чтобы исключить в нашем случае galactosele.

Относительно эхинококка грудной железы следует отметить, что он обычно наблюдается в виде солитарных кист, что имело место и в нашем случае. Можно отметить, что эхинококковая природа кисты грудной железы чаще всего становится ясной только после оперативного вмешательства. Длительная жизнь в деревне, наличие солитарной кисты, постепенное развитие ее, сферический характер—все это давало повод к подозрению эхинококкоза.

В связи с этим была произведена кожная анафилактическая реакция Касони, которая оказалась отрицательной. Однако, если учесть,

что по самому Касони в 12,5% случаев его реакция бывает при эхинококкозе отрицательной, то сам по себе факт отсутствия этой реакции не дает еще повода к изменению диагноза. То же можно отметить и в отношении эозинофилии (ее в нашем случае не было), которой по Деве может и не быть при эхинококке. В целях возможно более точного распознавания, мы 17. I. 1939 г. произвели пункцию кисты и получили 30 куб. см. жидкого зеленовато-желтого гноя. При микроскопическом исследовании свежей капли обнаружено много лейкоцитов в состоянии распада и 3—6 эритроцитов в поле зрения. Бактериоскопически микроорганизмы не обнаружены, посев через трое суток роста не дал. Отсутствие при исследовании гноя составных частей содержимого эхинококковой кисты, асептический характер его без клинических признаков нагноения позволили отказаться от диагноза нагноившегося эхинококка.

Вид гноя навел нас на мысль заподозрить туберкулезную природу кисты, за это же говорил и небольшой лимфоцитоз (29% вместо обычных 22—23%). Мы подумали о гематогенном заносе инфекции. За правильность этого предположения говорили и данные рентгенодиагностики легких, которые приведем полностью. 20. I. 1939 г. в легких, справа в верхнем поле определяется средней интенсивности затемнение с расплывающимися границами, на фоне его видны единичные, мелкие интенсивные тени (старые тбк очаги?); от этого затемнения к корню легкого идет полоса дренирующего бронха. Такая же картина в левом верхнем легочном поле. Реберно-диафрагмальные синусы свободны (Н. К. Симагина).

Таким образом, наш дооперационный диагноз — туберкулезная киста левой грудной железы, по поводу которой больная была оперирована 21. I. 1939 г.

Операция под местной анестезией 0,5% раствором новокаина 250 куб. см. (А. М. Дыхно). Двумя сходящимися разрезами очерчена киста вместе с окружающими ее тканями. С левой стороны киста вскрылась, и из нее вытекло до 200 куб. см гноя, такого же характера, как и полученный при пункции. Киста удалена вместе с капсулой в пределах здоровых тканей. Швы на подкожную клетчатку и кожу.

Размеры кисты 8×6 см. Стенка ее гладкая, везде много сосудов. На дне кисты густой, крошковатый гной. Послеоперационный период протекал гладко. На 7-й день сняты швы — рана зажила первичным натяжением. 31. I. 1939 г. больная выписана в хорошем состоянии.

При гистологическом исследовании стенки кисты найден типичный туберкулезный процесс с большим количеством бугорков, стенка кисты состоит из соединительной ткани, везде значительная мелко-клеточная инфильтрация, особенно вокруг сосудов.

Таким образом в разбираемом случае, несмотря на атипичное течение туберкулезного процесса грудной железы, был поставлен до операции точный диагноз.

Оба наших случая интересны еще и в связи с старческим возрастом больных (62 и 63 года); чаще туберкулез поражает грудную железу у больных в возрасте 20—40 лет.

Туберкулез грудной железы сравнительно нередкое заболевание.

Что касается клинической картины туберкулеза грудной железы, то она отличается многообразием, в чем убеждают нас и наши случаи. Иногда процесс, начавшись с образования одного или нескольких узлов, дает затем развитие фиброзной ткани, и на этом дело заканчивается. В других случаях наступает казеозный распад и гнойное расплавление с образованием характерных для туберкулеза язв

и свищей, устье которых окружено бледными грануляциями, и выделяется туберкулезный гной. Эти случаи несомненно наиболее простые в диагностическом отношении. Иногда тбк грудной железы развивается вслед за тбк ребра.

Наш первый случай нужно отнести к фиброзно-индуративной форме, конечно в дальнейшем здесь мог бы образоваться казеозный распад.

Происхождение туберкулезной кисты во втором случае, нам кажется, возможно объяснить следующим образом. После развития туберкулезного узла, представляющего достаточно компактную ткань, наступил казеозный распад, узлы начали размягчаться. Размягчение узла и последующее гнойное расплавление вызвало реактивный воспалительный процесс в окружающей ткани, в результате которого произошло разрастание соединительной ткани. Эта ткань образовала как бы стенку кисты, конечно стенку не настоящую, а подобие ее, так как эпителиальной выстилки такая стенка не имеет. Таким образом, мы туберкулезную кисту в нашем случае относим к так называемым ремолиционным кистам, т. е. кистам от размягчения (e remollitione).

Что касается лечения туберкулеза грудной железы, то единого взгляда по этому поводу до настоящего времени нет, и нам кажется, что и быть не может в связи с многообразием патолого-анатомической и клинической картины. Как и при всяком туберкулезе в каждом случае необходимо общее лечение, соответствующий режим и условия, в которые должны быть поставлены больные. Что касается хирургического лечения, то Брендле на 16 больных, у которых была произведена ампутация грудной железы по типу операции при раке, получил хорошие отдаленные результаты в 15 случаях и рекомендует такую операцию для всех случаев туберкулеза грудной железы. Той же точки зрения держатся Заблудовский и Кауфман, усматривающие в этой операции профилактику развития рака.

Несмотря на это, мы все же не можем согласиться с таким радикализмом, особенно в отношении молодых больных. Мы считаем, что лечение в каждом случае должно быть строго индивидуальным и, где это возможно, следует производить более щадящую операцию с последующим созданием для больной соответствующих условий труда и быта при обязательном врачебном контроле.

Поступила 31.III. 1939.

А. А. АЙДАРОВ

О диагностике и лечении туберкулеза языка

Из 1-й хирургической клиники (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского госуд. ин-та усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Туберкулез языка редко встречается в клинической практике. Всего в мировой литературе описано около 400 случаев этого заболевания. В отечественной литературе мы нашли 25 сл. тбк языка, из них описали Гоберман 2 сл., Гершун 1 сл., Мельников 4 сл., Сороко 4 сл., Нодов 2 сл., Гуревич 6 сл., Рудой, Зебрин, Элькинд, Шнейдер, Потоцкий и Абрамович—по одному случаю.

По отношению к тбк легких тбк языка составляет по различным авторам от 0,14 до 3,75%; например, Мельников в 1925 г. по материалу Саратовского тубдиспансера на 3364 случая вскрытий нашел всего 4 случая тбк языка; Виллинг на 1317 вскрытий туберкулезных трупов нашел лишь в 2 случаях бугорчатку языка (цит. по Гуревичу). Эпштейн на материале Ленинградского онкологического института на 81 случай нераковых заболеваний языка среди стационарных больных за период с 1926 г. по 1934 год отмечает 18 сл. тбк языка.

За этот же период на стационарном материале Онкологического института Эпштейн приводит 192 случая рака языка. На нашем материале с 1923 по 1938 год наблюдалось 7 сл. тбк языка (и 20 сл. рака языка). По данным Эпштейна, отношение тбк языка к раку составляет 1:10,6).

Первичный тбк языка встречается очень редко. Большей частью это заболевание наблюдается у лиц, страдающих тбк других органов. (Деление на первичный и вторичный тбк языка весьма условно. О первичном тбк языка можно говорить с достоверностью только на основании вскрытия). Пути заражения языка туберкулезом различны. Заражение извне происходит при повреждении эпителия языка, чему часто способствуют кариозные зубы, травмирующие края языка. Вторичное заражение языка наблюдается чаще у лиц, страдающих тбк легких, выделяющих мокроту, богатую туберкулезными бациллами. Возможно попадание туберкулезной инфекции с поверхности кожи, напр., при волчанке. Наконец, не исключается возможность попадания тбк палочек гематогенным и лимфогенным путями.

На первый взгляд кажется удивительным, что у больных легочным туберкулезом так редко происходит заражение языка при таких, казалось бы, благоприятных условиях, как постоянное соприкосновение поверхности языка с туберкулезной мокротой.

Одни авторы объясняют это особенностью мышечного органа, покрытого устойчивым многослойным плоским эпителием. Басс видит причину этого в местном иммунитете языка к бактериальным инфекциям, а также в постоянных движениях этого органа, способствующих самоочищению.

Другие авторы придают большое значение обильной секреции слюны, постоянному наличию в ротовой полости паразитирующих сапрофитов, которые, по мнению некоторых, задерживают развитие тбк бацилл в полости рта.

Видимо, известную роль играет также местная алергизация ткани языка.

Диагноз туберкулеза языка представляется нелегким, в особенности при отсутствии признаков туберкулеза в других органах.

Дифференциальный диагноз тбк языка проводится главным образом с карциноматозными и сифилитическими язвами.

Туберкулезная язва окружена неправильными, почти всегда обрешеченными краями. Дно язвы покрыто беловатосальными налетом. Однако, невозможно с уверенностью говорить о тбк по одному внешнему виду язвы. Большое значение при постановке диагноза играет наличие туберкулеза легких.

Немалое значение имеет также клиническое течение болезни. Боль-

шим подспорьем для диагностики являются биологические и серологические реакции. Решает диагноз биопсия пораженного участка.

Наш материал охватывает 7 случаев тбк языка за период с 1935 г. по 1939 год.

Мужчины заболевают гораздо чаще, чем женщины. По Фельдману на 5 мужчин приходится одна женщина, по Финней на 13 мужчин—2 женщины. На нашем материале на 6 мужчин—одна женщина.

Самому молодому больному было 28 лет, самому старому—66 лет. (По Корффу туберкулезу языка подвержены чаще всего мужчины 30—55 лет). Давность заболевания отмечена от нескольких месяцев до 2 лет.

По мнению многих авторов, кариозные зубы, плохие протезы и курение predisполагают к развитию рака и тбк языка.

Множественные язвы языка, а также „целующиеся“ язвы, очень характерны для туберкулеза.

В двух случаях мы наблюдали множественные язвы, в трех—по одной язве и в двух—так наз. „целующиеся“ язвы—по краю языка и на соответственной стороне щеки.

В анамнезе у двух больных отмечено прикусывание языка во время еды, у 4—кариозные зубы, у одного—острые края зубов. Постоянная микротравма занимает в патогенезе тбк языка не последнее место. Как известно, никотину придается немалое значение в патогенезе рака и тбк языка. Все больные (мужчины)—курильщики.

Реакция Вассермана в 6 случаях была отрицательной, в одном случае кровь на RW не исследовалась.

Во всех случаях клинически, рентгенологически и лабораторно был установлен тбк легких. Следовательно, тбк языка в наших случаях надо рассматривать как вторичный.

Несмотря на значительные изменения в легких, больные не предъявляли жалоб и считали себя в отношении легких здоровыми.

Для подтверждения диагноза в 6 случаях произведена биопсия. Диагноз тбк языка подтвержден гистологически (все микропрепараты любезно просмотрены проф. И. П. Васильевым, которому мы, пользуясь случаем, выражаем благодарность).

Некоторые авторы (Морроу, Говард, Миллер) относятся отрицательно к биопсии при тбк языка, указывая на опасность обострения процесса после биопсии. С нашей точки зрения эти опасения мало обоснованы. Мы не наблюдали ухудшения процесса после биопсии.

По вопросу о терапии тбк языка в литературе нет единого взгляда. Одни авторы применяют консервативное лечение—прижигание язв 10% раствором молочной кислоты (Сороко, Гуревич и др.). Другие авторы предлагают иссечение язвы в пределах здоровых тканей. Третьи, считая тбк языка в большинстве случаев вторичным, не рекомендуют вовсе лечить язву языка местно, а обращать все внимание на лечение основного процесса в легких.

Мы применили в 6 случаях электро-эксцизию и коагуляцию. Операция проста, не травматична. Раны заживают быстро. Наряду с этим необходимо устранить все моменты, способствующие травматизации языка. Ближайшие результаты электро-эксцизии и коагуляции оказались хорошими. Отдаленные результаты, прослеженные нами от 4 мес. до 3 лет 10 мес., также оказались хорошими. Рецидивов мы не могли отметить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гоберман, Врач. газ., № 1, 1913.—2. Гершун, Врач. газ. № 2, 1913.—3. Гуревич, Врач. дело, № 1, 1938.—4. Зебрин, Вестник хирургии и П. О., т. XXXII, кн. 95—96, 1934.—5. Мельников, Врач. газета, № 5, 1925.—6. Нодов, Врач. газ., № 5, 1931.—7. Ольшанецкий, Вестник хирургии, т. 57, кн. 1, 1939.—8. Сороко, Новый хирургический архив, т. XII, кн. 2, 1927.—9. Элькин, Русская стоматология, № 1, 1929.—10. Эпштейн, Рак языка, монограф., 1935.—11. Jürgaj Körbler, Arch. f. Klin. Chir. 188 Band. 4, H. 1937.—12. Scott, Zentrbl. f. Chir. 1917.

Поступила 11.VII, 1939.

С. Е. КОГАН

К вопросу о хорион-эпителиоме матки

Из клиники акушерства и гинекологии Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор кафедры проф. И. Ф. Козлов)

Первое указание на подобного рода опухоль мы встречаем в случае, наблюдавшемся Меккелем и описанном в диссертации Герасимуса Константина де Грегорины в 1795 году под названием гидатид матки. В 1872 году это новообразование описано Нетцелем, как рак матки, своеобразность которого заключалась в сходстве его элементов с клетками отпадающей оболочки.

Ряд исследователей (Шнари 1877 г., Тибальди 1882 г. и др.) описывал подобные опухоли, как раки, другие (Якубиш, 1882 г., Кальтенбах 1890 г., Гуттенплан и Песталоцци 1891 г.), как саркомы. Впервые на связь развившейся после пузырного заноса злокачественной опухоли с оставшимися в матке миксоматозно перерожденными ворсинками указал Мейер в 1888 г., назвавший эту опухоль *epithelioma papillare*. В том же 1888 г. появляется обширный труд Зенгера, в котором он отнес это новообразование к саркомам децидуальной оболочки, назвав их децидуомами. Под этим названием мы встречаем описание первых случаев хорион-эпителиомы в русской литературе у Снегирева, Цветкова, Юрасовского и Улезко-Строгановой. Последняя, описав случай новообразования под названием *deciduoma malignum autorum* (1897 г.), первая высказалась за его эпителиальный генез. Заслуга окончательного выяснения гистогенеза этих опухолей принадлежит Маршанду (1895-98 г.).

На основании подробного исследования этого новообразования автор высказал предположение, что опухоль эта возникает не из децидуальных клеток, а из обоих слоев эпителия ворсинок—синцития и слоя клеток Ланганса. На основании гистологического исследования этих опухолей, напоминающих то саркомы, то раки, Маршанд приходит к заключению, что они являются заболеваниями *sui generis* и называет их *chorion-epithelioma malignum*. Учение Маршанда получило общее признание и не подвергалось опровержению до 1927 г., когда появилась работа известного патолого-анатома Бострэма. Бострэм утверждает, что „мезенхимальная индифферентная ткань под влиянием неизвестных еще условий образует сперва клетки, богатые протоплазмой, с хорошо выраженным ядром, которые, сливаясь друг с другом, дают многоядерный синцитий, а из последнего образуются резко очерченные, богатые гликогеном клетки типа Ланганса. Клетки

Ланганса делятся только раз, после чего быстро гибнут, что вызывает кровоизлияние, столь характерное для хорион-эпителиомы". Метастазы, по Бострэму, так же рассматриваются не как эмболы, а как одновременное или последовательное развитие в различных органах из мезенхимальной ткани первичных хорион-эпителиом.

Теорией Бострэма трудно объяснить наличие при хорион-эпителиоме интенсивнейшей реакции Ашгейма-Цондека, а также колоссального преобладания случаев возникновения хорион-эпителиомы матки у женщин, имевших беременность. Все это дало основание Бурдзинскому, разобравшему в своей диссертации 263 случая хорион-эпителиомы, установить, что предшествующая беременность есть *conditio sine qua* поп для возникновения хорион-эпителиомы.

Основными клиническими симптомами, на которых базируется диагностика хорион-эпителиомы, являются: 1) неправильное кровотечение или кровянистые выделения, продолжающиеся непрерывно или с небольшими светлыми промежутками, 2) в промежутках между кровотечениями — бели или грязные выделения, обычно сопровождающиеся повышением температуры, 3) анемия — непропорциональная величине кровопотери.

Вспомогательными моментами для диагностики хорион-эпителиомы являются: 1) гистологическое исследование пробного соскоба слизистой матки или кусочков, взятых из доступно расположенных узлов хорион-эпителиомы и 2) биологическая реакция мочи (определение гонадотропных веществ).

При эктопической хорион-эпителиоме биологическая реакция часто является единственным методом диагностики. Однако, наряду с тем, что положительная биологическая реакция мочи, особенно в большом разведении, является веским доказательством в пользу хорион-эпителиомы, отрицательная биологическая реакция не исключает, как мы это увидим ниже, диагноза хорион-эпителиомы.

Хорион-эпителиома клинически проявляется, в зависимости от места развития опухоли, различно. Чаше всего поражается матка, причем новообразование может быть расположено то ближе к слизистой, то — к брюшине.

В первом случае хорион-эпителиома протекает как хроническое, тянущееся относительно долго заболевание, симулирующее климактерическое кровотечение, прервавшуюся маточную беременность, рак полости матки; во втором случае, — как заболевание, требующее неотложной помощи, протекающее с явлениями внутреннего кровотечения, часто симулирующее эктопическую беременность, спонтанный разрыв селезенки, разрыв матки и т. п.

Настоящая работа основана на разборе 7 случаев хорион-эпителиомы матки, прошедших через к-ку за период с 1928 г. по 1938 г.

Привожу наиболее характерные истории болезни:

1. Ист. болезни № 1040. Больная Д-ая А., 27 лет, домохозяйка, поступила в клинику 26/IX 37 г. *Menses* без отклонений от нормы. Замужем 7 лет. Беременностей было 5. Три беременности окончились срочными родами, 3-я беременность — естественным выкидышем, 5-я беременность — удалением пузырного заноса путем лапаротомии за 2 м-ца до поступления в клинику.

Послеоперационный период протекал гладко. 7/VIII больная выписана в хорошем самочувствии.

Через 3 дня после выписки у больной появилось кровомазание, которое продолжалось до 11/IX.

11/IX 37 г. у больной появилось сильное кровотечение. 20/IX 37 г. по поводу продолжающегося сильного кровотечения, больная поступила в род. дом, где было проведено выскабливание полости матки.

Гистологическим исследованием соскоба установлена хорион-эпителиома, и с этим диагнозом больная поступила в клинику.

Состояние при поступлении в клинику: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Вес 49 кг. Кожа и слизистые оболочки бледны. Отмечены — явления комбинированного порока сердца в стадии декомпенсации. Наружные половые органы развиты нормально.

Рукав, как у рожавшей, влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы. Uterus в anteversio-flexio, увеличен соответственно 6 неделям беременности. Своды свободны. Незначительные сукровичные выделения. Исследование крови от 29/IX: лейкоцит. 10.000, эритро. 5.590.000, Hb — 60⁰/₀, миэл. — 0,5⁰/₀, юных — 1,5⁰/₀, палочкояд. — 10⁰/₀, сегмент. — 46,5⁰/₀, эозин. — 1⁰/₀, мон. — 1,5⁰/₀, лимф. — 39⁰/₀.

2/X. Реакция Ашгейм-Цондека дала выраженную гиперемию и отсутствие Blutripst'ов.

7/X. Состояние без перемен. Количество Hb — 46⁰/₀. Начато лечение лучистой энергией. За период с 9/X по 25/X больная получила 2168 mgh Ra внутриматочно и 11 сеансов рентгенооблучения. Самоочувствие больной прогрессивно улучшалось. Увеличивалось и количество Hb (9/X — 56⁰/₀, 14/X — 60⁰/₀, 16/X — 65⁰/₀). Больная прибыла в весе на 4 кг. Выписалась для амбулаторного лечения рентгенолучами. 13/XII 38 г. больная вновь поступила в клинику для обследования. Рассказывает, что в 1937 году приняла еще 10 сеансов рентгенотерапии. В течение всего этого года чувствует себя хорошо. Вполне трудоспособна.

Исследование крови от 14/XII: лейкоцит. 8100, эритро. 4.570.000, юных 0,5⁰/₀, палочкояд. — 4⁰/₀, сегмент. — 49,5⁰/₀, эозин. — 2⁰/₀, базоф. — 0,5⁰/₀, моноц. — 3,5⁰/₀, лимф. — 40⁰/₀.

Реакция Ашгейма-Цондека дала слабо выраженную гиперемию и отсутствие Blutripst'ов. При исследовании через влагалище: матка маленькая, подвижная, в нормальном положении. Зев закрыт. В сводах свободно. Выделений нет.

2. Больная А., 45 лет, чувашка, колхозница. Доставлена в клинику санитарным самолетом из районной больницы 4/VI 38 г. с диагнозом „септический аборт, анемия“.

Menses без отклонений от нормы. За 14 лет половой жизни — 11 беременностей. Все окончились срочными родами. Первые роды на 24-м, последние на 34-м году жизни, т. е. 11 лет тому назад. Роды и послеродовый период протекали нормально. Последними 3 года страдает периодическими кровотечениями. В промежутках между кровотечениями из влагалища шли серозно-гнойные выделения, отходили „кусочки“.

Больная все больше и больше слабела. Последние 4 месяца кровотечение продолжалось без перерыва и сопровождалось ежедневными знобами. Все это время лечилась консервативно в районной больнице, где, несмотря на уверения больной в отсутствии за последние 8 лет coitus'a, был поставлен диагноз „неполный выкидыш септического характера“; с этим диагнозом больная была нап.авлена в септическое отделение клиники ГИДУВ.

Состояние при поступлении: больная правильного телосложения, пониженного питания. Резкая бледность видимых слизистых и кожных покровов. Восковидный оттенок последних. Асцит. Отек подкожной клетчатки всего тела. Т° 36,5. Пульс — 100 в 1', слабого наполнения.

При исследовании слизистая входа во влагалище резко бледна. Влагалище, как у рожавшей.

Влагалищная часть шейки — цилиндрической формы, несколько размягчена. Матка в anteversio-flexio несколько увеличена, мягковата. Контурировать придатки вследствие асцита и отека клетчатки передней брюшной стенки не удается. Обильные выделения из влагалища цвета мясных помоев. Исследование крови: лейкоцит. — 39.000, эритро. 1.650.000, Hb — 10⁰/₀. Формула крови: сегм. — 60⁰/₀, пал. — 19⁰/₀, юных — 11,5⁰/₀, миэл. — 6,5⁰/₀, базоф. — 0,5⁰/₀, моноц. — 1,5⁰/₀, лимф. — 2⁰/₀.

В соответствии с общим видом больной и анамнестическими данными профессором Козловым высказан предположительный диагноз хорион-эпителиомы.

Взята моча на реакцию Ашгейм-Цондека и произведено пробное выскабливание полости матки. Соскоб состоит из значительного количества кусочков крошковатой массы с гнилостным запахом. С 7/XII по 12/XII несмотря на трехкратное переливание крови состояние больной прогрессивно ухудшалось, и 12/XII больная скончалась при явлениях нарастающей слабости сердечной деятельности.

Реакция Ашгейм-Цондека оказалась резко положительной.

Гистологическое исследование соскоба установило диагноз хорион-эпителиомы.

Данные секции: злокачественное новообразование матки (микроскопически — хорион-эпителиома). Резко выраженная анемия. Гидро-перикардит. Двусторонний гидроторакс. Асцит. Анасарка. Мутное набухание паренхиматозных органов. Множественные тромбы в клетчатке малого таза.

3. Больная С-ва, 29 лет, татарка, колхозница. Доставлена в клинику 12/IX из Казанской железнодорожной б-цы с диагнозом „прервавшаяся внематочная беременность“.

Menses без отклонений от нормы. В последний раз были 2 месяца тому назад. С конца августа появились мажущие выделения. Вышла замуж на 20-м году.

Беременностей было 5. Из них срочных нормальных родов 4 и 1 искусственный выкидыш. Первые роды на 21-м году, последние 4 года тому назад. Роды, послеродовый и послео abortный периоды протекали, по словам больной, нормально. 5/IX по поводу резкой общей слабости, одышки при ходьбе, болей в правом подреберье и в нижней части живота, а также небольших кровянистых выделений поступила в Казанскую железнодорожную б-цу.

7/IX больная была осмотрена гинекологом, который констатировал: матка увеличена до размеров 2 1/2-месяцев беременности, шеечный канал раскрыт.

Диагноз гинеколога: угрожающий выкидыш. С 7/IX по 12/IX состояние больной без перемен. 12/IX — после акта дефекации появилось головокружение, потемнение в глазах, резкие боли в низу живота. Больная потеряла сознание. В 11 час. 15 мин. транспортирована в клинику с диагнозом „прервавшаяся внематочная беременность“.

Анализ крови от 7/IX: лейкоцит: — 10.800, эритро. 1.560.000. Формула крови: юных — 3%, пал. — 26%, сегм. — 46%, эозин. — 1,5%, моноц. — 3,5%, лимф. — 19%, РОЭ по Панченкову — 80 мм. Рентгеноскопия легких от 9/IX. Специфическая тбк инфильтрации во всех полях обоих легких, больше справа.

Граница сердца расширена влево. Анализ мокроты от 9/IX: ВК в мокроте нет. Состояние больной при поступлении: t^0 36,5, пульс 122 в 1', слабого наполнения, легко сжимаемый, резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых. При пальпации передней брюшной стенки, резкая болезненность и defense musculaire в нижней части живота. При перкуссии ясное притупление внизу живота. При осмотре наружных половых органов в области бартолиниевых желез замечены 2 узелка синевато-багрового цвета, величиной с лесной орех, по консистенции напоминавшие варикозные узлы, за которые они и были приняты. При осмотре внутренних половых органов: слизистая входа во влагалище резко бледна, при пальпации без изменений. Матка в нормальном положении, увеличена соответственно 3 мес. беременности, мягковата. Своды не выпячены. Придатки не определяются.

Ввиду ясно выраженного наличия в брюшной полости свободной крови и резкой анемии приступлено в срочной лапаротомии. Под общим эфирным наркозом продольным разрезом от пупка до лобка вскрыта брюшная полость.

По вскрытии обнаружено: в брюшной полости большое количество алой свежей крови. Матка увеличена соответственно 2 1/2 — 3 мес. беременности. В правом углу матки сквозь неповрежденную серозу просвечивают островки синевато-багрового цвета, напоминающие подсерозные гематомы.

Обе трубы целы, не увеличены. Из ампулярных концов труб кровь не вытекает. Ввиду отсутствия видимого источника кровотечения в гениталиях осмотрены печень и селезенка, которые оказались целыми. При дальнейшем осмотре брюшной полости обнаружена на сальнике опухоль величиной с яблоко, состоящая как бы из кавернозной ткани, сильно кровоточащая (и точник кровотечения).

Кроме того на сальнике обнаружены два небольших разрастания такого же характера. Обнаружен узелок такого же характера в лево-нижнем углу заднего Дугласа. Опухоли сальника и вышеуказанный узелок удалены. Типично произведена надвлагалищная ампутация матки, и брюшная полость закрыта послойно наглухо обычным способом.

Несмотря на предпринятые меры к поднятию кровяного давления и сердечной деятельности, больная 13/IX умерла. Реакция Ашгейм-Цондека оказалась резко положительной с неразведенной мочей и положительной с мочей в разведении 1:200.

Секционный диагноз: злокачественное новообразование (хорион-эпителиома матки с множественными метастазами в легких, печени и селезенке). Резкая анемия.

Подвергая анализу наши случаи, мы приходим к следующим выводам:

1. Из 7 случаев хорион-эпителиомы — 4 случая падает на возраст от 20 до 30 лет, 1 на возраст 30 — 40 лет и 2 от 40 до 50 лет. Таким образом, распределение по возрастам и на нашем материале совпадает в основном со статистикой Бурдзинского, в которой указывается на преимущественное заболевание хорион-эпителиомой в молодом возрасте.

2. Все наши случаи хорион-эпителиомы падают на повторно-беременных. Резкое преобладание хорион-эпителиомы у повторноремеменных вполне соответствует цифрам Бурдзинского, на материале которого из 263 случаев хорион-эпителиомы у первобеременных встретились только в 25 случаях.

3. Хорион-эпителиома в 5 из наших случаев проявилась в промежутке от 1 года до 5 лет после последней беременности. В одном случае на 2-м месяце, и в одном случае (2) этот интервал продолжался 11 лет.

Случаи столь позднего возникновения хорион-эпителиомы очень редки.

4. Отсутствие метастазов в нашем 2-м случае, несмотря на длительность течения, может быть объяснено данными секции (множественные тромбы в клетчатке малого таза). Эти тромбы, повидимому, образовали настоящий барьер, затруднивший развитие эмболии (метастазирование).

5. Последний из описанных случаев относится к немногочисленным случаям хорион-эпителиомы матки, сопровождавшимся внутренним кровоизлиянием. Аналогичных случаев собрано в мировой литературе в 1931 г. — 18.

6. При анализе картины крови, наряду с данными, характерными вообще для анемии, обращает на себя внимание повышенное содержание лимфоцитов в начале и во все время заболевания, оканчивающегося выздоровлением.

Общее понижение количества лейкоцитов наряду с понижением до нормы и ниже количества лимфоцитов указывают на плохой прогноз заболевания.

7. Реакция Ашгейм-Цондека (там, где она была произведена) во всех случаях, окончившихся смертью, была положительной, в 2 случаях, окончившихся выздоровлением, эта реакция была отрицательной. Следует отметить, что улучшение общего состояния, повышение процента Нб появились в 1-ом случае еще до лечения лучистой энергией.

Таким образом наш 1-й случай подтверждает предположение, высказанное Дыхно и Тарло о прогностическом значении реакции Ашгейм-Цондека.

Поступила 13. IV. 1939.

А. С. БУРУНСКИЙ

Терапия неполного и лихорадочного выкидыша

Из акушерско-гинекологической клиники (дир. проф. Г. К. Черепяхин)
Горьковского мединститута

Вопрос о терапии неполного выкидыша, в частности лихорадочного, имеет большую давность, тем не менее споры о лучшем способе ведения этого выкидыша продолжают до сих пор.

В основном терапия неполного выкидыша, когда нет соответствующих противопоказаний, должна сводиться 1) к удалению остатков плодного яйца тем или иным способом; 2) к уменьшению до минимума кровопотери и 3) к созданию условий, которые предупреждали бы инфицирование матки и близлежащих органов.

Случаи неполного выкидыша, при отсутствии противопоказаний, ведутся чаще всего инструментально, путем удаления остатков плодного яйца, потому что лишь опорожнение матки избавляет больную от двух угрожающих ей опасностей — обескровливания и инфекции. Этот способ мы применяем в первые три месяца беременности, так как в эти периоды операция выскабливания не представляет еще большой опасности для больной. После третьего месяца применяется пальцевое и инструментальное удаление остатков плодного яйца. При чистых случаях, после пальцевого или инструментального удаления яйца полость матки смазывается настойкой йода.

При продолжающемся кровотечении после выскабливания и при подозрении на инфицирование, мы делаем промывание матки Фрич-Боземановским катетером (физиологический раствор со спиртом). Благодаря промыванию горячей жидкостью мускулатура матки энергично сокращается, кровотечение приостанавливается, причем невыделившиеся свободнолежащие куски децидуальной ткани жидкостью вымываются.

Вопрос о том, как вести неполный выкидыш при задержке одной только децидуальной оболочки — радикально или выжидательно — не может считаться решенным. Как известно, эта оболочка на третьем и четвертом месяце беременности представляет собой солидное и сочное образование. С ростом плодного яйца и с образованием плаценты эта оболочка становится все тоньше.

Если децидуальная оболочка задерживается дольше обыкновенного, она неминуемо подвергается инфицированию, что часто ведет к воспалительному реактивному процессу в базальном слое матки. В легких случаях дело ограничивается одним децидуальным эндометритом, а в более тяжелых процесс может перейти на придатки и клетчатку.

В первые три месяца беременности мы считаем необходимым удалить задержавшуюся децидуальную оболочку путем обычного выскабливания.

Много споров и толкований мы встречаем по вопросу о лечении аборта, сопровождающегося повышением температуры. Разнообразные способы терапии лихорадочного выкидыша можно разделить на следующие три категории, а именно:

1. Активный метод, при котором содержимое матки удаляется немедленно.

2. Выжидательный (экспектативный), при котором опорожнение матки производится через определенное время после падения температуры и улучшения общего состояния.

3. Консервативный метод, при котором из полости матки ничего искусственно не удаляется, а изгнание ее содержимого представляется силам природы, причем сократительная способность матки возбуждается различными лекарственными веществами.

Здесь необходимо, однако, оговориться. Не всегда удается провести полностью выжидательный или консервативный методы, так как наступающее подчас кровотечение заставляет вмешиваться активно.

Сторонники активного метода указывают, что он дает меньший процент смертности и осложнений, а также ведет к сокращению количества дней пребывания больной в лечебном заведении, так как с удалением очага инфекции вскоре наступает выздоровление. При активном методе на одну больную приходится по Котларду 9,6 кой-

ко-дня, по Чинному — 5,5 суток, по Грюнштейну — 12 суток, по Гарфункелю — в среднем 6,8 койко-дня. На нашем материале получилось 5,7 койко-дня.

В нашей клинике активному методу терапии подвергались 35% больных с неполными выкидышами. Активную терапию мы проводим в случаях угрожающих жизни кровотечений, при отсутствии болезненности матки и ее придатков, а также, если со времени начала выкидыша прошло не более трех дней.

Наш материал обнимает 344 случая неполного выкидыша. Распределение больных по возрасту: от 20 до 25 лет — 117 чел. (34%), от 25 до 30 лет — 89 (26%), от 30 до 35 лет — 74 (22%), от 35 до 40 лет — 50 (15%), от 40 и выше — 14 (3%).

По срокам беременности: 5 недель — 35 чел. (11,1%), 6 недель — 54 (15,2%), 7 недель — 38 (11,3%), 8 недель — 78 (22%), 9 недель — 29 (8,5%), 10 недель — 40 (11,6%), 11 недель — 15 (4,2%), 12 недель — 29 (8,5%), 13 недель — 3 (0,9%), 14 недель — 1 (0,3), 16 недель — 14 (4%), 20 недель — 8 (2,3%).

При активном методе ведения лихорадочных абортос мы имели два случая смерти (1,3%), явившейся результатом выскабливания при угрожающем жизни кровотечении, несмотря на наличие противопоказаний (высокая температура, подозрение на криминальность случаев). На нашем материале заболеваемость при активном методе отмечена была в 12% случаев.

Процент смертности при активной терапии по данным авторов различный. По сборной статистике, обнимающей 10 тысяч абортос из 20 клиник Германии, активная терапия дала 4,5% смертности, а выжидательная, допускающая опорожнение матки спустя несколько дней по падении температуры, дала 1,4% смертности. Приверженцы expectativного метода, т. е. опорожнения матки лишь через несколько дней после падения температуры, считают, что при новом ранении стенок матки, наносимом выскабливанием или пальцевым удалением, разрушается защитительный грануляционный вал, тем самым дается возможность внедрения бактерий за пределы матки, вскрываются кровеносные сосуды и лимфатические щели и облегчается прививка инфекционного начала, содержащегося в полости матки. Они советуют опорожнение матки производить в безлихорадочном периоде, который обычно наступает через несколько дней.

Дубрович указывает, что чем больший промежуток времени проходит между падением температуры и выскабливанием, тем лучше. Его статистика показывает, что если опорожнение матки производилось в первые три дня после падения температуры, смертность была 1,5%, если же оно производилось позже, то все случаи заканчивались благополучно.

Винтер считает, что больше пяти дней выжидать не следует. Смертность при этом методе немного больше 1%. Гаммершляг получил при этом методе в 4 раза меньший процент смертности, чем при активном методе.

По материалам Бубличенко, основанным на 1822 случаях лихорадочного выкидыша, наилучшие результаты дало инструментально-выжидательное опорожнение матки — 2,3% смертности, наименьшую тяжелую заболеваемость (6,8%), наименьший процент многодневных лихорадок (15,2%), и наибольшее число немедленного понижения температуры после выскабливания (48,2%).

При выжидательном методе пребывание больной на койке несомненно более длительное, чем при активном: по Газельхорсту 9,8 койко-дня, по Грюнштейну — 17 дней, по Тиле — 10 дней. Здесь необходимо учесть то обстоятельство, что при этом методе постоянные кровопотери ослабляют организм и приводят к понижению его сопротивляемости.

На материале нашей клиники по выжидательному методу было проведено 114 человек или 33%, причем среднее пребывание на койке равно было 8,4 койко-дня, заболеваемость 5,6%.

Больных с лихорадочным выкидышем прошло у нас за 7 месяцев 135.

По выжидательному методу больные оперировались: на 3-й день — 36 чел.; на 4-й день — 26, на 5-й день — 12, на 6-й день — 9, на 7-й день — 4, на 8-й день — 3 чел. Остальные случаи лихорадочного выкидыша были проведены частью активно, частью консервативно.

Из 344 больных с неполным выкидышем, прошедших через нашу клинику, подвергнуто было всего оперативному пособию: в 1-й день — 98, на 2-й — 37, на 3-й — 42, на 4-й — 28, на 5-й день — 13, на 6-й — 12, на 7-й день 5 чел., а всего 235 чел. или 68% (активный и выжидательный методы).

Какова была температурная реакция после оперативного вмешательства? На нашем материале повышение температуры после операции наблюдалось однократно у 22 чел., многократно — у 14 человек, у остальных не было температурной реакции.

Сторонники экспектативного метода также получают удовлетворительные результаты при его проведении; при проведении его мы исходили из того, что вопрос о выскабливании решается не количеством дней, прошедших со дня падения температуры до нормы, а общим состоянием больной, состоянием ее половой сферы, с учетом соответствующей общей картины крови.

Консервативный метод также является небезуспешным в соответствующих случаях. Но строго консервативный метод не всегда может быть полностью проведен, так как кровотечение и другие жизненные показания вынуждают врача вмешиваться активно. Несомненно, что пальцевое и инструментальное вмешательство связано с опасностью занесения в полость матки инфекции из влагалища или с поверхности наружных половых органов. Эти соображения заставляют некоторых авторов стремиться опорожнить матку путем применения лекарственных веществ для усиления ее сократительной способности. С этой целью ряд авторов применяет систематически небольшие дозы хинина. Венская университетская клиника предлагает 0,25 хинина на каждые $\frac{1}{4}$ часа. Можно давать каждый час 0,2 хинина до 1,5. Как только наступают схватки, вводится межмышечно 2 куб. см питуикрина. Ряд германских клиницистов рекомендует, взамен питуикрина, как более активно действующее вещество, гинерген.

В чем у всех авторов не встречается особых разногласий, это в применении строго консервативной терапии при инфекции, перешедшей границы матки, где лечению подлежит не сама матка с ее содержимым, а новый вне ее лежащий, инфицированный очаг. То обстоятельство, что при строго консервативном методе длительность пребывания на койке больной значительно больше, чем при активном и выжидательном, является также причиной того, что этот метод многими не проводится.

Длительность пребывания на койке при консервативном методе по данным Мгалобели—15 дней, Грюнштейна—14, Нейзера—16, Гарфункеля—8 дней. По нашему материалу — 12,2 койко-дня. Что касается смертности при этом методе, то тут цифры у разных авторов значительно расходятся в зависимости от того, причисляет ли автор случаи осложненные, т. е. с локализацией инфекции вне матки, или он их не причисляет. Необходимо учесть, что этот метод может и должен быть применен в случаях, осложненных воспалительными процессами (высокая температура, явления со стороны придатков, клетчатки). По этому методу нами проведено 94 больных, все с исходом в выздоровление. Осложнения отмечены в 12% случаев.

Трудности выбора того или иного метода лечения лихорадочного аборта заставили многих искать решения вопроса в определении бактериального содержимого полового тракта.

Многие авторы указывают на то, что в характере бактериальной флоры следует искать решения вопроса: применять консервативную терапию при наличии стрептококковой инфекции и проводить лечение активно при нестрептококковых формах. Скробанский указывает, что даже тогда, когда мы в состоянии точно определить бактериальный характер инфекции яйца (для чего требуется определенный срок), это определение не может служить правильным показателем. Отмечено, что выскабливание, сделанное при гемолитическом, быстро выросшем стрептококке, может оканчиваться вполне удовлетворительно, а некоторые тяжелые формы инфекции получаются в тех случаях, когда при бактериологическом исследовании не находят совсем стрептококка или какого-нибудь другого вида патогенных бактерий.

Наши выводы в отношении терапии неполного и лихорадочного выкидыша таковы:

1. Не являясь сторонниками преимущественного применения того или иного метода лечения, мы каждый случай индивидуализируем, строго придерживаясь показаний.

2. Консервативную терапию мы считаем возможным применять в тех случаях, когда инфекция уже перешла за пределы матки.

3. Активный метод мы считаем показанным в тех случаях, где нет соответствующих противопоказаний (болезненность матки и близлежащих ее отделов) и где процесс начался недавно.

4. Случаи лихорадящего аборта, подозрительные по своему происхождению, следует по нашему мнению проводить выжидательно, переход к активному вмешательству возможен только при улучшении общих симптомов.

Поступила 28. III. 1939.

Доц. Ю. И. СТАЛЬСКИЙ

Лечение неполных выкидышей

Из гинекологического отд (зав. доц. Ю. И. Стальский) 1 клинической больницы (главврач Н. Д. Бацман) Ижевского медицинского института

Лечение неполных выкидышей представляется одним из наиболее актуальных вопросов современного акушерства. Между тем, до сих пор нет единой точки зрения по вопросу о рекомендуемых в том или ином случае методах лечения неполных выкидышей. преимуще-

ства и недостатки оперативного и консервативного метода вряд ли можно считать достаточно выясненными для того, чтобы тот или иной метод мог быть рекомендованным в том или ином случае с достаточной категоричностью.

Представляемый мною материал гинекологического отделения 1 клинической больницы — данные о лечении неполного выкидыша за 1937 г. За этот год через отделение прошло 1866 больных с неполным выкидышем. Сюда не входят выписавшиеся с сохранившейся беременностью. В число 1866 входят лишь выкидыши с кровотечением, начавшиеся вне отделения. Большинство больных, прошедших через отделение, относится к городскому населению гор. Ижевска, и лишь 6,11% (114) составляют больные, поступившие из сельских районов республики.

Попытка выяснить причину аборта приводит к однообразным ответам: „подняла тяжелое“, „упала“, хотя в некоторых случаях женщины поступали с тяжелыми повреждениями как шейки матки, сводов, так и самого плода: повреждениями черепа, отсутствием конечностей и т. д.

По возрасту: 66 чел. (3,54%) — до 19 лет, 1075 чел. (57,61%) — от 20 до 29 лет, 626 чел. (33,55%) — 30—39 лет, 99 чел. (5,30%) — 40 лет и выше.

Среди наших больных было 735 бездетных женщин (39,39%), из них 276 чел. поступило с начавшимся абортom при первой беременности. По одному живому ребенку имели 492 женщины (26,37%), 2 детей — 336 (18,01%), 3 детей — 182 (9,75%), 4-х — 121 женщ. (6,48%).

Большинство поступивших больных были подозрительны в смысле инфекции (правда, не распространяющейся за пределы матки), и кроме того, многие поступали с угрожающим жизни кровотечением. Поэтому, в зависимости от состояния, 1776 больных (95,18%) подверглись выскабливанию полости матки в разные сроки после поступления в отделение. У остальных 90 больных (4,82%) было проведено консервативное лечение в виду того, что у них были уже клинические признаки перехода инфекции за пределы матки. Из 1776 больных, подвергшихся выскабливанию (см. табл. 1), 349 чел. (19,65%) имели при поступлении нормальную температуру, 1133 (63,80%) — температуру от 37 до 37,9° и 294 (16,55%) — 38° и выше.

Из 349 женщин, поступивших с нормальной температурой, у 26 чел. (7,45%) после выскабливания температура поднялась выше 38°. Из 1133 женщин, поступивших с температурой 37—37,9°, после выскабливания отмечено повышение температуры свыше 38° С у 113 чел. (10%). Таким образом, с температурой 38° и выше были всего 433 абортировавшие женщины, что составляет 24,39% к общему числу этих больных. По сборной статистике Бубличенко процент инфицированных выкидышей на 9159 женщин, поступивших с неполным выкидышем, составляет 25,3. Почти такой же процент получен Генгардом (Hengard) по сборной статистике.

Повышение температуры после выскабливания, наблюдавшееся у больных, оперированных при невысокой или даже нормальной температуре, можно трактовать как доказательство того, что эти женщины были инфицированы до выскабливания. На этом основании всякий неполный выкидыш следует рассматривать, как подозрительный в смысле инфекции, и таких больных необходимо изолировать из нормального акушерского отделения.

Выскабливание производилось при самой разнообразной температуре. Приводимая ниже таблица характеризует последующее течение заболевания после выскабливания у 1776 женщин, поступивших с неполным выкидышем, в зависимости от температуры при поступлении.

Табл. 1.

Число б-ных	Имели т-ру при поступ- лении	После выскабливания:			Умерли
		Температура выше 36,9 не повышалась	Т-ра повышалась в пределах:		
			37—37,9°	38° и выше	
349	до 36,9°	109 (31,23%)	214 (61,32%)	26 (7,45%)	
1133	37,0—37,9°	264 (23,31%)	756 (66,68%)	113 (10,01)	1
294	38 и выше	67 (22,76%)	149 (50,70%)	78 (26,54)	4
1776		440	1119	217	5

Как и следовало ожидать, повышение температуры до 38° и выше тем чаще наблюдалось, чем выше была температура при выскабливании.

У подвергавшихся выскабливанию при температуре 37—37,9° в течение первых трех дней не отмечено снижений температуры в 66,68% (756) случаев, а в 10,01% (113) случаев имелось даже повышение выше 38°. Одна больная умерла от сепсиса. Остальные 4 умерших были из группы больных, у которых температура до выскабливания была выше 38°.

В зависимости от температуры до выскабливания находится и длительность пребывания больных в отделении. Так, среднее количество койко-дней после выскабливания у больных с субфебрильной температурой до выскабливания почти одинакова с теми, которые имели нормальную температуру: 3,61 дня у первой группы (1133 больных) и 3,58 дня у второй группы (349 больных). У лихорадивших с температурой 38° и выше до выскабливания (294 больных) в среднем длительность пребывания в отделении была больше—4,86 дня. Таким образом, лихорадившие с температурой 38° и выше до выскабливания преимущественно дают осложнения в послеоперационном периоде.

Среднее число койко-дней, проведенных в отделении после операции, для всей группы абортных больных составляет 3,81; с момента поступления—3,63 койко-дня, т. к. в среднем каждая больная оперативной группы проводила в клинике до выскабливания в среднем 0,84 дня. Среднее количество всех койко-дней, проведенных в отделении при консервативном методе, определяется цифрой 8,41, т. е. эти больные находились в отделении в 2 раза дольше, чем больные оперированной группы.

При активном ведении неполных выкидышей мы индивидуализировали лечение и в зависимости от течения выкидыша выскабливали в разные сроки после поступления больных в отделение.

При угрожающих жизни симптомах—продолжительных и обильных кровотечениях—выскабливание производилось в течение первых суток. Таких больных было 1437 (80,92%). В случаях, где не требовалось немедленного удаления задержавшихся частей плодного яйца,

мы применяли выжидательно-активную терапию, а именно; ожидали 2—3-е суток до уменьшения признаков воспалительного процесса, выдерживая больных в покое и под льдом и давая сокращающие матку препараты спорыньи. Такого рода больных было 247 (13,90%). В иных случаях, при наличии воспалительных процессов за пределами матки, но локализованных в малом тазу, мы применяли более длительное выжидание в 88 случаях (4,96%) и в 4 случаях (0,22%) выскабливание применяли с 11-го дня и позже этого срока, после поступления больной в отделение.

Температурные колебания (высшая температура) в послеоперационном периоде, в зависимости от длительности выжидания, представлены на следующей таблице.

Табл. 2.

Выскабливание произведено	Всего случа- ев	После выскабливания повышение темпе- ратуры			Умерли
		не было.	37—37,9°	38° и выше.	
В 1-е сутки.	1437	343 (23,87%)	923 (64,30%)	170 (11,83%)	2
„ 2—3-и —	247	78 (31,58%)	141 (57,08%)	28 (11,34%)	—
„ 4—10-е —	88	16 (18,20%)	53 (60,22%)	19 (21,58%)	3
„ 11-е и позднее	4	3	1	—	—
	1776	440	1119	217	5

Как видно из таблицы, наилучшие результаты мы получили при выскабливании на 2-3-й день после поступления в отделение—31,58% (78).

В этой группе отмечен также несколько меньший процент субфебрильного повышения температуры—57,08% (141) и, пожалуй, меньший процент повышений температуры выше 38°C, а именно 11,34% (28) случаев. Худшие результаты мы получили после выскабливания в первые сутки поступления в отделение и еще худшие при выжидании от 4 до 10 суток. Таким образом, выскабливание на 2—3-и сутки—после некоторого выжидания—оказалось выгодным для больных с неполными выкидышами.

К тем же выводам приводит нас и анализ сроков пребывания оперируемых в отделении после выскабливания.

Так, 247 больных, подвергшиеся выскабливанию на 2—3-и сутки, находились в отделении после выскабливания в среднем 3,59 койко-дня, в то время, как 1437 больных, подвергавшиеся выскабливанию в 1-е сутки—3,76 койко-дня, а 88 больных, подвергшихся выскабливанию позже 4—10-го дня—5,34 койко-дня.

Осложнения у женщин, леченных консервативно, наблюдались больше чем в половине всех случаев (49 из 90 больных).

При оперативном лечении количество осложнений составляло 6,08% (108 случаев на 1776 больных).

У леченных консервативно были следующие осложнения: эндометрит—4 сл., аднексит—20, параметрит—13 и пельвеоперитонит—5 сл. Умерло 7. больных от сепсиса.

После оперативного лечения были следующие осложнения: эндометрит—51 сл., аднексит—28, параметрит—17, пельвеоперитонит—7, всего 103 случая осложнений воспалительного характера и 5 смертных случаев от сепсиса.

У всех умерших больных с неполными выкидышами удалось установить преступное вмешательство. Можно думать, что больные с самопроизвольными выкидышами, которые были среди нашего материала в известном количестве, все выздоровели.

В течение 1937 г. не было ни одного случая перфорации матки, случаев реабразии было 69, и они включены в 108 случаев осложнений.

Отметим осложнения экстрагенитального характера, которые потребовали дополнительного пребывания на койке дольше 6 дней: ревматизм—4, большая потеря крови и сильное малокровие—23; ангина—8, пиелостит—6, желудочно-кишечные заболевания—5. Всего 46 случаев.

На 1866 больных, прошедших через отделение в 1937 г., смертных случаев было 12 (0,64%), из них 5 больных умерли при активном лечении (5 больных на 1771—0,48%) и 7 больных умерло при консервативном лечении (7 случаев на 83 больных—8,43%).

Общую смертность от неполных выкидышей по Москве с 1928 по 1930 г. Илькевич определял: 0,63—0,8%; по Москве за 1931—32 гг. Киселев и Лебер—0,55%; по Ленинграду за 1907—1926 гг. проф. Бубличенко—0,8%; по Красноярску—Благодаров—0,98%.

Таким образом, смертность у леченных активно по нашему материалу меньше, чем у приведенных авторов; общая смертность также меньше, несмотря на то, что наш материал, как видно из анамнезов, состоял из большего количества подпольных и преступных выкидышей, чем у вышеупомянутых авторов.

Выводы

1. Активная терапия с непродолжительным выжиданием (выскабливание на 2—3-и сутки) дает наилучшие результаты и ведет к более быстрому излечению, чем строго выжидательная или немедленная активная терапия.

2. При подозрении на задержку частей плодного яйца в безлихорадочном периоде следует удалять их из матки выскабливанием.

3. При длительно-выжидательном консервативном методе наблюдается переход инфекции за пределы матки, и это является противопоказанием для выскабливания.

4. Не всегда представляется возможным выждать произвольного выхода остатков плодного яйца. Из-за угрожающего жизни кровотечения нередко не может быть проведена консервативная терапия.

5. Смерть от сепсиса после неполного выкидыша является почти бесспорным доказательством преступного вмешательства.

Поступила 13. II. 1939.

Е. Ф. НОВИКОВА

К вопросу о наружной дакриоцисториностомии

Из клиники глазных болезней (директор проф. В. Е. Адамюк) Казанского государственного медицинского института.

Операция удаления слезного мешка, получившая все права гражданства во второй половине XIX века, зарекомендовала себя с самой лучшей стороны в смысле ликвидации явлений дакриоцистита. Однако против этой операции горячо возражали еще Скарпа и Арльт, как против операции, калечащей и не устраняющей слезотечения, этого чрезвычайно тяжелого симптома, который отравляет существование больного в послеоперационном периоде. Офтальмологическая мысль давно занята разрешением проблемы восстановления функции слезоттока в нос при воспалении слезных путей и, в частности, при дакриоциститах. Вопрос этот разрешен был лишь в начале XX века итальянским ринологом Тоти, предложившим в 1904 году свой метод дакриоцисториностомии.

Сущность операции Тоти заключается в образовании двух отверстий: в медиальной стенке слезного мешка и в слизистой оболочке носа, причем разделяющая их костная стенка предварительно удаляется. Никаких швов при этом не накладывается. В руках самого автора операция давала хорошие результаты больше, чем в половине случаев. Однако дальнейшие наблюдения других авторов выявили очень большой процент неудачных исходов. Костное отверстие, вследствие ли своего малого размера, или же из-за того, что костные края неприкрыты, через некоторый промежуток времени после операции закрывалось грануляционной тканью.

Операция Тоти среди русских офтальмологов получила весьма слабое распространение. В русской офтальмологической литературе первые итоговые сообщения о ней были сделаны в 1912 году Бого-радом. Неудачные исходы, по данным этого автора, составляли 42% при наблюдении больных в течение 1—2 лет. У Поляка процент неудачных исходов при такой же продолжительности наблюдения составляет 33,4. Такой сравнительно высокий процент неудачных исходов побудил подвергнуть операции Тоти различным модификациям.

В настоящее время большинство окулистов пользуется модификацией, предложенной Дююи, Дютаном и Бурже. В целях более легкого образования костного отверстия Дююи, Дютан и Бурже просверливают кость в нескольких местах электрическим бором. После образования костного отверстия слизистые носа и слезного мешка разрезаются в вертикальном направлении и соединяются друг с другом швами. Благодаря этому, костные края прикрываются слизистой оболочкой, а их интимное прилегание способствует быстрому заживлению и не дает возможности развиться грануляционной ткани в размерах, могущих повести к закрытию костного отверстия.

Дакриоцисториностомию по способу Тоти—Дююи—Дютана мы начали производить в 1939 г. Наши выводы основываются на 63

операциях, произведенных у 62 больных. Из 62 оперированных — 48 женщин и 14 мужчин. Эти цифры еще лишний раз подтверждают, что женщины страдают дакриоциститами чаще мужчин. Возраст наших больных колебался в пределах от 7 до 75 лет, но преобладающим является цветущий возраст от 16 до 40 лет. Давность заболевания колебалась от нескольких месяцев до многих лет. По роду заболеваний больные распределяются следующим образом: гнойных хронических дакриоциститов без осложнений 32 случ., осложненных трахомой 6 случаев, осложненных фистулой 7 случаев, и осложненных рубцами после бывшей несколько лет экстирпации мешка 2 случая, эктазии слезного мешка 2 случая, флегмоны слезного мешка 12 случаев, стенозы слезных путей 2 случая. Исследование полости носа было произведено в 30 случаях. Результаты следующие: без резких изменений — 19; атрофический ринит — 6; искривление носовой перегородки — 2; узость носовых ходов — 2; двусторонний этмоидит — 1.

Те или иные изменения со стороны полости носа существенным образом не влияли на ход операции. В некоторых случаях атрофического ринита слизистая носа при наложении швов рвалась, в других же случаях швы были наложены без всяких затруднений. Перед операцией каждому больному производилось исследование функции слезноносовых путей: канальцевая проба и промывание через нижнюю слезную точку. Вытекание при этом жидкости через верхнюю слезную точку служило доказательством отсутствия стеноза ближе слезного мешка. Наличие положительной канальцевой пробы является верным залогом успеха дакриоцисториностомии.

В двух случаях у нас была отрицательная канальцевая проба при стенозе слезных путей, и в обоих случаях после операции получился отрицательный результат в смысле слезооттока в нос. Ввиду того, что неудачного результата здесь можно было заранее ожидать, в связи с отрицательной канальцевой пробой, больные были прооперированы нами исключительно с целью проверки литературных данных. Оба эти случая в нашу статистику не включены.

Переходя к оценке результатов применения дакриоцисториностомии, нужно указать, что показателем полной успешности операции мы считаем положительную носовую пробу или прохождение в нос пропускаемой через нижнюю слезную точку струи, при отсутствии гноетечения и слезотечения. Наличие слезотечения при отсутствии гноетечения трактуется нами как относительный успех. Неудачными мы считаем случаи, когда после операции остается и гноетечение и слезотечение. По продолжительности наблюдения наши случаи распределяются таким образом.

Группы	Сроки наблюдения	Число оперированных больных	Исход операции		
			Полный успех	Относительный успех	Отрицательный результат
I	7 дней	16	15	1	—
II	2 м-ца	18	17	—	1
III	6 м-в	7	7	—	—
IV	9 м-в	10	10	—	—
V	11 м-в	12	12	—	—
Всего .	—	63	61	1	1

К первой группе относятся больные, которые по окончании послеоперационного срока, выписавшись с хорошим результатом, не являются в клинику. Остальные больные периодически приходят на осмотр.

Мы считаем нецелесообразным выражать в процентах результаты при столь небольшом материале, но приведенные цифры дают право говорить о вполне благоприятных исходах операции, позволяющих широко применять ее и в дальнейшем.

Из литературных данных известно, что процент неудачных исходов, благодаря усовершенствованию техники, с каждым годом становится меньше. Так, в 1921 г. по статистике Ома процент неудачных исходов составлял 18,4. У Страхова в 1926 г. неудачных исходов было 7,5%. У Сатлера в 1924 г. процент неудач снизился уже до 3. Статистика центрального офтальмологического института дает процент неудачных исходов от 1,15 до 7. Наконец, если в 1921 г. у Дююи, Дютана процент неудачных исходов составляет 20, то по мере накопления опыта за последнее время на 1000 ч. неудачные исходы составляют лишь уже 5,2%. В целях иллюстрации несколько подробнее остановимся на одном из своих случаев.

Больная З. М. (ист. 6. № 381) Dacryocystitis blennorhoica ос. dex. 14/IV произведена дакриоцисторинотомия. Операция прошла гладко, причем на третий день после операции больная по домашним обстоятельствам выписалась. В течение 1½ месяцев результат операции положительный. Через 1½ м-ца появились жалобы на слезотечение и гноетечение. Объективное исследование; при надавливании на область слезного мешка из верхней точки выделяется секрет серозного характера. При промывании через нижнюю слезную точку первые порции жидкости вместе с серозным отделяемым выделяются через верхнюю точку, затем жидкость быстрой струей идет через нос. В течение двух недель больной производилось промывание слезных путей, серозное отделяемое прекратилось. Вскоре больная исчезла из-под наблюдения на 5 м-цев. Больная явилась на осмотр 17/XI, при объективном исследовании: носовая проба отрицательна, раствор колларгола из конъюнктивального мешка быстро всасывался, при надавливании на область слезного мешка конъюнктивальный мешок наполнялся раствором колларгола. 20/XI больной сделана повторная операция. Костное отверстие оказалось закрыто тканью плотной консистенции, которая и была удалена; надожжены кожные швы и тут же сделано промывание через нижнюю слезную точку. Жидкость быстрой струей выделялась через нос. В течение двух недель больная чувствовала себя хорошо, слезотечение отсутствует. Жидкость хорошо проходит в нос, носовая проба положительная. Спустя некоторое время у больной появились жалобы на слезотечение, жидкость при промывании через нижнюю слезную точку вытекала сначала из верхней слезной точки, затем уже хорошей струей шла в нос. Больной назначено промывание. Первые дни самочувствие стало лучше, слезотечения нет. При дальнейшем наблюдении жидкость уже идет в нос по каплям. Повидимому, отверстие опять закрывается грануляционной тканью.

В нашем материале было 12 больных с флегмоной слезного мешка. Все они оперировались нами как в стадии затихания процесса, так и на высоте воспалительных явлений. В течение 2—3 дней после операции воспалительные явления в окружности слезного мешка исчезали. Больным назначался согревающий спиртовой компресс тотчас после операции. Заживление во всех случаях было рег ргитат, и больные обычно выписывались из клиники на 7-й день.

Из осложнений, какие мы встретили во время операций, нужно отметить значительное кровотечение в 4 случаях (6,35%); один раз лобный отросток верхней челюсти был необыкновенной толщины: до 7—8 мм (Журавлев в своей работе описывает подобный же случай). В 2 случаях задние губы соустья были иссечены и швы наложены только на передние губы. В двух случаях был сделана операция

Тоти. Во всех этих случаях результат операции хороший. В шести случаях дакриоцисториностомия произведена нами при трахоме с хорошим результатом. Из них в четырех случаях имеются наблюдения в течение 8 месяцев. Возражения, выдвигаемые против операции Тоти — Дююи — Дютана, следующие: операция технически трудна, трудно выделить костное отверстие и наложить швы на задние губы соустья. Операция продолжительна, занимает 45 минут. Но взгляды меняются, что трудно сегодня, то, благодаря усовершенствованию техники, становится легким завтра. Так, в 1936 году проф. Страхов разделяет точку зрения Поляка на экстирпацию слезного мешка, которая имеет еще свои показания ввиду технической трудной дакриоцисториностомии (СВО, т. IX, в. 4). Через год тот же Страхов на дакриоцисториностомии смотрит как на операцию, технически совершенно несложную.

По нашему глубокому убеждению, проверенному на собственном опыте, дакриоцисториностомия технически вполне выполнима, даже при отсутствии специального инструментария. Весь инструментарий наш состоит из молотка, нескольких долот, прямых кусачек и двух пар швейных машинных игол, изогнутых и припаянных к рукоятке.

Применяемая нами техника операции следующая: за $\frac{1}{4}$ часа до операции больному производится инъекция 1 см^3 2% понтопола. Под кожу спинки носа, глубоко до самой надкостницы в область слезного мешка впрыскивается 8 см^3 1% новокаина с адреналином, из расчета 2 капли на 1 см^3 новокаина. В полость носа высоко вводится тампон, смоченный в 2% растворе дикаина, с 5 — 6 каплями адреналина. Разрез в 2 см длиной сразу до кости, начиная на 2 — 3 мм выше *ligamentum canti internum* и на 2 мм отступя от него к середине, разрез книзу несколько загибается по *margo infraorbitalis orbitae*. Края раны раздвигаются в горизонтальном направлении зеркалом Мюллера, в вертикальном — расширителем Аксенфельда. Разрезанная надкостница распатором отделяется от кости и отодвигается кнаружи вместе с мешком и *lig. internum*. После отделения надкостницы от *crista lacrimalis anterior* и от всей *lupula lacrimalis*, становится видимым слезный мешок со своей передней внутренней стороны, кнутри надкостница отделяется от лобного отростка верхней челюсти, затем долотами выдалбливается кость. Вверху костное отверстие должно быть открытым настолько, чтобы зонд, введенный через нижнюю слезную точку, в горизонтальном положении открывался в костное отверстие; только в таком случае будет выполнено положение, выставленное Тоти, что при этой операции должна быть произведена не дакриоцисториностомия, а каналикулориностомия, следовательно отверстие должно быть выше фундуса слезного мешка. Внизу костное отверстие заканчивается на 2 мм кнаружи от костного отверстия слезно-носового канала. Кпереди лобный отросток удаляется настолько, чтобы можно было легко развернуться сиглой при наложении швов — приблизительно не доходя на 4 мм до носовых костей. Костная прослойка между слезным мешком и слизистой носа удаляется так, чтобы обе слизистые непосредственно соприкасались друг с другом. Костное окно имеет в вертикальном размере 2 см, в горизонтальном $1\frac{1}{2}$ см. Слизистая оболочка носа на протяжении всего костного отверстия по шпателью, введенному в нос, разрезается на переднюю и заднюю губы. Величина задней губы к передней относится как

1:2. Также вертикально из конца в конец разрезается покрытый надкостницей слезный мешок. Задние губы слизистой мешка и носа сшиваются наглухо 3-мя кетгутовыми швами. Передние губы сшиваются 3-мя шелковыми швами, если применяется двухэтажный шов. В таком случае швы, проведенные через передние губы, не сразу завязываются, а предварительно проводятся через края кожной раны, так что нитка из слизистой носа ведется в наружную губу кожной раны, нитка из слизистой мешка—во внутреннюю губу раны. Эти швы снимаются через 7 дней. Наблюдения показали, что при фистуле и флегмоне слезного мешка лучше применять не двух-, а трехэтажные швы.

Из всех моментов операции для нас вначале самым трудным являлось образование костного отверстия, что объяснялось недостаточно правильной техникой. При образовании костного окна мы держали долото под тупым углом и долбили мелкими стружками. В настоящее время мы долото держим под прямым углом и долбим кость сразу до слизистой. Признаком того, что кость продолблена до слизистой, является характерный хруст продолбленной кости. Это значительно ускоряет ход операции. Наложение швов не представляет затруднений. При наложении швов на задние губы соустья, во избежание разрыва слизистой, вследствие натяжения последней, мы чаще проводим лигатуру по отдельности на каждую губу соустья.

Послеоперационное течение протекало без осложнений. Заживление *per primam* было в 61 случае (96,8%). Заживление *per secundam*—в 2 случаях (3,2%). Что касается стерильности соединительной оболочки после дакриоцисториностомии, то наши бактериологические исследования, произведенные на 7-й день после операции, полностью подтверждают данные Веста, Бокштейна и Страхова о стерильности соединительной оболочки уже через несколько дней после операции.

Бактериологическое исследование у наших больных было произведено в 22 случаях посевом на сыворотке. До операции во всех случаях в глазу и в носу найдены пневмококки или со стафилококком или с ксеротической палочкой. При повторном исследовании после операции только в одном случае оказался пневмококк в посеве из конъюнктивального мешка. В 4 случаях ни в глазу, ни в носу никаких бактерий не было; в 8 случаях в носу и глазу найдены стафилококк и ксеротическая палочка, в 9 случаях в посеве из носа оказался пневмококк, но в посеве из глаза были также или один стафилококк, или ксеротическая палочка, или же оба последние микроба вместе.

В ы в о д ы

1. Операция дакриоцисториностомии, произведенная технически безукоризненно, безусловно радикальна.
2. Продолжительность операции не может служить возражением против нее, поскольку эффективность этого оперативного лечения выше, чем при экстирпации слезного мешка.
3. Дакриоцисториностомия показана при всех случаях явного дакриоцистита, при острых флегмонах, фистулах слезного мешка, при рецидивах после экстирпации слезного мешка, при трахоме.
4. Операция показана и при язвах роговицы и в тех случаях, где предполагается операция на глазном яблоке.

6. Операция имеет большое оборонное значение. Слезотечение, остающееся после удаления слезного мешка, является основанием для снятия призывника с учета. Дакриоцисториностомия устраняет слезотечение и тем самым сохраняет бойца для Красной армии. Поэтому прав проф. Авербах, когда он говорит, что от экстирпации слезного мешка нужно отходить как от операции, уже пережившей себя.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Богорад, В. О., 1912. — 2. Страхов, Р. О. Ж., 1926. — 3. Поляк, Р. О. Ж., № 8—9, 1927. — 4. Авербах, Арх. офт. 2, ч. 4. — 5. Журавлев, Р. О. Ж., 1928. — 6. Бокштейн, Р. О. Ж., 1929. — 7. Пучковский, Ж. ушн. горл. и нос. бол. 1925. — 8. Воячек, там же, № 1—2. 1924. — 9. Иванова, 40 лет научной деятельности засл. деят. науки М. И. Авербаха. — 10. Орлов, 3-й съезд офтальм. Сев. Кавк. края.

Поступила 4. III. 1940.

М. Э. ВИННИКОВ

О рецидивах лямблиоза после акрихинотерапии

(Экспериментальное исследование)

Из кафедры паразитологии Омского ветеринарного института (зав. кафедрой доц. А. В. Копырин) и кафедры госпитальной терапии Омского медицинского института им. тов. Калинина (зав. кафедрой доцент М. Э. Винников)

До последних лет лечение лямблиоза, широко распространенного у человека и животных, представлялось крайне неутешительным.

Безуспешность противоямблиозной терапии привела некоторых исследователей к убеждению, что лямблиоз неизлечим, что современная медицина бессильна уничтожить паразита в организме человека, что не нужно вообще к этому стремиться, достаточно ограничиться достижимой целью — уменьшением числа паразитов. Но даже для осуществления этой скромной цели авторам приходилось прибегать к таким способам лечения, которые, по нашему мнению, представляли для больных большую опасность, чем лямблиоз. Так, Харитонов в работе, опубликованной в 1933 году, сообщает об одном своем больном, который лечился в клинике 45 дней и амбулаторно в течение 5 месяцев. За это время больному было проделано интрадуоденально 6 вливаний по 50 см³ 0,5% раствора хинина, 12 вливаний бензина, 4 вливания уротропина, 4 внутривенных вливания уротропина, 3 курса осарсола с дуоденальными клизмами, 4 внутривенных вливания неосальварсана с дуоденальными инстилляциями, 10 инъекций эметина с дуоденальными клизмами, через год еще 20 инъекций эметина и 5 дуоденальных клизм, и при всем этом было получено только временное исчезновение паразитов. Не без оснований многие авторы высказываются против медикаментозного лечения лямблиоза такими далеко не безвредными веществами.

С другой стороны, отсутствие специфически действующего на лямблии средства препятствовало разрешению некоторых спорных вопросов, в частности, вопроса о патогенности паразита, о вызываемой им клинической картине и т. д.

В сравнительно короткий срок наши взгляды на эффективность лечения лямблиоза изменились. Это произошло благодаря введению в клиническую практику акрихина. Акрихин разрешает проблему химиотерапевтического лечения лямблиоза — говорит Галли-Валерио, известный швейцарский паразитолог, — „он превосходит все до сих пор предложенные средства, дает быстрое и полное излечение“.

В СССР заслуга введения акрихина в практику лечения лямблиоза принадлежит Балдиной, которая в 1935 году впервые предложила акрихин для этой цели.

Ее работа была опубликована в 1936 году, в ней приводятся успешные результаты от лечения акрихином 21 больного лямблиозом. В том же 1935 году, по предложению Галли-Валерио, Гейм в Швейцарии применил с успехом атебрин (соответствует советскому препарату акрихину) у двух детей, больных лямблиозом. Галли-Валерио,

в статье от 1937 года, пишет, что он пришел к атебрину после долгих наблюдений над лямблиозом и убеждения, что только такое средство может быть эффективным, которое действует на печень — место пребывания лямблий.

За последние годы собран значительный материал по лечению лямблиоза акрихином. Как уже было сказано, Балдина лечила акрихином 21 человека, часть которых до этого безуспешно лечилась осарсолом, неосальварсаном и другими препаратами. Во всех случаях был получен положительный результат, при чем у 15 человек лямблии исчезли после второго вливания, у пяти после третьего вливания и у одного после четвертого вливания. Больные наблюдались в течение 1—3 м-цев.

Мартэн стал применять кинакрин (аналог акрихина) и в декабре 1936 года сообщил о 54 больных, леченных кинакрином, причем у 51 человека был получен успех после одного курса лечения. Двое больных не закончили лечения, а третий оказался резистентным к кинакрину.

Танги получил в 19 случаях — 19 излечений, причем успех был получен и в тех случаях, где всякая другая терапия была не эффективной.

Короленко провел терапию акрихином у 63 человек, после трех курсов лечения у всех этих больных было отмечено исчезновение лямблий. Шписман в 26 случаях назначением акрихина добился полного исчезновения паразитов.

Балдина сообщает (1938 г.) дополнительно о 40 случаях лечения акрихином; сроки наблюдения у 18 человек были 1—3 месяца, у 4 человек 4—5 м-цев и у двух человек 5—8 м-цев.

Геллингер располагает материалом в 134 случая; назначение 2—3 пятидневных курсов кинакрина привело к исчезновению лямблий у всех этих больных.

На основании наблюдений, проведенных в терапевтической клинике Казанск.ГИДУВ проф. Р. И. Лепской, мы тоже можем подтвердить высокую эффективность акрихина при лямблиозе.

Способ действия акрихина не может считаться точно установленным. Балдина в 1936 году выдвинула гипотезу, что акрихин, всасываясь поверхностью дуоденум, действует губительно на лямблий, питающихся осмотически.

Галли-Валерио предполагает, что атебрин действует губительно на лямблий, живущих в печени,

Кад и Мило ссылаются на работы Гехта, экспериментально показавшего, что акрихин аккумулируется, главным образом, в печени, желчном пузыре и в верхней части тонких кишок, а именно в дуоденум.

Декур объясняет элективное действие кинакрина на лямблий быстрым его переходом в кровь.

Брунт нашел, что прибавлением желчи, но не печеночных экстрактов, к 10% раствору акрихина *in vitro* можно в два раза скорее убить паразитов *L. muris*, чем одним раствором акрихина.

Нужно попутно отметить, что почти все авторы наблюдали поразительное клиническое улучшение от акрихина именно в случаях чистого лямблиоза и незначительный эффект там, где имелась ассоциация лямблий с другими паразитами, или где лямблии играли подсобную роль. Это позволяет в настоящее время более точно очертить симптоматиологию лямблиоза.

Перечисленные нами работы и собственные наши наблюдения с бесспорностью свидетельствуют, что акрихин обладает могучим паразитотропным действием на лямблии. Но не менее важно и выяснение вопроса в какой мере полученные результаты лечения являются стойкими.

Напомним, что и до акрихина предлагалось много средств, дававших непосредственно блестящий результат, но ни одно из них не приводило к стойкому улучшению и не освобождало больных от рецидивов.

Лечение лямблиоза акрихином стало проводиться сравнительно недавно, и большинство авторов еще не располагает длительно прослеженным материалом. Балдина в первом своем сообщении говорит о рецидиве у 2 больных через м-ц после окончания лечения; в работе 1938 года она также отмечает один рецидив через два м-ца. Большинство ее больных находилось под наблюдением 1—3 м-ца.

У больных Танги рецидивов не было, срок наблюдения 6 месяцев.

Геллингер, на своем материале в 134 случая не отмечает рецидивов (срок наблюдения не указывается). Короленко у многих больных при повторном исследовании через три-четыре м-ца не находил лямблий. Мартэн подвел итоги своим двухлетним наблюдениям: у 51 прослеженного больного отмечалось 9 рецидивов. Кэн обследовал 6 человек через один год после лечения, у одного из них через 9 м-цев были вновь найдены лямблии. Кад и Мило приходят к выводу, что рецидивы при акрихине не исключаются, что необходимы поэтому повторные курсы акрихинотерапии с разными интервалами. Однако, учитывая небольшой процент рецидивов и позднее их появде-

ние можно считать спорным вопрос, имеет ли место истинный рецидив или реинфекция. Гейлман, Кэн полагают, что в их случаях имелась реинфекция, а не рецидив.

В виду важности этого вопроса нами были поставлены экспериментальные исследования с целью выяснения, производит ли акрихин стерилизацию организма от лямблий или только временно подавляет жизнедеятельность паразитов. В качестве опытных животных мы остановились на белых крысах, которые в обычных условиях широко инфицированы мышинной формой паразита. По нашим данным, совпадающим с данными Армаган и других авторов, крысы спонтанно заражены в 80% и более.

Крысы были разбиты на 5 серий по 5 крыс в каждой. Из них одна серия служила контролем. Вес опытных крыс колебался от 200 до 240 грамм. Все крысы до лечения были обследованы на наличие цист в кале, причем в каждую из четырех опытных серий обязательно входило животное, у которого до лечения были обнаружены цисты. Все контрольные (нелеченные) крысы, вскрытые через 20—25 дней после начала опыта, оказались зараженными лямблиозом. Эти данные указывают, что инфицированность среди животных, которыми мы пользовались для опытов, была достаточно высокой.

20 опытных крыс, содержащихся по 5 штук в одной клетке, получали ежедневно в течение трех дней водный раствор акрихина. Акрихин вводился в желудок при помощи тонкого катетера. Операцию введения зонда животные переносили хорошо. При обследовании пищевода на аутопсии у ряда крыс не найдено никаких патологических его изменений. Доза акрихина высчитывалась по весу крысы (из расчета 0,01 на 1 кг веса), причем в третий раз вводилось двойное количество акрихина.

Были приняты меры предосторожности, чтобы после лечения лямблиозная инфекция, к которой эти животные крайне восприимчивы, не могла быть занесена ухаживающим персоналом от других животных. На это обстоятельство необходимо обратить особое внимание, т. к. несоблюдение его приводило в опытах ряда авторов к нежелательным последствиям. Реакция на введение акрихина проявлялась у крыс падением веса, плохим аппетитом, плохим общим состоянием. Через 7—8 дней эти явления полностью исчезали. Все бывшие в опыте крысы ежедневно исследовались на выделение цист лямблий. Кал получался методом абдоминального массажа. Кроме того, каждый четвертый день производилось исследование на цисты методом обогащения по Воскресенскому. От каждой крысы ежедневно просматривались три препарата с люголем под покровным стеклом.

Одна серия леченных крыс была убита через 25 дней после окончания лечения. На секции установлено, что все крысы были свободны от паразитов. Кишечник исследовался при этом на всем протяжении, начиная от илео-цекальной заслонки до дуоденума. Бралась образцы кишечного содержимого через каждые 5 см и немедленно исследовались под микроскопом. В дуоденуме исследование производилось через каждый сантиметр. Так же обследовалось содержимое цекума на наличие цист.

Подопытные крысы остальных трех серий были через разные промежутки времени заражены цекальным материалом, полученным от заведомо лямблиозных крыс.

Цекальные массы, употреблявшиеся для заражения, растирались в ступке с физиологическим раствором, пропускались через частую сетку для освобождения от грубых частиц, затем разводились молоком и вводились крысам при помощи катетера в желудок. Эозиновым тестом устанавливалось наличие живых цист в материале, употреблявшемся для заражения. Заражение производилось в течение двух дней подряд.

Введение цекального содержимого не сопровождалось у крыс никакими расстройствами и никаких клинических проявлений наступившего заражения мы не могли отметить. Исключением явилась крыса № 4 из серии № 2, прогрессивно худеющая после заражения, но не страдавшая поносом.

Через 7 дней после окончания лечения акрихином крысы первой из этих трех серий были заражены цекальными массами, содержащими в большом количестве живые цисты.

В день заражения была убита крыса, у которой до лечения акрихином были найдены цисты паразита. Эта крыса оказалась стерильной. Через 5 дней были убиты остальные 4 крысы и было установлено, что заражение еще не наступило.

Крысы второй серии были заражены через 14 дней после лечения акрихином, причем в день заражения также была убита крыса из этой группы, у которой до лечения были найдены цисты паразита. Она оказалась незараженной. Остальные 4 крысы этой серии были убиты через 5 дней. Из них три крысы заразились и одна не заразилась.

Крысы третьей серии были заражены через 21 день от конца лечения, причем в день заражения была убита крыса с обнаруженной до лечения инфекцией. Эта крыса оказалась стерильной. Остальные 4 крысы, убитые через 5 дней, оказались зараженными.

На аутопсиях кишечник не производил впечатления патологически измененного.

Эти опыты показывают, что акрихин в дозах, которые мы вводим, дает 100% стерилизацию крыс и что, по крайней мере до 14 дней, крысы сохраняют невосприимчивость к новому заражению.

Сопоставляя наши данные со сходными опытами Брумпта на мышах (1938) мы должны отметить имеющееся у нас значительное расхождение. Подобно нам Брумпт нашел 100% исчезновение лямблий у мышей после лечения кинакрином. Но Брумпт не наблюдал превентивного действия кинакрина и мышь, окрашенная этой краской, могла иметь массивную реинфекцию. Мы же наблюдали ясное превентивное действие акрихина, правда недолгое. Отметим попутно, что стерилизующий эффект в наших опытах был получен от значительно меньших количеств акрихина, чем у Брумпта.

Мы не можем согласиться также с утверждениями Гарен, что для уничтожения лямблий мышам надо вводить пятикратные дозы, по сравнению с человеческими; автор объясняет это тем, что у мышей в 80% паразит локализуется в конце тонких кишок. И по нашим наблюдениям у крыс паразиты наичаще локализуются в нижнем отделе jejunum и очень часто в верхней части ilei. В дуоденум мы у своих крыс никогда не обнаруживали лямблий. Тем не менее мы получили полное уничтожение паразитов, применяя меньшие дозы акрихина.

В ы в о д ы

1. Акрихин, в количествах, нами применявшихся, дает у крыс 100% уничтожение лямблий.

2. Акрихин обладает предохраняющим действием против нового заражения, однако превентивное действие его кратковременно и по нашим опытам сохраняется не дольше 14 дней.

3. Наши опыты подтверждают точку зрения тех авторов (Кэн, Гейлман и др.), которые рассматривают новую вспышку лямблиоза у леченных акрихином больных как реинфекцию, но не как рецидив.

Поступила 3 апр. 1940 г.

Наблюдения из практики и краткие сообщения

Г. Д. ШАПИРО

Заметки литературного редактора

Не случайно время от времени появляются в медицинских журналах статьи, бьющие тревогу по поводу плохого литературного оформления медицинских книг и журналов. В центральном органе большевистской партии помещен был маленький фельетон¹⁾, бичующий медицинские учреждения и издательства за выпуск в свет неграмотной продукции.

Среди научных работников почему-то широко распространено мнение, что литературное изложение материала — простое, легкое дело. Это, так сказать, „идеологическая“ основа безответственного, небрежного отношения авторов к литературному оформлению научных работ.

Вследствие этого многие из присылаемых в редакцию рукописей очень далеки от основных правил стилистики и грамматики, и в них нередко „язык запутан так, как клубок ниток, с которым давно играл котенок“²⁾

На редакционной работе мы накопили по этому вопросу значительное количество материала — курьезного и вместе с тем поучительного. Небесполезно подвергнуть разбору и обобщить хотя бы часть этого материала.

Все выдержки, приводимые в настоящей статье без указания источника, взяты из рукописей с сохранением орфографии и пунктуации авторов.

Фраза на пол-страницы, загроможденная терминами, фраза, в которой главное предложение окружено свитой придаточных (увы, часто между собой не согласованных!) с причастиями и деепричастиями — вот подлинно „академический“ стиль в представлении некоторых авторов. В погоне за „красивостью“ и „ученостью“ они незаметно для себя создают подчас просто набор слов. Приведем примеры.

„Потерявшие свое значение за последние годы на нефтяной промышленности, где по технике безопасности разработаны правила, а по промсанитарии представлена возможность проведения основных принципов личной гигиены, сокращен рабочий день и введен дополнительный отпуск, открыт Всес. институт безопасности — на транспорте, где нефть является лишь техническим моментом пожизненно обслуживаемом несменяемом кадром в производительном процессе, эти суждения сохранили всю свою остроту“.

1) „Правда“, 7 июня 1939, На фронте борьбы с плевками.

2) Ленин, соч., т. XVI, стр. 313.

В рукописи К. написано: „Для элемента внутренней культуры общего профиля не существует“. Вряд ли автор смог бы объяснить, что вообще означает „общий профиль элемента“

Приведем еще образчик нестерпимой смеси канцелярских терминов и трескучих слов: „категорически и инструктивно внедрять в периферическую лечебную сеть консультативную обращаемость в прекрасной железнодорожной больнице Харькова и Киева, весьма авторитетно обслуживающие украинские дороги“.

Из той же коллекции безграмотности: „Организовать лечебную помощь или приблизить к застрахованным урологическую, хотя бы диагностику, а если возможно и терапию, прекратив снабжение покрывающими ту и другую салолом и уротропином, или хотя ограничив“ (точка). Кто может понять эту абракадабру?

Вот еще яркий образчик „высокого“ стиля: „Сифилис деревни меняет качественно и эпидемиологически свою физиономию с революционной трансформацией ее социалистического сектора“.

Синтаксическая конструкция фразы и порядок слов в предложении — один из важнейших разделов стилистики. Оказывается, что в фразе, состоящей из пяти слов („я завтра утром пойду гулять“), можно сделать 120 перестановок! ¹⁾ И само собой разумеется, что при каждой перестановке меняется оттенок мысли, интонация и логическое ударение.

Однако некоторые авторы позволяют себе такие инверсии, такую „свободу“ в расположении слов, при которой фраза становится безграмотной и бессмысленной.

„Реакция Бухштаба была сделана вскоре после поступления в клинику, давшая положительный результат“, сообщается в статье д-ра П. Или: „Впервые в 1917 г. перелита кровь больным умиравшим от газовой гангрены с блестящим успехом“ (!)

Рассмотрим ряд предложений, в которых неточность формулировки коверкает смысл и нередко приводит к абсурду. „Сравнивая процент смертности сторонников операции в любое время...“ Конечно, автор имел в виду процент смертности *больных* по материалам сторонников... Или: „С этой целью группа кроликов получала внутривенно живую культуру пнеймококка“. Выходит, что целью задались не авторы исследования, а сами кролики!

В ряде статей встречаются такие выражения — „впрыснутые (?) кролики“, „инъцированные мыши“. Как будто кролики или мыши были кому-то впрыснуты.

В рукописи читаем: „состояние окислительных процессов, определяемое обычным методом газообмена считается теперь недостаточным“. Между тем ясно, что не *состояние* процессов, а *определение* этих процессов методом газообмена считается недостаточным.

Можно ли принимать всерьез такое утверждение научного работника Б.: „О частоте отдельных форм недоразвития заднего прохода у иностранных авторов можно судить...“

Авторы Г. и Ф. решили, что „высота артериального давления не играет самодавлиющего фактора“ (!). Из работы д-ра А. мы узнали, что „... над (?) разработкой этой операции занимались такие имена,

¹⁾ Пешковский, А., Вопросы методики русского языка, лингвистики и стилистики. 1930

как Граф и др.“ Автор обязан знать, что разработкой (а не над разработкой) занимаются обычно не имена, а носители имен.

Покажем еще примеры сырых, непродуманных фраз, в которых написано совсем не то, что автор хотел выразить: „можно допустить, что эти авторы имели различные заболевания на кумысе“. Повидимому, речь должна идти о больных с различными заболеваниями.

„При всяких жалобах на заболевание желудочно-кишечного тракта или при ином терапевтическом вмешательстве по отношению к работнику продпищблока...“ По смыслу написанного выходит, что „всякие жалобы“ — это терапевтическое вмешательство.

„Мы имеем гиперлейкоцитоз, нейтрофилиз, сдвиг влево, увеличивающийся с нарастанием тяжести больного (?)“. Во-первых, почему мы имеем? Во-вторых, не „нарастание“, а „нарастание“. В третьих, автор хотел сказать о нарастающей тяжести заболевания, а написал о нарастающей тяжести больного.

„Общее, что характеризует всех этих рабочих это большая физическая нагрузка в течение рабочей смены и отсутствие пыли“. Надо ли доказывать, что отсутствие пыли относится к характеристике условий работы, а не самих рабочих.

Доцент А. Н. Антонов в статье „Медицинский воляпюк“¹⁾ справедливо пишет: „авторы же медицинских работ очень часто имеют перед собой не больного и даже не человека вообще, а случаи. Эти случаи у них ведут вполне реальную и самостоятельную жизнь...“ И в нашей коллекции много таких неправомερных метонимий. „Обследовал 100 случаев гонореи“. „Из общего количества 27 случаев, 7 случаев отрицали заболевания люэсом“. „Отобрал случаи, которые регулярно посещали диспансер“.

Совершенно не подозревая всей нелепости фразы, автор П. пишет: „12 гангрен — все умерли“. „Наш материал состоит из 24 абсцессов и 4 гангрен“. Или: „Вскрытие несчастных случаев (?) показывает сильно раздутые легкие“ — сообщает д-р М.

Судя по словам одного автора, можно подумать, что человеческая нога живет вполне самостоятельной жизнью: „Чрезмерная нагрузка здоровой ноги может вызвать ряд субъективных жалоб со стороны последней“.

Окулист Х. считает необходимым „ознакомить участковых врачей с требованиями, которые предъявляются к глазу, желающему (?) подвергнуться операции“.

Полезно напомнить слова А. Н. Толстого: „обращаться с языком кое-как — значит и мыслить кое-как: неточно, приблизительно, неверно“.

Нередко встречаются в рукописях такого рода выражения: „Эти находки не находят подтверждения“. „Температура падала на второй день лечения. При длительном лечении рецидивов не наблюдалось во время лечения, кратковременное же лечение давало рецидивы“. Трудно не заметить, что эта фраза очень плоха.

„Эти явления мы получили с помощью каменно-угольного дегтя, т. е. при помощи того же препарата, с помощью которого удастся вызвать рак“. Из-за обилия помощи получилась беспомощная фраза.

Один автор выразил свою мысль так: „более чем в 4 раза менее чем в Германии“.

¹⁾ Советский врач. журнал, № 7, 1937 г.

Разберемся, далее, в такой фразе: „принятый натошак стоварсол выделяется через 45 минут, а главное (?) выделение падает на вторую половину первых суток и выделяется препарат через 48 часов“. Как расплывчато, неумело изложена простая в сущности мысль. Авторы (их двое), повидимому, хотели указать, что стоварсол *начинает выделяться* уже через 45 мин., *большая* его часть выделяется во второй половине первых суток и, наконец, выделение его *заканчивается* через 48 часов.

В рукописях часто обнаруживаются примеры вредного многословия. Вместо того, чтобы сказать, что кафедра руководит практической и научно-исследовательской работой, профессор Г. пишет: „Кафедра... является руководящим центром и в *деле* практической *работы* и в *области* развертывания научно-исследовательской *работы*“.

Операция началась через 7 минут после введения новокаина. Автор же пишет об этом так: „*Начало* производства операции от момента введения новокаина *началось* через 7 минут“.

Д-р Н. указывает, что больная „из других перенесенных заболеваний, кроме кори ничем не болела“ (!)

„Принимая во внимание наличие потери эластичности со стороны других сосудов...“ Автор не почувствовал никакого неудобства от „наличия потери“, да еще „со стороны“. Между тем без „наличия“ и без „со стороны“ фраза становится вполне пригодной. Или: „Со стороны (?) анализа мочи явления мало меняются“.

Авторы очень любят „освещать проблемы“, „поднимать вопросы“, „ставить на рельсы“ и проделывают другие не менее серьезные вещи. „Случаи хореи обращают на себя внимание, как проблема более широкой постановки вопроса профилактики ревматических заболеваний“. Один доктор решил „поставить на совершенно новые рельсы проблему смоляного рака“.

Самые простые вещи иной автор излагает вычурным языком, чтобы придать большую „весомость“ написанному. „В отделяемом имеется значительное присутствие крови“. Имеется присутствие, да еще значительное!

В рукописях нередко встречаются тавтологии и амплификации — излишнее применение нескольких сходных определений.

„Вопрос этот *окончательно* и *абсолютно* еще не выяснен“. „Подтверждает эту связь с ясной очевидностью“.

Д-р Х пишет самокритически: „В своей массе врач города и деревни не может похвастаться ни высокой культурой, ни уровнем культуры“.

Надо, конечно, приветствовать стремление авторов медицинских статей обогатить свою речь образами, метафорами, яркими эпитетами, придающими тексту убедительность.

Но изобразительные и выразительные средства языка надо выбирать со вкусом, с умением. Без этого получается нередко конфуз. Д-р К. написал: „гегаровские расширители проходили через сфинктер матки играючи“. Врачи Т. и Л. указывают, что „... значение этого патологического состояния у нас еще недооценивается и диафрагма ждет своей очереди“. Нашелся и такой автор, который уловил „спружинившуюся мысль больного“. Мудрено!

Увлекаясь изложением своего материала, иные авторы, очевидно, забывают о существовании грамматического управления.

«... в целях способствования уже наметившихся (?) репаративных тенденций...»

„Мне пришлось убедиться в большом сходстве искусственно созданных образований нормальному илеоцекальному аппарату“. Автор — профессор. Он, конечно, знает, что сходство бывает только с кем-нибудь или с чем-нибудь.

Из грамматики известно, что обстоятельственные придаточные предложения можно сокращать с помощью деепричастия только тогда, когда у главного и придаточного предложения общее подлежащее. Между тем, редкая рукопись обходится без погрешностей против этого правила. Несколько иллюстраций.

„Доказывая положение о единой сущности реакций воспаления и иммунитета Мечниковым был создан новый этап“. „Сняв с огня смесь фильтруется“... „Отмечая ценные свойства... тем не менее задачей наших организаций...“ Совсем как у Чехова: „подъезжая к сей станции у меня слетела шляпа“.

Нередко авторы забывают, что если в одном предложении используются несколько глаголов, то их надо, кроме всего прочего, согласовать по виду. „Приходилось приложить...“ „Мне удалось избежать...“ Авторы не почувствовали, что эти фразы построены по типу „будем посмотреть“.

Правила стилистики говорят о том, что не следует ставить подряд несколько существительных в одном и том же падеже. Так писать нельзя: „Необходимость изучения влияния присутствия микробов...“ „Идя по пути исследования применения действия металлов“, „... выполнения большинства (?) объема пузыря“.

Во многих рукописях бросается в глаза бедность словаря, неумение подобрать синонимы. Заладит какой-нибудь автор „наблюдать“ или „отмечать“, и глагол повторяется с неутомимым, но утомляющим постоянством десятки раз. А ведь стоит потрудиться, и можно с большим успехом найти такую форму изложения, при которой не будут назойливо мозолить глаза и уши одни и те же слова.

Фонетическая сторона тоже далеко не безразлична для литературной речи. Попробуйте, прочитайте вслух: „мы пришли к заключению об ухудшении после лечения“, или „Эти больные были более..“ (какое-то бульканье!).

Понятно, научные работы — это не поэзия, но минимальные требования к звуковой организации языка и для них необходимы. Если здесь не обязательна эвфония, то во всяком случае не должно быть и какофонии.

* * *

В русском словаре много иноязыковых элементов. Но медицинские работы особенно насыщены иностранными словами. Причины этого явления общеизвестны. И надо приветствовать выступление проф. Г. А. Рейнберга, поднявшего на страницах „Хирургии“ (№ 10, 1938 г.) голос против ничем не оправданного засилья иностранных слов в советской медицинской литературе.

Многими иностранными терминами наша медицинская наука пользуется в силу необходимости, но некоторые авторы считают нужным притягивать за уши иностранные слова — пусть даже в ущерб гра-

мотности и ясности! "... дает нам некоторые критерии инкриминировать анилин в возникновении вышеизложенного „неврастенического“ синдрома". Или: „Работа ... является важным бейт рагом к проблеме сна". „Объясняется как результат Reiz'a". Неужели в богатейшем русском языке нет равнозначущих слов?!

* * *

Среди множества различных орфографических ошибок обращают на себя внимание некоторые, ставшие типичными. Трудно понять, почему большинство авторов пишет „вследствии“, „обоих рук“, „в течении“ и др.

Слишком часто искажаются и медицинские термины: лапоратомия, паталогия, инфицировать, томпон и т. д. С правилами пунктуации многие авторы явно не в ладах. Запятые щедро разбросаны там, где им незачем быть, и очень часто нет знаков препинания в нужных местах.

В ряде случаев „соавтором“ в создании грубейших ошибок является, вероятно, машинистка. Но разве не обязан каждый уважающий себя и читателей автор тщательно проверить перепечатанную работу?

* * *

Несколько слов об архитектонике журнальных медицинских статей. Здесь выработался определенный шаблон.

„Традиционное“ начало: „Такой-то вопрос, имеющий первостепенное значение, до сих пор окончательно не разрешен. Одни авторы говорят одно (здесь идет длинный перечень теорий и фамилий), другие с ними не согласны и полагают иное (опять длинный перечень фамилий и теорий), третьи... и т. д.“ На это уходит не одна страница текста.

В связи с этим в статьях часто обнаруживается явное несоответствие в объеме между литературным обзором и материалом автора. А некоторые списывают целые абзацы из классических учебников, из БМЭ или же пересказывают азбучные истины. Здесь полезно напомнить слова Достоевского: „А главное — не повторять уже сказанного или и без того понятного“.

И, наконец, о выводах. Большую оригинальную статью целесообразно закончить выводами, которые в сжатой ясной форме подытоживают авторский материал. Но тут у многих авторов обнаруживается неумелый подход. Некоторые считают, что чем больше пунктов в выводах, тем „солиднее“ представляется сама работа. У таких авторов встречаются среди выводов тривиальные истины. Другие, кроме действительно обоснованных пунктов, вписывают в выводы мысли, сами по себе правильные и не лишённые интереса, но отнюдь не вытекающие из авторского изложения — в тексте статьи читатель не найдет их подтверждения, это уже не *выводы* из работы, а позднее пришедшие соображения. Вообще, надо отметить не всегда достаточно серьезный подход авторов к формулировке выводов — этой ответственной и трудоемкой части научно-литературной работы.

Многие рукописи носят на себе явные следы поспешности. О поспешности писателя Л. Н. Толстой говорил: „она вредна и, кроме того, суть признак отсутствия истинной потребности выразить свою мысль“.

Над первым томом „Капитала“ Маркс работал 24 года, добиваясь предельного совершенства книги. „Если что-нибудь написанное мною я вижу месяц спустя, то оно меня не удовлетворяет и я снова все полностью перерабатываю“, писал великий ученый Лассалю¹⁾.

В феврале 1866 года Маркс сообщает Энгельсу: „Теперь рукопись готова... Я начал ее переписывать и исправлять стиль (подчеркнуто Марксом—Г. Ш.) как раз 1 января, и дело очень быстро продвигалось вперед, так как для меня, конечно, было только приятно вылизывать дтя после стольких родовых мук“²⁾.

Непревзойденные образцы подлинно изумительного по простоте и ясности стиля мы имеем в трудах революционных гениев — Ленина и Сталина. „Его сила — это его несравненный здравый смысл, широта его познаний, изумительная внутренняя собранность, страсть к ясности, неумолимая последовательность“ — так рисует Анри Барбюс³⁾ образ И. В. Сталина. Эти черты нашего вождя полностью отражены в его творениях, в которых самые сложные проблемы, изложенные гениальным сталинским стилем, становятся понятными каждому читателю.

Простой и ясный стиль — плод непрестанного труда, плод большой, упорной работы. М. Горький пишет: „Вообще крайне трудно найти точные слова и поставить их так, чтобы немногими было сказано много“. Гоголь говорил: „все непринужденное и легкое у художника достается слишком принужденно и есть плод великих усилий“.

Это относится не только к художественным произведениям, но и к научному творчеству. „Изложение для печати моих первых научных исследований было для меня мучительным трудом... Часто в словах не получалось четкого выражения мысли. Я подолгу бился над отдельными формулировками“ — рассказывает о себе академик Б. Келлер⁴⁾.

Если бы все авторы научных работ и журнальных статей, подобно академику Келлеру, подолгу бились над формулировкой своих мыслей, если бы они по-настоящему трудились над словом, над фразой, тогда стиль их работ и грамотность изложения были бы на должном уровне.

Но наши авторы слишком спешат — им не терпится увидеть в печатном виде свою продукцию. Они не приучены трудиться над словом. Многие руководители клиник и кафедр с легким сердцем пишут визы на скороспелых, недоработанных „трудах“ своих сотрудников и учеников. Между тем надо „разрабатывать научные темы вдумчиво и исчерпывающе, потому что только так и может что-нибудь выйти“⁵⁾.

Замечательно образно сказано о литературной работе у Горького: „Уважение к читателю требуется от литератора так же, как от хлебо-

¹⁾ Маркс и Энгельс, соч., т. XXV, стр. 398—399.

²⁾ Там же, т. XXIII, стр. 326.

³⁾ А. Барбюс, „Сталин“, 1936, 3-е изд., стр. 271.

⁴⁾ „Фронт науки и техники“, № 3, 1935.

⁵⁾ Маркс и Энгельс, соч., т. XXVII, стр. 290.

пека: если хлебонек плохо промешивает тесто, если из-под рук в тесто попадает грязь, сор — значит хлебонек не думает о людях, которые будут есть хлеб, или же считает их ниже себя“.

* * *

Все им написанное кажется автору особенно значительным и ценным, поэтому он никак не решается сократить свою статью, отжать из нее „воду“.

В письме к молодому автору Ф. М. Достоевский пишет: „Величайшее умение писателя — это уметь вычеркивать. Кто умеет и кто в силах свое вычеркивать, далеко пойдет. Все великие писатели писали очень сжато“.

Еще в XVII веке в своем научно-эстетическом трактате Буало говорил: „Не нужно лишнего, оно обуза книг, и ум насыщенный его отвергнет в миг“.

В ряде случаев мы правим рукопись вместе с автором. Когда вскрываешь, показываешь ему несостоятельность, противоречивость, неблагозвучие той или иной фразы, он охотно соглашается ее изменить, замечая с приятным удивлением, что от вычеркивания целых абзацев и даже страниц его работа выигрывает.

Автор нередко жалуется: „к сожалению, никто ни разу не показывал, не учил, как надо писать, никто не исправлял, не критиковал; теперь я многое понял“.

Кто же виноват в том, что научные работники сплошь и рядом начинают писать, не имея никакой заботы о языке, о литературной форме изложения, не имея представления о трудности научно-литературной работы. Вопрос этот очень серьезен. Есть ли в наших вузах, в частности в медицинских (поскольку мы ведем речь об авторах-медиках), дисциплина, изучающая научное творчество, как сложный процесс, органической частью коего является литературное оформление научных работ? Такой специальной дисциплины нет ни в медвузах, ни в учебных планах для аспирантов, и никакая смежная дисциплина не занимается этим вопросом. Надо ли доказывать, что всестороннее изучение научного творчества принесло бы молодым советским ученым большую практическую пользу, воспитало бы в них необходимое чувство ответственности, чувство любви к научному труду, к научному слову, помогло бы им овладеть формой изложения. Короче говоря, в формировании молодых научных работников такая дисциплина сыграла бы большую положительную роль.

Но независимо от того, станет ли научное творчество объектом специального изучения в ближайшем будущем, не подлежит сомнению, что уже сейчас нужен решительный поворот в точке зрения многих научных работников на литературное оформление трудов. Необходимо отрешиться от ложной предвзятой мысли, что можно „хорошо написать“ работу без всякого труда, без особых хлопот.

Привить молодым научным кадрам правильную точку зрения по этому важному вопросу, научить молодежь методике и технике научно-литературной работы обязаны руководители кафедр и клиник, некоторым из которых придется при этом самим основательно переучиваться.

До последнего времени средняя школа уделяла мало внимания теории языка и литературы. Отсюда — серьезные пробелы в грамотности у большого числа молодых специалистов. Руководители ка-

федр и клиник не требовательны, они либерально мирятся с совершенно равнодушным отношением своих молодых сотрудников к вопросам языка и стиля (а иногда и сами страдают тем же...) А ведь вовсе не зазорно было бы засадить их за грамматику, за толковые словари! По воспоминаниям Н. Крупской Владимир Ильич — отличный знаток русского языка — часами просиживал за словарями.

Язык — это орудие мышления. Но этим сложным орудием надо пользоваться умело. Выдающийся языковед А. Пешковский говорил, что там, где нет грамматических знаний, „там не человек владеет языком, а язык владеет человеком“.

* * *

Мы сознательно привели много примеров (хотя это очень маленькая часть нашей своеобразной картотеки), чтобы показать, что плохое литературное оформление медицинских работ носит характер не единичного случая, а *массового* явления.

Может быть, здесь сказывается не столько неграмотность, сколько небрежность авторов. А разве это лучше? Одно другого стоит. Посылка неграмотной недоработанной рукописи — проявление неуважения к своим трудам, к печатному слову, к редакции журнала и к читателям.

Итак, научно-литературная работа — это очень сложная задача. Только упорным, непрестанным трудом, при наличии положительных знаний языка и литературы, достигается то совершенство в изложении, которое делает сложную мысль предельно ясной и всем понятной. Надо прежде всего хорошо продумать содержание работы в целом, установить строгую последовательность своих мыслей, внутренний их распорядок, определить соотношение структурных частей, т. е. надо иметь *план* работы, а затем уже писать. Писать и исправлять, беспощадно вычеркивать и снова писать до тех пор, пока каждая фраза не станет отточенной. Именно так работают все талантливые мастера — писатели и ученые.

Руководящим принципом в научной работе должны быть мудрые слова Маркса: „В науке нет широкой столбовой дороги, и только тот может достигнуть ее сияющих вершин, кто, не страшась усталости, карабкается по ее каменистым тропам“¹⁾.

¹⁾ Маркс и Энгельс, соч., т. XVII, стр. 23.

И. А. ТРУХАЛЕВ

Случай угрожающего желудочно-кишечного кровотечения на почве хронического гастрита

Ленинградский военный красноармейский госпиталь. Научный руководитель проф. П. А. Куриянов

Одно из осложнений язвенной болезни—угрожающее жизни желудочно-кишечное кровотечение, дающее как при консервативном лечении, так и при оперативном у большинства хирургов—процент смертности, исчисляемый десятками, до сих пор еще не получило какого-либо определенного, строго установленного принципа лечения. Существует значительное различие во взглядах на тактику и методы вмешательства, его сроки и т. д. Сторонники консервативного лечения желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни и сторонники активной терапии имеют много данных, чтобы оправдать свою методику лечения и сроки операций.

Если обратиться к цифрам, то мы находим смертность при консервативном лечении от 1 до 26% у разных авторов и при оперативном—от 4 до 39,2%. (Джанелидзе).

Среди последних цифр особенно рельефно выступают данные Финстерера, сторонника резекций в самом начале желудочно-кишечного кровотечения при язве; он получил за последнее время 4,8% смертности—наименьший процент смертности в мировой литературе при оперативном лечении гастродуоденальных кровотечений.

Гастро-дуоденальные кровотечения обусловлены язвенной болезнью, по данным института Склифасовского (Петрова) в 52,5% случаев, по Бульмеру—в 88,7%; остальная часть падает на различные другие заболевания. Сюда входят эрозивные и хронические гастриты, цирроз печени, болезнь Банти, тромбозы, рак желудка, аневризмы и т. д.

Вся беда в том, что мы не всегда еще можем распознать причину кровотечения не только при операции, но даже на секции. Это является коренным вопросом, от решения которого и зависит наша тактика у постели больного при угрожающем жизни гастро-дуоденальном кровотечении.

Диагностические ошибки при распознавании причины кровотечения возможны в отдельных случаях, несмотря на всю тщательность обследования больного.

Одним из заболеваний, как указано было выше, дающим угрожающее жизни желудочно-кишечное кровотечение, является хронический гастрит—в 17% случаев (Петрова).

История болезни. Б-ной Ш-ов, 21 года, колхозник, поступил 28/XII 38 г. в терапевтическое отделение госпиталя с жалобами на сильную общую слабость, головокружение, боли в пояснице, тошноту, с диагнозом пернициозная анемия. Б-ным себя считает с 12/XII 38 г. Вначале у б-ного появилась общая слабость, головокружение; слюнотечение, плохой сон и аппетит. С трудом мог работать, а затем даже не мог.

ходить. За последние 10 дней до поступления в госпиталь у 6-ного были ежедневные рвоты пищей. Общая слабость нарастала. Стул был 5 дней назад.

28/XII 38 г. 6-ной на пути к врачу упал из-за головокружения, был помещен в санчасть, и затем переведен в госпиталь.

По рассказу 6-ного, за последние 2 года он испытывал непостоянно боли под ложечкой, тошноту, иногда изжогу, рвоты не было; к врачу не обращался, питался обычной пищей.

В детстве отмечает какое-то заболевание, сопровождавшееся головокружением, которое появилось и в последующем, и частые носовые кровотечения. Кровоточивости не отмечает.

Других заболеваний не помнит, курит, не пьет. Отец 6-ного страдает каким-то желудочно-кишечным заболеванием.

Состояние 6-ного при поступлении не тяжелое. В лежачем положении головокружения нет (запись дежурного терапевта). Резкая бледность кожи и слизистых оболочек. Легкие—без изменений. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, систолический шум у верхушки сердца, пульс 100-108 в 1' удовлетворительного наполнения.

Живот равномерный, не вздут, мягкий, незначительная болезненность при пальпации в подложечной области. Перкуторно—тимпанит в отлогих отделах живота. Печень и селезенка при пальпации не определяются.

В дальнейшем у 6-ного ночью появилась рвота небольшим количеством крови.

Картина крови; гемоглобин—25%, эритроцитов—1870000, цв. пок.—0,67, лейкоцитоз—12800; эоз.—3%, миелобласты—2%, юные формы—2%, палочкоядерн.—10%, сегм.—68%, лимф.—13%, мон.—2%, нормобласты—5 в препарате, небольшая гипохромия, тромбоцитов—216000, свертываемость крови—10,5.

Плазмодии малярии в крови не обнаружены. Моча нормальная. 29/XII перелито 200 см³ консервированной крови группы В/III. Через 6—8 часов у 6-ного кровавая рвота, через 5 часов вновь рвота кровью в большом количестве. 30/XII—рвота 2 раза без крови. Состояние 6-ного ухудшилось. Артериальное давление 95/40; эритроцитов—1770000. Консультация хирурга; диагноз—язва желудка или duodeni. Днем рвота свернувшейся кровью, противодифтерийная сыворотка—20 см³. 6-ной очень бледен, сонлив, пульс 132 уд. в мин. Консультация проф. Тушинского; диагноз—язва около pylorus'a, видимо, кровоточит с 12/XII 38 г. 31/XII—утром кровавая рвота, перелито 300 см³ крови В/III. Состояние улучшилось.

1/I 39 г. обильная кровавая рвота, пульс малый, частый 140 в 1', временами исчезает. 6-ной на вопросы не отвечает, зрачки расширены. Под кожу—500,0 физиологического раствора соли, трансфузия крови 300 см³+200 см³ 5% глюкозы. Через 2 часа—повторная кровавая рвота и затем рвота желчью. Терапевт поставил вопрос об оперативном вмешательстве. Ex consilio (4 врача)—решено оперировать ввиду непрекращающейся кровавой рвоты. Из-за крайне тяжелого состояния 6-ного решено пойти на паллиативную операцию. 6-ной на операцию согласился. Перелито 400 см³ крови В/III. Местная анестезия. Пробная лапаротомия. Источник кровотечения не обнаружен и после гастротомии. Найдены старые спайки duodeni с печенью. Рубцов, уплотнений на желудке и duodenum нет. Печень без особых видимых изменений. В полости желудка и duodeni—желчь, крови нет, слизистая желудка хрупкая, бархатистая. Рана на желудке и брюшная защита (опер. Гусаров и Трухалев).

После операции состояние 6-ного несколько лучше. 2/I консультация (проф. П. А. Куприянов). Назначения: глюкоза 5% по 500,0 два раза под кожу с инсулином, голод, покой. Вечером состояние 6-ного резко ухудшилось, больной впал в состояние коллапса. Рвота вскоре густками крови больше 2 литров (по записи дежурного хирурга). Перелито—200 см³ крови В/III. Состояние заметно улучшилось.

Кровь 2/I: гемоглобин—28%, эритроциты—1840000; тромбоциты—190240; лейкоцитоз—19400, эозиноф.—0, палочкоядерн.—6, сегм.—70, лимф.—22, мон.—2, нормобласты, пойкилоцитоз, анизоцитоз, полихроматофилия. Свертываемость крови—10. 3/I—состояние оставалось тяжелым; желатина под кожу 100% в колич. 25 см³.

4/I состояние улучшилось. Консультация проф. А. А. Немилова и проф. П. А. Куприянова. Висказано предположение о диффузном кровотечении из слизистой желудка, повторное вмешательство (операция) противопоказано. Рекомендовано переливание малых доз крови до 100 см³ через день, желатина под кожу по 50,0 через день и диета: молоко, яйца всмятку, кисель, протертое пюре.

5/I 39 г. Состояние 6-ного стало хуже. Развились явления правостороннего гнойного паротита с последующим отеком правой половины лица, невозможностью открыть рот. 6/I состояние 6-ного оставалось тяжелым. 2 раза рвота без крови.

В последующие дни состояние 6-ного не улучшалось. 8/I и 10/I—стул черного цвета. Еще 3 раза перелита кровь по 100 см³. 11/I 39 г. Произведен разрез в области gl. parotis, выделилось 2 стакана густого гноя, последний стерилен.

После разреза состояние б-ного стало лучше, и постепенно б-ной начал выздоравливать. Рана после лапаротомии зажила первичным натяжением, в последующем образовался в рубце небольшой инфильтрат, который вскоре исчез. У б-ного были потом незначительные боли под ложечкой, запоры. В картине крови отмечено прогрессирующее нарастание гемоглобина, эритроцитов.

Через м-ц: гемоглобин—56%, эритроц.—3540000. Формула крови, лейкоцитоз в пределах нормы. Свертываемость крови—6 м. Реакция Грегерсена отрицательна.

8/II произведено исследование желудочного сока тонким зондом.

		15	30	45	1 ч.	1 ч. 15	1 ч. 30	1 ч. 45
Натощак—40,0	пробн. завтрак	10	160	30	15	5	5	10
Общ.кислотн.—30	200,0 бульона	21	38	62	31	49	30	37
Свободн.—4 . . .		0	12	38	24	34	22	23
Слизь +	+		+	+	+	+	+	+

15/II рентгеноскопия желудка: желудок формы косого крючка, смещаем свободно. Рельеф слизистой в фундальном отделе крайне неравномерен с ячеистым рисунком; рельеф в области тела плохо дифференцируется; рельеф антрального—резко отечен с выраженной ригидностью. Вначале длительный спазм привратника, а также частично спазм duodeni. Пилорический канал не изменен, bulbus деформаций не представляет. Болезненность разлитого характера, без четкой локализации. Определенных прямых указаний на ulcus не выявлено. Выраженные явления гастрита (Густерин).

17/II: гемоглобин—76%, эритроциты — 3900000, лейкоциты — 6000, эоз. — 3, палочко-ядерн.—2, сегм.—58., лимф.—34, мон.—3, свертываемость — 6, тромбоциты — 250000, РОЭ—18/24. Вес б-ного 72,900 г. Рост 178 см.

В настоящее время б-ной чувствует себя хорошо, заметно пополнился, 28/II выписан в часть. Демобилизован.

Приведенные клинические данные, как-то: анамнез, операционная находка, рентгенологические и лабораторные исследования убеждают нас в правильности выдвинутого диагноза у б-ного. До операции для всех было несомненно, что больной погибает от кровоточащей язвы желудка или duodeni. Неожиданностью было другое—не было найдено источника кровотечения, и погибающий б-ной выздоровел независимо от операции.

Обсуждая этот случай ретроспективно, надо сказать, что операция была не нужна больному. Правильна ли была наша тактика у постели б-ного?

На умирающем б-ном решиться оперировать не легко, но так как кровотечение нарастало и консервативные методы лечения в течение ряда дней были безрезультатны и так как, кроме того, пришлось считаться с возможностью язвенного кровотечения, мы вынуждены были решиться на операцию.

Б-ной был осмотрен 17-ю врачами, из них 3 профессора. Перелито—1680 см³ крови (8 раз), кровавая рвота продолжалась 5 дней.

Пережитый случай, однако, не позволяет нам делать какие-либо выводы, но он может оказать иногда сдерживающее влияние на проведение активной терапии в подобных случаях.

И несомненно прав Нордман, советуя в таких случаях оперировать тогда, когда имеется наличие язвенной болезни и известна локализация старой язвы.

Поступила 11. V. 1939.

И. Э. САНДУКОВСКИЙ

Прободение язвы желудка во время приступа аппендицита

Из хир. отд. Полтавск. 1-й совбольницы (зав. пр. Эйбер С. М.,
главврач Арутюнян С. С.)

Одновременное наличие аппендицита и язвы желудка либо 12-перстной кишки, основанное по мнению Грекова на спазме баугиниевой заслонки и привратника, встречается нередко во врачебной практике. Но развитие перфорации язвы желудка во время приступа острого аппендицита встречается, как указывает Альтгаузен, очень редко.

На нашем материале за 1936 и 1937 годы прошло 105 случаев острого аппендицита и 34 случая прободения язвы, совпадение же гнойного аппендицита и перфорации язвы желудка встретилось впервые, почему мы разрешаем себе описать наш случай.

Б-ной Г., 34 л., 14/III 38 г., в 9 часов вечера, поступил в терапевтическое отделение больницы с жалобами на сильные боли в правой части живота. Боли появились в 8 часов утра того же дня, они начались в правой подвздошной области, сопровождались тошнотой и повторной рвотой. Через 2 часа после появления болей б-ной вынужден был лечь в постель. Температура была повышена. Стула не было. Газы не отходили. В 7 часов вечера почувствовал резкую боль в подложечной области. „Как будто что-то прокололо меня насквозь“, заявляет больной. После этого стало дышать трудно, и больной был отправлен в больницу.

В анамнезе таких приступов болей никогда не было. Иногда после еды бывали изжоги. Инфекционными и вензаболеваниями не болел. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Б-ной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледнорозового цвета.

В сердце и в легких никаких изменений не обнаружено. Язык обложен, влажный, пульс 86 уд. в минуту. Температура 38°. Брюшное дыхание резко ослабело. Передняя брюшная стенка умеренно напряжена, справа больше, нежели слева. При постукивании пальцем по животу определяется резкая боль в правой подвздошной области. В остальных отделах болезненность менее интенсивна. Симптом Блюмберга положительный. Печеночная тупость менее отчетлива.

Начало заболевания, последовательность в появлении болей—начало в 8 часов утра в правой подвздошной области и внезапное, характерное для перфорации язвы, ухудшение к вечеру—заставило нас обратиться к консультации рентгенолога (в терапевтическом отделении поставлен был диагноз прободного аппендицита). На экране свободного газа в брюшной полости не оказалось. К этому времени больной жаловался на боли исключительно в правой подвздошной области.

Через 2 часа после поступления в больницу под общим эфирным наркозом произведена операция (Сандуковский). Разрез в правой подвздошной области. По вскрытии брюшины выделилось значительное количество мутного, светло-зеленого выпота. Отросток флегмонозно воспален, отечен, длиной 8 см, весь в спайках на укороченной инфильтрированной брыжейке. Из-за сильного напряжения отросток не отдален, как это мы обычно делаем, у своего основания. После лигирования культи с трудом инвагинирована. В виду того, что макроскопические изменения отростка вполне соответствовали острому аппендициту, мы, возможно, этим бы и закончили операцию, тем более, что врачи, участвовавшие в консилиуме и присутствовавшие на операции

указывали на правильность своего диагноза. Но мы, находясь под впечатлением слов б-ного, указывавшего на „прокол“ в подложечной области, решили произвести ревизию желудка.

По вскрытии брюшной полости было обнаружено прободное отверстие в препилорическом отделе желудка. Отверстие ушито, с последующей свободной пластикой сальником. Рана послойно зашита наглухо. При разрезе отростка из полости его вылилось мутное гнойное содержимое. Слизистая его отечна с множественными кровоизлияниями.

Послеоперационный период протекал гладко. На 10-й день сняты швы на обоих разрезах. Заживление ран с небольшим нагноением. На 16-й день больной выписан в хорошем состоянии для амбулаторного лечения.

Воспалительно - деструктивные изменения в отростке не оставляли никакого сомнения в том, что в данном случае имелся гнойный аппендицит в сочетании с прободной язвой желудка. За то, что острый приступ аппендицита предшествовал прободению язвы желудка, говорят анамнестические данные и изменения в отростке, которые могли развиваться только за значительно более длительный срок. Прободение же язвы произошло за 2 часа до операции. Достаточно характерный анамнез, несмотря на неполноту клинической картины, дал нам возможность не пропустить прободную язву желудка.

Поступила 2. 1. 1939.

С. В. ПОЛИКАРПОВ

Лечение болезни Банга переливанием крови

По материалу Д. В. филиала ЦИПК

Болезнь Банга (бруцеллез), не имея широкого распространения, все же нередко встречается в ряде областей Советского Союза (Зап. Сибирь, Урал, Нижняя Волга и др.). Заболевание, давая рецидивы и протекая месяцами, а иногда годами, обрекает больных на длительную нетрудоспособность. Борьба с бруцеллезом крайне трудна. Все внимание, несомненно, должно быть обращено на профилактику заболевания, т. е. на ликвидацию эпизоотий, предохранительное вакцинирование скота и т. п.

При бруцеллезе применялись вакциноterapia, серотерапия, протеинотерапия, аутогемотерапия и др. В последние годы применяется электраргол и *ing. Credè* (1936, Заводской), буксирование по Сперанскому (Заводской, Ямпольский). Коновалова и Астраханов использовали в лечении бруцеллеза массивные дозы поливалентной бруцеллезной вакцины. Несмотря на то, что предложено много разнообразных методов лечения болезни, правильнее будет считать, что эффективных способов мы не имеем, а специфической терапии болезни Банга не существует. Все методы лечения дают лишь тот или иной эффект, повидимому, кратковременного характера, и не предупреждают возникновения рецидивов.

Принимая во внимание, что вопрос о терапии бруцеллеза представляет большой интерес, мы и считаем возможным сообщить результаты лечения болезни Банга переливанием крови в 4 наших случаях.

Ист. бол. № 1279. Больной Коростелев, радиотехник, 22 лет, поступил в инфекционное отделение Хабаровской больницы 23/VIII 1933 г. по поводу лихорадочного состояния неясной этиологии. Болен с 12/VIII 33 г. В течение 4 месяцев температура периодически поднимается до 39 — 40,0°. Плазмодии малярии в крови не найдены. Лечение хинином оказалось безрезультатным 17/XII 33 г. — реакция Райта 1/400. Диагностирована болезнь Банга. 19/XII 1933 г. трансфузия свежесцитратной крови 250 см³

П(А) группы. После трансфузии—озноб в течение часа. На следующий день отмечено хорошее общее состояние и нормальная температура, которая держалась в течение двух недель пребывания в стационаре, после чего больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

В данном случае трансфузия крови дала прекрасный результат, она купировала лихорадочное состояние, которое считалось вначале хроническим сепсисом, стойко держалось в течение четырех месяцев и не поддавалось воздействию ряда терапевтических мероприятий. Клиническое выздоровление связано, таким образом, только с трансфузией крови.

История бол. № 985/118. Б-ная Белозубова, 31 г., раб., 22/II 1934 г. поступила в инфекционное отделение с диагнозом брюшного тифа. Летом 1933 г. больная работала дояркой овец в одном из колхозов Уральской области, где в тот период наблюдались аборты у овец и коров. В инфекционном отделении диагностирована болезнь Банга. Реакция Райта — 1/1600, 20/V 1934 г. перелито 250 см³ консервированной крови. После трансфузии держался озноб в течение двух часов, температура поднялась до 39°. Спустя 7 дней появился хороший аппетит, сон, улучшилось самочувствие, появилась бодрость и вскоре восстановилась трудоспособность; реакция Райта—1/800.

В 1934 и 1935 гг. у нас имелось еще 2 случая бруцеллеза, в которых применена трансфузия крови (3-й случай с реакцией Райта—1/1600, 4-й случай—1/400).

Во всех четырех случаях мы видели после переливания крови непосредственно хороший результат.

Хотя рецидивов мы не наблюдали, но возможность их в наших случаях не исключена, так как наблюдения за больными были ограничены сроком в 5 месяцев.

Трансфузию крови при бруцеллезе с 1933 г. применяет Тарпи (20 случаев). Автор пришел к убеждению, что случаи бруцеллеза легкой и средней тяжести с субфебрильной температурой и со сравнительно небольшой продолжительностью от начала болезни давали неизменно хороший и стойкий результат. В других случаях, по мнению Тарпи, эффект мало вероятен.

В отдельных случаях у нас и у Тарпи переливание крови бруцеллезным больным оказало обрывающее действие на течение заболевания, что можно сравнить с эффектом трансфузий у скарлатинозных больных (Зюков).

Болезнь Банга в своей клинической картине имеет яркие черты аллергического состояния. „Поэтому основная задача терапии инфекционной болезни — десенсибилизировать организм в самом начале заболевания“ (Богомолец).

Исходя из взглядов Богомольца, мы вправе ожидать от переливания крови при болезни Банга хороших результатов. Последние будут тем лучше, чем раньше трансфузия применена.

Некоторые случаи, в которых лечение трансфузией не увенчалось успехом, касаются больных с длительным заболеванием.

По нашему мнению, реакция Райта с титром 1/50—1/100 делает диагностику болезни Банга сомнительной, тем более, что такой титр наблюдается и у больных, в прошлом перенесших бруцеллез. Видимо, часть тех трансфузий, которые не дают эффекта, производятся больным с ошибочным диагнозом болезни Банга.

Наш опыт и данные Тарпи позволяют рекомендовать трансфузию крови во всех случаях бруцеллеза, а в особенности при ранних ее формах, в стадии сенсibilизации организма.

Обзоры, рецензии, рефераты и проч.

Г. А. ОРЛОВА

О развитии пернициозной анемии после резекции желудка

Из факультетской терапевтической клиники (директор проф. К. А. Дрягин) педиатрического факультета Казанского государственного медицинского института

Связь между желудочно-кишечным трактом и кроветворной системой обращает на себя внимание давно. Еще в 1850 г. Фенвик отметил влияние желудочной ахилии на содержание эритроцитов и гемоглобина в периферической крови. Он предполагал, что изменения крови при пернициозной анемии есть прямое следствие атрофии слизистой оболочки желудка и связанной с ней ахилии.

Фабер в 1895 г. описал четыре случая стриктуры тонких кишок, сопровождавшихся гиперхромной анемией типа пернициозной. В 1901 г. Гравиц указывал на связь многих анемий с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Он считал, что причиной возникновения пернициозной анемии является интоксикация, исходящая из кишечника, и на этом основании построил свой метод лечения пернициозной анемии промываниями кишечника.

Зейдергельм, Кацнельсон, Вейнер и др. основным этиологическим фактором пернициозной анемии считают ахлоргидрию. Особого внимания заслуживают т. н. „агастрические анемии“ (Моравиц), анемии как гипохромного, так и гиперхромного типа, развивающиеся в связи с полной или частичной резекцией желудка. Особенность агастрических анемий заключается в том, что они появляются не вслед за операцией, а спустя определенный промежуток времени, по одним авторам от 3 до 10 лет (Гутцейт), по другим — от 2 до 15 лет (Ципкин).

Первое сообщение о развитии анемии пернициозного типа после резекции желудка сделано в 1910—11 гг. Моиниханом (Moynihan). В его случае резекция, произведенная по поводу рака желудка, привела к анемии через 3 года. Позднее появились сообщения Шультена, Деннинга и Гохрейна. Каждый из них наблюдал по одному случаю гиперхромной анемии, развившейся через 8—9 лет после резекции желудка. В случае Гохрейна гиперхромная анемия сопровождалась наличием гунтеровского глоссита. Последующие, как экспериментальные, так и клинические наблюдения подтвердили возможность развития подобных форм анемий.

Экспериментальные работы Мейленграхта показывают, что пернициозная анемия развивается при удалении значительной части желудка, т. е. противоянемический фактор Кестле, — с которым он связывает происхождение анемии, — продуцируется как в железах привратника и кардиального отдела, так и в бруннеровских железах

желудка; частичная резекция может не повлечь за собой развитых анемий, потому что она не исключает целиком противоанемический фактор. То же подтверждает и Венке, который, удаляя у свиней весь желудок, через год обнаруживал у них гипохромную, а через 2—3 года гиперхромную мегалоцитарную анемию. Другие авторы связывают происхождение противоанемического фактора с определенными отделами желудка: входом в желудок (Бругш), дном (Гутцейт и Герман), пилорической частью (Гутцейтбергер) и поэтому они считают, что только резекция этих отделов вызывает впоследствии анемию. Дедихен в течение 15 лет наблюдал 164 больных анемией после резекции желудка, в большинстве случаев—гипохромного типа, но в более редких—и гиперхромного. Он же отметил, что после резекции по Бильрот I процент анемий наименьший, а после Бильрот II—в особенности при модификации по Полия—процент значительно возрастает, что автор связывает с более быстрым переходом пищи из желудка в кишечник.

Шустров и Владос подтверждают возможность развития пернициозной анемии после гастрэктомии, ссылаясь на описание Маго и Белл четырех случаев настоящей пернициозной анемии после резекции. Гукасян наблюдал 25 больных с резецированными желудками. Почти во всех случаях имелаась анемия чаще гипохромная, реже гиперхромная. В одном случае автору удалось проследить переход из гипохромной анемии в гиперхромную.

Флейшгаккер и Клима среди 200 больных с пернициозной анемией и 120 с сифилитической хлоранемией обнаружил 27 чел., подвергавшихся операциям по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта, причем у 18 была обнаружена хлоранемия и у 9 больных—злокачественное малокровие. (Цитируется по Аринкину, Сов. медицина, 1938).

Из 24 человек, подвергавшихся резекции, Дульцин обнаружил анемическое состояние у одного. Негели считал, что гиперхромную анемию после резекции желудка не следует считать пернициозной, потому что для такой анемии не характерен эмбриональный тип кроветворения, который имеет место при пернициозной анемии, т. е. агастрические анемии принципиально отличны от пернициозной; кроме того он считает недоказанным тот факт, что пернициозная анемия связана именно с резекцией, а не могла бы появиться у данного больного и без резекции желудка.

Вопрос о пернициозной анемии в связи с резекцией желудка был программным на XXIV Всесоюзном съезде хирургов и служил предметом оживленных дискуссий.

Райгородский и Лебедева высказались за возможность развития анемий гипохромного и гиперхромного типа после резекций желудка. Из 40 больных, подвергшихся резекции желудка по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки от 1 до 13 лет тому назад, авторы в одном случае наблюдали явно выраженную пернициозную анемию, а в двух случаях—гипохромную анемию. Юдин высказывался, наоборот, в том смысле, что даже тотальная резекция желудка редко ведет к развитию анемических состояний. Он ссылается на материал в 500 случаев; при обследовании этих лиц на отдаленных сроках (через 3—15 лет) после операций он ни у одного из них не нашел пернициозной анемии. Кроме того, он приводит материал Гордона (130 случаев) и Шпилевской (150), где резекция желудка ни в одном

случае впоследствии не сопровождалась пернициозной анемией. Оглобин и Савиных также утверждали, что резекция желудка не вызывает каких-либо изменений крови. Наоборот, профессор Герцен, выступая в прениях, возражал против подобного заключения и привел случай злокачественного малокровия (который он наблюдал в своей клинике), развившегося через 9 лет после тотальной резекции желудка. Он считает, что резекция желудка не всегда ведет к пернициозной анемии потому, что это зависит от степени резекции: операция, сделанная экономно, может не вызвать анемического состояния, тогда как обширная резекция может обусловить тяжелую анемию.

По вопросу патогенеза пернициозной анемии после гастрэктомии есть предположение, что анемия развивается в связи с нарушением обмена железа. Резекция, обуславливающая в большинстве случаев ахилию, ведет к нарушению процессов ионизации железа, и после того, как все резервы железа израсходованы, развивается анемия (Роле, Фонстер). Другие авторы (Мейленграхт, Бругш, Генес, Гутцейт, Герман, Гутцейтбергер, Герцен и др.) считают, что полная или частичная резекция ведет к выключению противоанемического фактора Кестле, и именно это способствует развитию пернициозной анемии.

Тот факт, что анемии, в том числе и пернициозная, развиваются далеко не во всех случаях резекции, объясняют необходимостью определенной конституциональной почвы, или других предрасполагающих моментов в виде инфекции, кровотечений и т. д. (Дульцин).

В приводимом случае, который мы наблюдали, не удалось отметить каких-либо предрасполагающих моментов.

Больной З. С., 50 лет, поступил в клинику 27.X. 1939 г. с жалобами на колющие боли и жжение в области языка, боли в подложечной области, жидкий стул до 4—5 раз в день, общую слабость. Больным себя считает с апреля 1939 г., заболевание развивалось постепенно; с октября 1939 г. общее состояние значительно ухудшилось. Рос здоровым ребенком; взрослый ничем не болел, кроме язвы желудка, по поводу которой 5/X 1931 г. была произведена резекция двух нижних третей. После операции в течение 8 лет, т. е. до апреля 1939 г., чувствовал себя совершенно здоровым, работал конюхом, грузчиком. Венерические болезни отрицает. Наследственность здоровая. Женат, имеет 4 здоровых детей. Курит умеренно, пьет мало.

Status praesens. Питание понижено; имеется деформация левого плечевого пояса с атрофией мышц (результат ушиба в детстве). Кожа сухая, дряблая с желтоватым оттенком. По средней линии в подложечной области рубец после лапаротомии. Склеры и слизистая твердого неба также слегка субиктеричны. Лимфатические железы, шейные и подмышечные, увеличены до размера горошины, подчелюстные — до размера лесного ореха. В зеве без особых патологических изменений. Поверхность языка гладкая, сосочки атрофированы; на нижней поверхности и по краям языка следы раздражения и афтозные язвочки. Зубов осталось 6.

Сердце — границы нормальные, тоны глуховаты, выслушивается шум волчка. Патологической акцентуации не отмечено. Пульс 100 ударов в 1', ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. В легких — умеренно выраженная эмфизема. Нижний край печени выступает на 2½ поперечных пальца из-под края реберной дуги, слегка болезненный, консистенция плотная. Селезенка не пальпируется. Отмечена разлитая болезненность в подложечной области, особенно в области рубца.

Со стороны нервной системы: легкая анисокория, понижены сухожильные коленные и ахилловы рефлексы. Реакция Вассермана отрицательная. Пункция костного мозга от 26.II 1939 г. показала нормобластический тип кроветворения. Данные исследования крови от 4.II.1939 г.: эритроцитов 2310000, гемоглобина 56%, цветовой показатель 1,2. Встречаются мегалциты. Выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия. Лейкоцитов — 4200. Эозинофилов — 0,5%, палочкоядерных 13%, сегментоядерных — 22%, лимфоцитов — 63%, моноцитов — 1,5%. РОЭ — 48 мм в 1 час по Панченкову. Тромбоцитов 101.200.

Анализ желудочного содержимого, добытого 28/X 1939 г. тонким зондом с алкогольным завтраком по Эрману, дал следующие результаты: натошак свободной соляной кислоты 0, общая кислотность 20; в осадке — слизи, лейкоциты и в небольшом количестве плоский эпителий. После пробного завтрака свободная соляная кислота во всех порциях отсутствует, а общая кислотность до 10. Реакции на кровь и молочную кислоту отрицательны. Краска нейтральрот (введено 2 см³ 1% раствора внутримышечно) не появилась в желудочном содержимом в течение последующих полутора часов. В моче патологических изменений не найдено; реакция на уробилин положительная. Кал кашицеобразен, без слизи и крови, при микроскопии содержит много непереваренных мышечных волокон и растительной клетчатки. Неоднократное исследование на яйца глист дало отрицательные результаты.

Реакция на стеркобилин положительная, на скрытое кровотечение — отрицательная. Рентгеноскопия 29.II.1939 г. Желудок маленького размера, длиной не больше 8 см, смещаемость свободна, перистальтика умеренная, складки слизистой не проецируются. Контрастная масса тотчас же переходит в кишечник, без задержки в желудке. Бодлезненности в области желудка не отмечается. Больной находился в клинике около трех месяцев. Лечение заключалось в применении печени в полусыром, полужареном виде по 200 г ежедневно. Два раза сделано переливание крови 100—200 см³, больной получил курс инъекций мышьяка, регулярно принимал соляную кислоту. За время пребывания в клинике больной прибыл в весе на 9 кг. Выписан с хорошим самочувствием и значительным улучшением картины красной крови. Картина крови от 13.III.1940 г.: эритроцитов — 4690000, гемоглобина — 88%, цветовой показатель — 0,94; анизоцитоз, пойкилоцитоз слабо выражены; лейкоцитоз — 6600, эозинофилов — 1,5%, палочкоядерных — 15%, сегментоядерных — 38,5%, лимфоцитов — 39,5%, моноцитов — 5,5%. РОЭ 14 мм в час. Тромбоцитов — 280600.

Данный случай мы рассматриваем, как пернициозную анемию, развившуюся в связи с произведенной 8 лет тому назад резекцией желудка по поводу язвы. Диагноз пернициозной анемии был поставлен на основании гиперхромии, мегалоцитоза (диаметр отдельных эритроцитов до 14 микрон) красной крови, тромбопении (количество тромбоцитов уменьшено до 101200 в 1 мм³ крови), лейкопении и относительного лимфоцитоза, признаков повышенного гемолиза (билирубин в сыворотке крови до 12 мг%, уробилин в моче), наличия гунтеровского глоссита, органической ахилии и, наконец, на основании эффективности печеночной терапии.

Тот факт, что пункция костного мозга, произведенная через месяц после поступления больного в клинику, дала нормобластический тип кроветворения, следует, очевидно, объяснить наступившим улучшением при печеночной терапии. Из литературных данных известно, что мегалобласты из костного мозга могут исчезнуть уже через 70 часов после начала лечения печенью.

При дифференциальном диагнозе мы считали необходимым в первую очередь исключить злокачественное новообразование желудка, т. к. возраст больного, желудочные жалобы и ранее бывшее заболевание желудка вызвали настороженность в данном отношении, тем более, что в литературе имеются указания на возможность развития пернициозноподобной анемии при раке. Данные рентгеноскопии и, особенно, последующий эффект печеночной терапии позволили отказать от подобного подозрения.

Заметное увеличение печени у нашего больного хотя и не противоречит диагнозу пернициозной анемии, но все же заставляет исключить диффузное цирротическое поражение печени, которое может, по наблюдению некоторых авторов (Мейленграхт, Шультен, Маламос и др.), сопровождаться анемией макроцитарного типа; но гиперхромия, глоссит, ахилия и отсутствие указаний на желтуху у нашего больного едва-ли укладываются в рамки цирротического поражения печени с последующим развитием анемии.

Вывод: Под влиянием гастрэктомии возможно, повидимому, развитие как гипохромной (чаще), так и пернициозной (редко) анемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аринкин, Сов. мед., 20, 1939; — 2. Виноградов. Терапевт. архив, 17—3, 1939; — 3. Генес, Монография, 1938; — 4. Герцен, Труды XXIV Всесоюзного съезда хирургов, Харьков, 1938; — 5. Гиришфельд, Учебник крови, Москва, 1930; — 6. Гукасян, Терапевт. архив, 15—3, 1937; — 7. Гукасян, Смотров и Судакова, Клин. мед. 18—1, 1940; — 8. Gutzeit, Klin. Woch. 2, 1932. — 9. Gutzeit, Münch. med. Woch. 10, 1932; — 10. Дедихен, Центр. м. ж. 2, 1935; — 21. Дульцин, Клинич. мед. 18—1, 1940; 12. Истомина, Каз. мед. журн., 1937; — 13. Мейленграхт, Центр. м. ж., 19, 1938; — 14. Оглобин, Труды XXIV Всесоюзного съезда хирургов, Харьков, 1938; — 15. Райгородский и Лебедева, Труды XXIV Всесоюзного съезда хирургов, Харьков, 1938; — 16. Storti E., Центр. реф. м. ж. 20—4, — 5, 1937; — 17. Троунианский, Клинич. медицина, 16—11, 1938; — 18. Villa Z. и Sala, Klin. Woch. 925, 26, 1937; — 19. Юдин, Труды XXIV Всесоюзного съезда хирургов, Харьков, 1938; — 20. Ципкин, Клинич. медиц., 16—8, 1938; — 21. Ципкин, Клинич. медиц., 17—9—10, 1939; — 22. Шустров и Владос, Клинич. гематология, Москва, 1937.

Поступила 25.IV.1940.

РЕЦЕНЗИИ

М. Л. Выдрин, доктор мед. наук. *Учебник акушерства*. Гос. издат БССР. Минск, 1938, 291 стр. текста и 159 ст. рисунков. Цена 8 р. 50 коп.

Содержание учебника близко к программе медиц. вузов. Он делится на: I—физиологическую часть, II—патологическую часть, III—оперативно-акушерскую и IV—атлас рисунков.

В I ч. кратко излагается зачатие, предпосылки для него, развитие оплодотворенного яйца. Изменения в слизистой оболочке матки, характеристика околоплодной жидкости, строение и значение последа.

В этой же части излагается биология внутриутробного плода, обмен веществ, кровообращение и особенности его интранатального существования.

Уточняется понятие зрелого плода, излагаются вариации его положения и членораспределения. Для более удобного запоминания автор приводит схему, уясняющую различные ситуации плода.

Затем кратко излагается специфика изменений как в половой системе, так и во всем организме женщины во время беременности. Автор проводит правильный и современный взгляд, что беременность является пробой резервных сил организма, а у здоровых женщин она ведет к укреплению организма.

В подразделе „акушерское исследование“ отчетливо излагаются достоверные и положительные признаки беременности. Дается оценка значимости ряда факторов как со стороны акушерского, так и специального анамнеза.

Касаясь охраны здоровья беременных женщин, автор проводит правильную концепцию, что женщины, занимающиеся физическим трудом и привычные к нему, обычно хорошо справляются с беременностью и им рекомендуется не изменять обычного режима до начала декретного отпуска.

В этом отделе нехватает хотя бы краткого изложения организационных основ советского родовспоможения с более детальным подчеркиванием (чем это имеется) роли консультации для женщин и значимости осуществления при помощи ее т. н. перекрестной связи с роддомом.

В отношении гигиенических советов беременной нельзя безоговорочно согласиться (хотя бы и по назначению врача) с разрешением беременным спринцеваться.

Так же нельзя согласиться с разрешением беременным употреблять „по потребности“ соленую и кислую пищу.

Второй отдел—физиология родов и послеродового периода—изложен ясно, и в нем дается много полезных практических сведений.

Среди способов защиты промежности, к сожалению, не упоминается реальный и простейший способ введения во влагалище во время прорезывания головки стерильного вазелинового масла (Моск. мед. журнал, № 5, 1925).

Очень хорошо изложена физиология новорожденного и уход за ним. Этот отдел дает много ценных, чрезвычайно просто и убедительно изложенных и легко запоминающихся деталей.

При изложении патологии беременности в части, касающейся искусственного аборта, очень важно было бы привести показания и противопоказания к искусственному аборту, а также показать изучающему акушерство нашу советскую структуру абортивных комиссий.

В этой главе можно оспаривать и я бы сказал даже: отрицать целесообразность введения во влагалище полоски марли после операции искусственного аборта, а также применение постоянного орошения при дихорадающем аборте.

II отдел — заболевания организма матери — токсикозы беременности, болезни внеполового происхождения и половые заболевания — представляет собой удачное изложение акушерской патологии, где затронуты смежные отделы медицины. Должно отметить правильное и весьма объективное отношение к туберкулезу, гонорее и сифилису с акушерской точки зрения, а также ряд ценных существенных практических советов клинического порядка.

В отделе токсикозов было бы желательно более определенно отвергнуть применение морфия при эклампсии, ввиду угнетающего действия его на диурез.

Автор излагает современные взгляды и высказывания очень схематично, отчего порой страдает точность и фактическая сторона дела, так напр. нельзя считать безусловно установленным, что во время беременности гонокки погибают (стр. 159) под влиянием давления растущего яйца.

В отделе токсикозов автор рекомендует оригинальный метод лечения неукротимой рвоты беременных (стр. 146), эффективно проводимый в его клинике — интрамускулярными инъекциями плацентарной гетерогенной крови.

При изложении дифференциального диагноза пузырного заноса, особенно его деструктивной формы, целесообразно было бы указать на значимость при этом реакции Ашгейма — Цондека. Хорошо изложена внематочная беременность.

Патология и терапия родового акта. При изложении этой главы и при трактовке слабости родовой деятельности, необходимо, с современной точки зрения, более категорически отвергнуть пользование влагалищными душами.

В этой же главе приводится классификация узких тазов. Особенности течения родов как при аномалиях таза, так и при аномалии мягких родовых путей. Разрыв матки изложен несколько схематично и весьма желательно дополнить картину этой очень важной патологии деталями клинических данных.

Вполне удовлетворяет практическим целям классификация кровотечений во время родов и хорошо обоснована терапия их.

Раздел послеродовых заболеваний представлен более кратко, чем другие главы, в нем приводятся лишь способы, испытанные в клинике Минского мед. института. Кратко, но ясно изложены заболевания новорожденных. Заключительный отдел — акушерские операции — хотя очень конспективен, но здесь вкратце даны основные понятия о каждом оперативном способе и перечислены условия их применения, кроме того, даются полезные советы, направленные к предупреждению технических ошибок. Помещение рисунков вне текста неудобно. К достоинствам атласа, приложенного к учебнику, относится то, что кроме серии обычных рисунков проф. Выдрин привел ряд новых оригинальных иллюстраций с подробными объяснениями.

Учебник составлен удачно и заслуживает распространения.

Профессор Сердюков.

Академик В. П. Воробьев. *Атлас анатомии человека*. Медгиз, 1938. Подготовленный к печати проф. Р. Д. Синельниковым 1-й том, хорошо изданный на прекрасной бумаге с четкими клише, охватывает 2 первых отдела анатомии: остеологию и синдесмологию. Остеология изложена на 158 страницах, синдесмология на 190 страницах.

Часть рисунков, помещенных в издании, является оригинальными, другая часть заимствована. Новостью издания можно считать значительное количество рентгенограмм, хорошо передающих взаимоотношение частей скелета в живом организме.

Текст, сопровождающий иллюстрации, по объему и по характеру изложения соответствует современным требованиям. Тем более досадно, что это дорогое и внешне хорошо выполненное издание богато погрешностями, которые не всегда укладываются в рубрику опечаток. Так, на странице 24-й в описании позвонков говорится: „Суставная поверхность верхнего отростка обращена кзади, нижняя — кпереди“. Это верно только в отношении грудных позвонков. Далее, на стр. 31-й читаем: „Иногда 1 грудной позвонок также имеет одну реберную ямку, если первое ребро сочленяется своей головкой только с его телом“. С этим согласиться никак нельзя, т. к. в этом случае на 1 позвонок будет 1½ ямки. Чтобы в этом убедиться, достаточно посмотреть на рис. 25, приводимый автором.

На стр. 77-й автор пишет, что „четвертый, нижний край кости (теменной) гладкий, заостренный, на него накладывается верхним краем чешуя височной кости“. Следует добавить — и большое крыло клиновидной. На стр. 126-й в описании скуловой кости сообщается, что „Она соединяется со скуловыми отростками височной, основной, лобной и верхнечелюстной костей“. У основной кости скулового отростка нет.

На стр. 137-й автор сообщает: „*Fonticulus sphenoidalis* и *fonticulus mastoideus* зарастают к моменту рождения“ и в подтверждение этого на той же странице приводит рисунок 158 — череп поворожденного, где оба родничка никаких признаков зарастания не обнаруживают. Как это увязать? На стр. 143-й описывается *fossa cranii media*, причем указывается, что „боковые отверстия этой ямы выполнены височными долями полушарий мозга“... Трудно понять, что это значит. На той же странице, в описании передней черепной ямы говорится: „Передняя черепная яма, *fossa cranii anterior*, менее глубокая. Дно ее образуют мозговые поверхности носовой и глазничных частей лобной кости“. Носовая часть в образовании дна передней черепной ямы не участвует. На той же странице, несколько ниже, в описании задней черепной ямы указывается, что „Дно ее образуется телом, боковыми частями и участками чешуи затылочной кости и задней поверхностью пирамидки височной кости“. А *pars mastoidea* разве не участвует? На той же странице автор пишет, что „Являясь продолжением поперечной борозды, *sulcus transversus*, S-образная борозда направляется на теменную и височную кости и заканчивается у *foramen jugulare*“. С височной кости борозда опять возвращается на затылочную под названием *Sulcus jugularis* и затем уже заканчивается у *for. jugulare*. *Capitulum* головчатой кости находится не в дистальном отделе этой кости, как это указано на стр. 183, а в проксимальном. Автор пишет, что „Между передним краем мембраны (*pn. atlantoepistrophe*) и задней поверхностью суставного отростка с каждой стороны остается отверстие (стр. 267) Здесь суставных отростков ни у I, ни у II позвонков нет.

На стр. 290 говорится, что „Связка эта (*lig. transversum scapulae superius*) перебрасывается над *incisura scapulae* и ограничивает лопаточную вырезку, образуя отверстие, через которое проходит сосуда и нерв“. Через это отверстие проходит только нерв, а артерия перекидывается над связкой. На стр. 297 читаем: „*art. radioulnaris sup. s. proximalis* — между суставной окружностью головки луча и полудунной вырезкой локтевой кости“. Это неверно. Полулунная вырезка (*incisura semilunaris*) в образовании этого сустава не участвует. Для этого имеется особая вырезка — *incisura radialis ulnae*.

Кроме того, имеется ряд неточностей в обозначениях на рисунках. Так, например, на рисунке № 72 обозначения *tuberculum jugulare* и *processus jugularis* перепутаны местами. На рис. № 74—76 изображены различные стадии развития затылочной кости без указания возраста плода, вследствие чего рисунки теряют всякую ценность. На рис. 98 обозначения — „*crista temporalis*“ и „*facies temporalis*“ следует заменить терминами *crista* и *facies infratemporalis*. На рис. 147 обозначено: „*Suicus mylohyoideus*“ — однако это *fovea submaxillaris*, что ясно видно при сравнении с противоположной стороной рисунка. На рис. 158 обозначение „*Pugamis (basis)*“ вызывает полное недоумение. Если это *pugamis* височной кости, то почему она оказалась сзади *partis mastoideae*? На рис. 161 обозначения 30 и 40 указывают на симметричные точки черепа, однако в одном случае автор этот пункт называет *Sutura occipitomastoidea*, а в другом *Sutura lambdoidea*. Обозначение 33 и 35 указывают на одно и то же образование, но пояснения гласят: 33 — *linea nuchae superior*, 35 — *linea nuchae suprema*. Очевидная путаница в том и другом случае. На рис. 163 одно из обозначений „*sutura squamosa*“ указывает не на этот шов, а на *sutura sphenotemporalis* (Ср. текст на стр. 91). Обозначение „*Pars lateralis ossis occipitalis*“ указывает уже в область чешуи этой кости. Другое обозначение „*sutura squamosa*“ указывает не на него, а на *sutura coronalis*. На рис. 165 и 165а подпись гласит: „Наружная стенка скелета носовой полости справа. Однако на том и другом рисунке она изображена слева. На рис. 168—169 одно и то же образование на одном рисунке обозначено термином „*incisura supraorbitalis*“, а на другом „*incisura frontalis*“. Чему же верить? На рис. 289 указана „*Facies articularis с os metatarsale IV*“. С этой костью изображенная на рисунке *os cuneiforme 1* не сочленяется. На рис. 353 изображен „*M. flexor digitorum profundus*“. Почему же он оказался на дорзальной поверхности? Рис. 361. Подпись под рисунком: „Левая кисть ... в состоянии приведения“. Изображена же она в состоянии отведения. Рис. 362 — то же самое: подпись — „отведения“, снимок в положении приведения. Рис. 369. Обозначения: „*Lig. sacrococcygeum post. profundum*“ и „*Lig. sacrococcygeum post. superficiale*“ перепутаны местами. На рис. 372 обозначение „*os pubis*“ указывает в пределы *os ischii*. На рис. 400 фигурирует „*Lig. calcaneosuboдеонаviculare*“. Такой связи нет. Следует — *lig. cuboдеонаviculare*.

Кроме того, имеется еще ряд опечаток и грамматических неточностей в латинской терминологии. Например, на рис. 73 „*For. transversaria*“ автор почему-то именует

здесь *for. intertransversaria*. Рис. 84. Термины: „*Sulcus ethmoidale anterior*“ и „*Sulcus ethmoidale posterior*“ грамматически неправильны. Следует *Sulcus ethmoidalis anterior* и *posterior*. На стр. 89 автор пишет: „Большие крылья отделены от малых нижней глазничной щелью, *fissura orbitalis superior*“. Термин *superior* означает не нижняя, а верхняя. На стр. 143-й говорится, что „Сбоку от отверстия этого канала возвышается *tuberculum jugulare*, медиальнее которого боковые части затылочной кости сходятся с нижним краем пирамидок височных костей“. Это происходит не медиальнее, а латеральнее. На рис. 360 вместо „*art. radiocarpalis*“ следует *art. radiocarpa*. Есть ряд неудачных переводов латинских терминов. Так, напр., на стр. 27 термин „*fovea dentis*“ автор переводит — площадка зуба“, тогда как слово *fovea* означает ямку. На стр. 31 термин „*fovea costalis transversalis*“ переведен — фасетка поперечного отростка, тогда как это означает — реберная ямка поперечного отростка.

Имеется ряд своеобразных выражений: на стр. 100 выражение „Кнутри от верхнего угла, несколько на середине задней поверхности“... нельзя признать удачным; то же самое на стр. 126: мало удачно выражение „несколько четырехугольной формы“; слова вклиняющийся“ (стр. 102, 114), „на стороны“ (141) точно так же грамматически неправильны. Есть ряд непонятных утверждений. Так, на стр. 326 автор пишет, что „Суставная сумка, *capsula articularis* (коленного сустава), плотно сращена с костями“. Что это значит? Разве в других суставах иначе?

Не касаясь других погрешностей текста и обозначений, мы считаем, что столь важное педагогически и дорогое по осуществлению издание требует от выпустившего его в свет ответственного исполнителя, закончившего и подготовившего его к печати, более тщательного и строгого отношения. Тем более, что автор небольшого предисловия к атласу пишет, отмечая наши отечественные успехи, так: „Невидимая я нигде в мире по своим масштабам постановка медицинского образования в нашей стране обусловила и успехи советской анатомии“. Как ни коротко это предисловие, но даже и в нем дело не обошлось без обидной для нашей науки опечатки, искажающей смысл сказанного.

Профессор В. Н. Терновский, доцент В. Н. Мурат»

П. П. СЕМЕНТОВСКИЙ

В июле 1940 года на 76 году жизни умер один из старейших хирургов Поволжья Павел Петрович Сементовский. П. П. принимал активное участие в революционном движении. Он дважды исключался из Казанского университета за участие в студенческих беспорядках в 1887 году и в 1889 году — за работу в кружке Федосеева. В 1905 году он — участник революционного пироговского съезда. После Октябрьской революции П. П. неутомимо работает на фронте советского здравоохранения.

Незаурядный врач, активный общественник-организатор — П. П. пол-века своей жизни проработал в Камышинском районе Сталинградской области, заслужив широкую популярность и глубокое уважение товарищей по работе и окрестного населения.

П. П. Сементовским опубликовано 20 научных работ.

А. Ушаков.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

Статьи, не отвечающие указанным ниже требованиям, будут возвращаться авторам для соответствующего оформления.

1. Статьи, присланные без предварительного согласования для помещения в „Казанском медицинском журнале“ не должны занимать больше *10 страниц*, напечатанных на машинке через 2 интервала.
2. Статьи должны быть *напечатаны на пишущей машинке на одной стороне листа* (первый оттиск, а не копия) с двойным интервалом между строками и с полями (не менее 3 см) с левой стороны, *на бумаге, допускающей правку чернилами* (не папиросная и не цветная).
3. Переписанные на машинке рукописи *должны быть самым тщательным образом выверены* (особенно фамилии иностранных авторов) *и исправлены вполне разборчиво чернилами* (не красными).
4. Изложение должно быть *ясным и кратким*. Литературное введение и история вопроса должны быть изложены сжато. Протоколы историй болезни должны быть средактированы возможно кратко. В конце статьи желательно дать краткое резюме или выводы.
5. *Рисунки, диаграммы и таблицы* (самые необходимые) должны быть выполнены так, чтобы допускали непосредственное воспроизведение (контрастные фотографии, рисунки тушью, рентгенограммы в виде схем и т. п.). Каждый рисунок должен быть наклеен на отдельный лист бумаги с оставлением широких полей, на котором пишутся название статьи, № рисунка и, если нужно, объяснения к рисунку. В статье место рисунка обозначается на полях.
6. Фамилии иностранных авторов, упоминаемые в статье, пишутся *русским шрифтом*. При сомнении в произношении иностранной фамилии она пишется рядом в скобках иностранными буквами. Анатомические и другие специальные термины надлежит писать в переводе на русский язык. Названия медикаментов писать по латыни только в прописях рецептов.
7. Сокращенные обозначения мер: сантиметр—*см*, кубический сантиметр—*см³*, миллиметр—*мм*, грамм—*г*, килограмм—*кг*, миллиграмм—*мг*; литр—*л*.
8. Библиографические данные—*только самая необходимая* журнальная и монографическая литература—должны быть написаны *разборчиво* (особенно иностранные источники) и помещены в конце статьи в алфавитном порядке (сначала на русском языке затем—на иностранных) с точным указанием журнала, года, тома, выпуска. При ссылках из книги необходимо дать полное название книги, год и место издания.
9. В конце статьи обязательно ставятся *собственноручная подпись автора и его почтовый адрес*. Статья должна иметь визу руководителя учреждения, откуда она исходит.
10. Авторам настоятельно рекомендуется *оставлять у себя копии* статей, посылаемых в редакцию. Редакция оставляет за собой право *сокращать и исправлять* рукописи; статьи не принятые к печати не возвращаются.

Отв. редактор Е. М. Лепский Лит. ред. Г. Д. Шапиро Тех. ред. Г. Е. Петров

6 п. л. В п. л. 68100 зн. Тираж 4800.

ПФ 1126. Нар. № 0446.

Сдано в произ. 27/VIII 40 г. Подп. к печ. 25/IX 40 г. Бум. ст. ф. 70×108 см. 1/16

Татполиграф при НКМП Тат. АССР. Казань, ул. Миславского, 9. 1940 г.

ЗАВОД ХИМИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НАРКОМЗДРАВА УКРАИНЫ

г. Харьков, Гончаровский бульвар, № 1/3, тел. 3-28-08

ВЫРАБАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

ХОЛОСАС — экстракт из плодов шиповника, выпускается в жидком виде и в таблетках.
Применяется при болезнях печени и желчных путей.

ИОД-ГИПЕРСОЛ — смесь неорганических солей по проф. Майкову-Трунечку (в таблетках).
Рекомендуется при артериосклеротических расстройствах и болезнях, связанных с ацидозом крови.
Особенно рекомендуется принимать с профилактической целью во всяком возрасте.

ИОД-ГЛИДИН — соединение растительного белка с иодом, содержит 5% иода, не вызывает иодизма и хорошо усваивается организмом.
Принимается при хроническом суставном ревматизме, артериосклерозе и астме.

УРОКАЛЬЦИН — смесь уротропина, хлористого кальция и кофеина по проф. Брауде.
Показан при гриппе, как лечебное и профилактическое средство, также при всех видах и формах септических заболеваний, улучшая течение болезни и предупреждая ряд осложнений; противопоказан при наличии значительных кровотечений из почек и мочевых путей.

КЛЕОЛ С БРИЛЛИАНТОВОЙ ЗЕЛЕНЬЮ — высоко бактерицидный препарат.
Применяется при оказании первой хирургической помощи в травматических случаях; заменяет иодную настойку для дезинфекции кожи.

Кроме указанного завод химико-профилактических препаратов выпускает: фито-муку, фито-феррин, фито-лецитин, гиперсол, саль-трунечек, клерл, а также пектусин типа „Вальда“ и пектусин-аммоний.

НА 2-е ПОЛУГОДИЕ 1940 ГОДА

продолжена подписка на „Казанский медицинский журнал“.
Стоимость 3-х номеров журнала (4, 5 и 6) — 10 р. 50 коп.
Подписку направлять по адресу: Казань, ул. Баумана, Дом Печати, газетно-журнальной экспедиции.

Кроме того, подписка принимается всеми почтовыми отделениями.