

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Издание Совета научных медицинских обществ Татарской АССР

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1937 г.

(Год издания XXXIII)

№ 3

МАРТ



КАЗАНЬ

Клиническая и теоретическая медицина.

А. Г. Першин и Н. Е. Филинов (Сочи). К вопросу о клиническом значении определения скорости кругооборота крови у сердечно - сосудистых больных	255
Н. Ковязин (Казань). К вопросу о лечебном действии конваллена при сердечно-сосудистых заболеваниях	259
С. А. Коган (Горький). О клинической ценности реакции Бухштаба и Ясиновского в дифференциальной диагностике ревматизма	263
А. И. Брук и Ш. И. Либерман (Харьков). Рентгенотерапия 12-перстной кишки	268
П. Д. Яльцев и Д. Е. Потехин (Казань). Рентгенотерапия хронического грипа	274
Д. Е. Гольдштейн, М. О. Лейзеровская, Г. С. Тямина (Казань). Лечение рахита витамином	280
Г. И. Козмодемьянский (Казань). Лечение пиодермий лучистой энергией искусственных источников света	291
Д. В. Афанасьев (Ташкент). Кислородная терапия психозов	299
А. И. Шейкин (Астрахань). Микродозы брома при неврозах	305
Л. Б. Литвак (Харьков). Общие проблемы ото-офтальмоневрологии и роль височной доли	308
Г. И. Мухамедьяров и В. И. Михайлов (Казань). Результаты хирургического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки	317
И. И. Велькер (Энгельс). Опыт лечения хронических остеомиелитов по Лэру	323
А. Е. Рабовская (Запорожье). К вопросу о некрозе тканей после местной анестезии новокаином.	325
М. Г. Брейтман (Бершадь). К технике пересадки мочеточников в кишку	328
В. А. Суворов (Казань). Экспериментальные данные о судьбе погруженной и непогруженной культи слепого отростка толстой кишки у собак	332
Проф. Д. Е. Шмундак и А. У. Равикович (Днепропетровск). Витальная окраска гомологичных органов при введении лизатов	337
О. В. Гельтцер (Казань). О применении основной питательной среды из творога для выращивания микробов.	342
В. И. Попов (Казань). Упрощенный способ выращивания анаэробов в пластинчатой культуре	346
В. Ф. Чернышев (Москва). Теоретические основания к испытанию лизототерапии при туберкулезе	347

Из практики.

Проф. Б. Н. Лебедевский (Пермь). Из практики бронхо-эзофагоскопии	352
Г. И. Мухамедьяров (Казань). Случай двойной самоампутации червеобразного отростка слепой кишки	356
Ф. Я. Благовидов (Казань). К казуистике внутренних грыж брюшной полости	357
Г. А. Гутман (Чебоксары). Случай задержания костей плода в полости матки после аборта в течение шести лет	359
А. И. Шейман и А. И. Нестерова (Астрахань). К клинике синингомиелии	363
Д. М. Степухович и Н. В. Руссков (Гисловодск). Хронический сепсис как причина тромбоза нижней полой вены	367

Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Рефераты: а) хирургия; б) туберкулез; в) кожные и венерические болезни	371
--	-----

Заседания медицинских обществ

Хирургическое о-во АТССР	380
Конференция кумысолечебниц Башкирии	383
Хроника	384

Клиническая и теоретическая медицина.

Из терапевтической клиники им. Сталина (филиала Центрального института курортологии) на курорте Сочи-Мацеста (научный руководитель филиала проф. И. А. Валединский, директор филиала д-р А. Р. Шугаль).

К вопросу о клиническом значении определения скорости кругооборота крови у сердечно-сосудистых больных.

А. Г. Першин и Н. Е. Филинов.

Интенсивность обмена веществ в тканях организма в значительной степени зависит от скорости и количества циркулирующей крови. С увеличением работы органов возрастает и потребность в кровоснабжении их. Скорость кровообращения зависит от множества факторов, из которых главными являются: 1) функциональное состояние миокарда, 2) состояние сосудистого тонуса, 3) количество циркулирующей крови, 4) вязкость крови, 5) основной обмен и др.

В опытах над животными скорость течения крови с помощью кровяных часов определена для артерий более крупных млекопитающих равной 10—50 см в секунду, а для вен — равной приблизительно 20 см в секунду; скорость течения в капиллярах измерялась путем наблюдения непосредственно под микроскопом и установлена равной 0,05—0,08 см в секунду (цитир. по Геберу). От скорости течения крови зависит и время ее кругооборота, т. е. время, которое частице крови нужно затратить, чтобы пройти весь круг кровообращения. Скорость течения крови наибольшая по оси сосуда и наименьшая у стенок, что связано с внутренним трением.

Средняя скорость течения крови в сосуде равна приблизительно половине ее максимальной, т. е. осевой скорости. На скорость кругооборота крови оказывает влияние скорость кровотока и длина пути. Впервые время полного кругооборота крови было определено Герингом в 1829 году при помощи железисто-синеродистого калия на животных (у лошади 32 сек., собаки—17 сек., кошки—7 сек.). Каждый раз кругооборот крови совершался в течение приблизительно 27 сердечных ударов, отсюда время кругооборота крови у человека исчисляется примерно в 22 сек.

На людях определение скорости кругооборота крови впервые произведено Борнштейном, который давал CO_2 и наблюдал появление усиленного дыхания (действие на дыхательный центр). Кож

в 1922 г. определял скорость кругооборота крови при помощи флуоресцина. Блюмгардт и Вейс в 1927 году предложили два способа определения скорости кругооборота крови при помощи: радия С — точного способа и гистамина. Лешке, Калер, Гросман, Барановская и др. определяли кругооборот крови посредством выпрыскивания в вену хлористого кальция—10% и 50%.

Работы с гистамином проводили Мясников, Тетельбаум, Абдулаев, Вилковский, Баранова и др. Гистаминовый способ основан на том, что гистамин обладает свойством оказывать мгновенно расширяющее действие на капилляры. Введенный внутривенно он в первую очередь вызывает быстро развивающееся покраснение лица, а потом уже других частей тела. Время с момента введения его в вену до появления красноты кожи лица определяет скорость кругооборота крови. Применяют его в растворе (1:10000)—Блюмгардт и Вейс из расчета 0,02 см³ на кг веса, Мясников и Тетельбаум 0,01 см³ на кг веса, Вилковский 0,25 см³. К дефектам гистаминового метода относят: влияние его на изменение просвета сосудов, особенно коронарных; учащение пульса; субъективную оценку в появлении покраснения лица, которое наступает не всегда сразу. Трудности представляют лица с смуглой кожей или покрытой загаром. Что касается влияния гистамина на расширение коронарных сосудов и учащение пульса, то Мясников и Тетельбаум экспериментальными работами и при помощи электрокардиографии установили, что они наступают позже расширения капилляров лица. В нашей практике мы имели у 3 больных с выраженным ангионеврозом и у 2 с резкой неврастенией сильную реакцию, которая заключалась в длительной головной боли (до 12 ч.), учащенном дыхании, болях в сердце и сердцебиении.

Целью нашей работы является выявление зависимости скорости кругооборота крови от состояния кровообращения у разных групп сердечно-сосудистых больных.

Методика заключалась в следующем: мы вначале брали 0,3, 0,25 и 0,2 см³ раствора гистамина (1:10000) в ампулах, но получив цифры, целиком совпадающие, остановились на 0,2 см³, потому что при большей дозе в наших случаях мы имели более выраженные неприятные субъективные ощущения (головная боль, головокружение, прилив крови к голове, металлический вкус во рту и т. д.). Гистамин вводили в правую локтевую вену при повороте головы влево. Момент инъекции, покраснение лица и субъективные ощущения (металлический вкус во рту, ощущения жара и т. д.) отмечались секундомером. Время, протекшее от момента инъекции до начала покраснения лица, указывало на прохождение осевым током крови почти полного круга кровообращения (венозная система, правое сердце, малый круг и артериальная система).

Исследования проводились на больных, находившихся в состоянии покоя, утром натощак. Всего обследовано 172 больных (м.—152, ж.—20), наблюдений проведено 228. Страдающих митральными пороками — 41, кардиосклерозом — 80, послеинфекционной миокардиопатией—51, из них: с гипертонией—12, эмфиземой—16 чел. По тяжести заболевания больные распределяются: вполне

компенсированные—90, с начальной степенью субкомпенсации—58, субкомпенсированные—16, декомпенсированные—8 чел. Возраст больных от 18 до 72 лет. По профессии: рабочие физического труда—140 ч., умственного труда—32 чел. Средняя скорость кругооборота крови на нашем материале—25,7 секунды с амплитудой от 13 до 68 сек; в зависимости от возраста: до 30 лет—23 сек; от 31 до 50 лет—25,9 сек; от 51 до 72 лет—28,25 сек; в зависимости от роста: от 142 до 150 см—23,6 сек.; от 151 до 170 см—25,2 сек.; от 171 до 188 см—26,5 сек. В зависимости от веса: с пониженным весом—24,7 сек.; с нормальным весом—25,6 сек., с избыточным весом—26,3 сек.

Таким образом у более пожилых, у лиц с увеличением роста и веса средняя скорость кругооборота крови замедляется, что подтверждает данные Мясникова, Тетельбаум, Коха и др. В отдельных же случаях установить строгую закономерность между ростом, весом и возрастом не удается. При сопоставлении с пульсом мы получили: при замедленном пульсе—24,7 сек., нормальном—26 сек., учащенном—24,8 сек., т. е. отсутствует какая-либо закономерность между пульсом и скоростью. Данные средней скорости для отдельных заболеваний представляются в следующем виде: митральные пороки—24,6 сек. с амплитудой от 13 до 40 сек.; кардиосклероз—27,7 сек. с амплитудой от 16 до 68 сек.; миокардиопатии послеинфекционные—23,6 сек. с амплитудой от 14 до 37 секунд; гипертоники—25 сек. с амплитудой от 16 до 40 сек., причем высота артериального давления не играет самодовлеющего фактора, что видно из следующего примера: 210/110—20 сек., 160/80—28 сек.; гипотоники—25,7 сек. с амплитудой от 18 до 32 сек.; эмфизема—27,6 сек. с амплитудой от 18 до 38 сек. При сопоставлении со средними нормальными цифрами скорости в 23 сек., по Блумгардту, Вейсу, Когану и др., мы имеем у наших больных замедление: у кардиосклеротиков в 69,4%, у б-ных с пороками сердца—в 50%, миокардиопатов в 47,8%, что соответствует функциональной недостаточности кровообращения исследуемых больных.

В зависимости от степени нарушения кровообращения мы получили следующие данные: компенсированные—23,8 сек., начальные с явлениями субкомпенсации—26,2 сек., субкомпенсированные—31,7 сек., декомпенсированные—31,8 сек. Несоответствие цифр скорости кругооборота с нарушением кровообращения мы имели у 23,2%. Эти данные подтверждают результаты, полученные Мясниковым, Тетельбаум, Абдулаевым, Барановой и др., что с увеличением степени недостаточности кровообращения уменьшается и скорость кругооборота крови в подавляющем большинстве случаев. То, что скорость кругооборота крови является отражением функционального состояния сердечно-сосудистой системы, очень наглядно видно на больных, которые провели курс лечения мацестинскими ваннами на Сочи-Мацестинском курорте. Мы получили у наших больных наряду с улучшением сердечной деятельности и общего самочувствия ускорение кругооборота крови (Першин): у б-ных с пороками сердца в 72,2%, кардиосклеротиков—69,8%, миокардиопатов—50%.

При сравнении субъективных и объективных данных о скорости кругооборота крови мы получили: совпадение в 22,6%; расхождение в 69,3% и отсутствие субъективных ощущений в 8,1%. Эти данные в значительной части соответствуют результатам, которые получил Вилковский.

На основании наших исследований мы разрешаем себе высказать следующие положения:

1. Скорость кругооборота крови в большинстве случаев является показателем функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

2. С увеличением степени нарушения кровообращения уменьшается и скорость кругооборота крови.

3. Скорость кругооборота крови у кардиосклеротиков имеет тенденцию к замедлению; зависимости между отдельными нозологическими формами сердечно-сосудистых заболеваний и скоростью установить не удалось.

4. С увеличением роста, возраста и веса имеется наклонность к замедлению скорости кругооборота.

5. С улучшением сердечной деятельности, под влиянием курортного лечения, скорость кругооборота крови увеличивается.

Литература. 1. Мясников А. Л. и Тетельбаум А. Г., Наблюдения над скоростью кровообращения, Врачебная газета, № 23—24, 1931. Абдулаев Д. М. и Гасанов М. Г., Скорость кровообращения как метод функциональной диагностики аппарата кровообращения, Тер. архив, т. XII, в. 6, 1934. —3. Ланг Г. Ф., Скорость кругооборота крови, статья в БМЭ.—4. Вилковский А. Л., Гетов Ф. А. и Сакович И. Я., К вопросу о клинической ценности изучения скорости кругооборота крови у сердечно-сосудистых больных. Клинич. медицина, 1, 1935.—5. Баранова О. П., Сравнительная оценка кальциевого и гистаминового способов определения скорости, Соц. здравоохр. Сибири, 5., 1935 г.—6. Мясников А. Л., Скорость кровообращения как метод функционального исследования сердечно-сосуд. системы, Соц. здравоохр. Сибири, 1. 1935.

Из пропедевтической терапевтической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. А. Г. Терегулов).

К вопросу о лечебном действии конваллена при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Н. Н. Ковязин.

В 1853 г. Вальц открыл в ландыше два глюкозида—конвалламарин и конвалларин. Последующими экспериментально-клиническими наблюдениями было установлено, что первый глюкозид по фармакологическим свойствам сходен с действием дигиталина, но не получил применения в виду непостоянства своего действия; второй глюкозид, не действуя на сердце и сосуды, оказывает раздражающее действие на кишечник, вызывая понос.

В 1928 г. отдел фармакологии и биохимии Научно-исследовательского химико-фармацевтического института (НИИХФИ) в порядке пересмотра обычных препаратов ландыша (Степун, Колли, Саргин) получил препарат ландыша, названный конвалленом. Экспериментальные испытания показали сходство действия его на сердце и сосуды с препаратами наперстянки. Особенно сильное действие оказывал он на сердце и сосуды теплокровных (кролик, собака, кошка) при подкожном и внутривенном введении. Этот препарат содержал в 1 к. см от 40 до 100 условных единиц действия против 10—15 ед. в обычных настойках. Несмотря на то, что конваллен обладал в 4—6 раз большей активностью, чем применяемые официнальные препараты ландыша, клиническая проверка его не дала ожидаемых результатов.

Последнее дало повод думать об изменении активности конваллена под влиянием ферментов желудочно-кишечного тракта, но проверка, проведенная в этом направлении, показала, что даже длительное воздействие ферментов пепсина и трипсина особенно не влияет на активность конваллена. На основании этого Саргин высказывает предположение, что отсутствие активности конваллена при применении per os обусловливается изменениями препарата после всасывания.

В 1929 г. Карер выделил из ландыша новый глюкозид, которому Фромгерц и Вельше дали название конваллатоксин. Испытания его показали, что этот глюкозид обладает большей активностью, чем строфантин. В 1932 г. Вейкер впервые применил конваллатоксин внутривенно в дозе 0,25—0,5 mg, причем получил результаты, сходные с действием строфантина.

Эти данные побудили НИИХФИ продолжить дальнейшее изучение препарата конваллена. В результате был получен по несколько видоизмененной технике новый препарат конваллена для парентерального введения. Этот препарат представляет собой водный раствор действующих начал ландыша, активностью равной 0,5 mg конваллатоксина в 1 к. см раствора. Препарат конваллена еще не получил широкого применения

в виду того, что пока проводятся только экспериментальные и клинические наблюдения над его действием.

Предварительные клинические испытания его Вотчалом, Коганом, Панченковым у ряда сердечных больных показали, что конваллен обладает классическими свойствами группы дигиталиса; детали его действия приближаются к действию строфантина; конваллен обладает хорошим мочегонным действием; значительно ускоряет восстановление сердечной компенсации; дозировка конваллена требует той же осторожности, что и строфантин.

Нами, по предложению НИИХФИ, было проведено испытание конваллена (1-й серии) у 13 сердечно-сосудистых больных с явлениями сердечной декомпенсации I и II степени; под I степенью декомпенсации мы понимаем недостаточность левого сердца с застойными явлениями в малом кругу кровообращения, в печени и наличие незначительных отеков на нижних конечностях, под II степенью—выраженные отеки с застойными явлениями в системе *vv. cavae sup., inf., v. portae*: 1) при комбинированных пороках сердца, 2) миокардитах, 3) нарушениях ритма сердечной деятельности на почве мерцания и трепетания предсердий, 4) остром заболевании эндокарда.

В 12 случаях, за исключением одного, были получены результаты, позволяющие говорить об эффективном действии препарата конваллена у сердечных больных. В 5 случаях конваллен был применен после безуспешного использования ряда обычных сердечных средств—дигиталиса и адониса. Из числа этих больных в четырех случаях конваллен дал стойкое улучшение и восстановление компенсации сердечной деятельности.

Наше суждение об эффективности препарата конваллена основывается на субъективных жалобах больных, состоянии цианоза, одышки, отеков, пульса, диуреза, кровяного давления и физических данных со стороны сердца.

Конваллен применялся в дозе 0,25—0,5 mg, в зависимости от особенностей случая, ежедневно или через 1—2 дня в виде подкожных инъекций и в 3 случаях—внутривенно. Интравенозные вливания проводились в 20% растворе глюкозы. На курс лечения в среднем падало 12 инъекций. За 2—3 дня до введения конваллена отменяли применение каких-либо сердечных средств во избежание кумулятивного действия и выдерживали больных на препаратах камфоры и кофеина. В большинстве случаев мы имели тяжелые формы сердечной декомпенсации, поэтому в дальнейшем после восстановления явлений компенсации, мы поддерживали сердечную деятельность введением конваллена по 1-разу в шестидневку в среднем в течение 25 дней. В одном случае было проведено хроническое лечение в продолжение 6 месяцев по одной инъекции в 7—10 дней.

Как отрицательное явление, следует отметить появление в отдельных случаях после подкожной инъекции конваллена озноба с повышением температуры до 38°C и чувства жжения и боли на месте укола. Последнее удавалось купировать применением

спиртовых компрессов. При внутривенных вливаниях не было отмечено каких-либо побочных явлений.

В итоге своих наблюдений при применении конваллена у сердечных больных мы получили следующее: через 3—4 часа после введения конваллена можно было отметить общее успокоение больного, часто переходящее в сон; своеобразную эйфорию, которую странно было видеть на фоне тяжелого общего состояния больного; уменьшение одышки в среднем на 5 дыханий в 1'. Через 12—20 часов можно было констатировать уменьшение цианоза, уменьшение пульса в среднем до 8 ударов в 1' и повышение наполнения его. Диуретическое действие обнаруживалось через 1 сутки: количество мочи удваивалось при заметном спадении отеков. Застойные явления в легких выравнивались, печень, уменьшаясь в объеме, становилась более мягкой консистенции. Через 2—3 дня после повторных инъекций на фоне прогрессирующего улучшения общего состояния при явлениях заметного уменьшения цианоза, одышки, улучшения наполнения пульса, повышения кровяного давления и продолжающегося высокого диуреза и резкого спадения отеков—можно было установить заметное уменьшение границ сердца, как при перкуссии, так и при телерентгенографии.

При комбинированных пороках восстановление компенсации достигалось в среднем после 10 инъекций конваллена и трехнедельного пребывания больного в клинике.

Для иллюстрации приводим одну историю болезни.

Б-ная В., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на большие отеки ног, живота, резкую одышку. В прошлом перенесла острый суставной ревматизм. Объективно: цианоз, отеки туловища, ног, асцит, гидроторакс. Дыхание 32 в 1'. Пульс—110 в 1', мягкий, слабого наполнения. Сердечный толчок в 5—6 межреберье на 1,5 пальца кнаружи от соска, слабый, разлитой. Границы сердца, левая—на 2 пальца кнаружи от соска, правая—на 1,5 пальца от 1. sternal. dext, при телерентгенографии размеры сердца L—16 см., T—18,6 см. Аускультация—систолический шум у верхушки, усиление I тона, расщепление II тона на art. pulmonal. Печень не пальпируется из-за большого асцита. Кровяное давление 80/55 по RR. Моча—уд. в. 1026—1029, следы белка, много уратов. Диурез до лечения 500—600 к. см в сутки. Диагноз: сужение левого венозного отверстия и недостаточность митрального клапана, декомпенсация сердечной деятельности II степени.

На 4-й день поступления больной в клинику инъекция конваллена в дозе 0,25 mg. Всего 12 инъекций, девять раз ежедневно и три—по одному разу в шесть дней в дозе 0,5 mg. После первой инъекции больная стала спокойнее, впервые после многих бессонных ночей уснула, цианоз уменьшился, одышка сократилась до 28 дыханий в 1', пульс замедлился до 100 ударов в 1'. Через одни сутки утроенный диурез. Через три дня: дыхание 25 в 1', пульс 96 в 1', кров. дав. 100/60 по RR. Диурез увеличился в 6 раз при резком спадении отеков. Падение веса до 4 kg. Через десять дней—отсутствие цианоза, дыхание 22 в 1', пульс 90 в 1', кров. дав. 110/65 по RR. Небольшие отеки на ногах, Асцит отсутствует. Печень выступает из подреберья на 1,5 пальца. Граница сердца: левая—на 1 п. кнаружи от соска, правая—по 1. medianae; при телерентгенографии L—15 см и T—14,5 см. Аускультативно—систолический шум у верхушки, усиленный I тон и акцент на II тоне art. pulmon. За 10 дней больная потеряла в весе около 10 kg. В дальнейшем профилактически инъекции конваллена по 1 разу в 6 дней. После 12 инъекций при нарастающем улучшении общего состояния экстрасистолия, в связи с чем дальнейшие инъекции конваллена были прекращены. Экстрасистолия через 5—6 дней исчезла, и больная была выписана при явлениях полной компенсации сердечной деятельности.

В противоположность указанной группе больных при хроническом миокардите восстановление компенсации получали через более длительное время. На курс лечения в среднем падало до 14 инъекций, и время пребывания больных в клинике доходило в среднем до 45 дней. По выписке из клиники один из больных получал длительные инъекции на протяжении 6 месяцев, по 1 инъекции через каждые 7—10 дней.

Приводим кратко историю болезни.

Больной Б., 60 лет, пенсионер; поступил в клинику с жалобами на сильную одышку, приступы сердечной астмы, отеки ног; начало болезни в 1932 г., когда впервые по ночам появились приступы удушья; отеки на ногах появились около одного месяца; в прошлом лues; до поступления в клинику длительно лечился препаратами дигиталиса. Объективно: цианоз, одышка, число дыханий 26 в 1', отеки ног, пульс 88 в 1', ритмичный, удовлетворительного наполнения, артерии уплотнены; легкие—эмфизема с застойными явлениями; сердечный толчок слабый в 5—6 межреберном промежутке кнаружи от соска; границы сердца—левая на 2 пальца кнаружи от соска, правая—на один п. кнаружи от I. sternal. dext., тона глухие, небольшой акцент на аорте; печень выходит из подреберья на 3,5 пальца, ровная, гладкая, плотноватой консистенции, болезненная при пальпации: кров. дав. 165/115 по RR; RW—отрицательная; моча—следы белка, уд. в. 1025; диурез до лечения в среднем 500 к. см в сутки. Диагноз: хронический миокардит; декомпенсация сердечной деятельности II степени; сердечная астма.

По поступлении в клинику в течение 12 дней был пользован препаратами дигиталиса без заметного эффекта; на 13-й день припадок сердечной астмы; лечение дигиталисом было оставлено и начаты инъекции конваллена в дозе 0,25—0,5 mg. Всего было сделано 8 ежедневных инъекций и в дальнейшем профилактически по одной инъекции в шестидневку—всего 5 инъекций.

После первой инъекции купировались приступы сердечной астмы, и в дальнейшем прогрессивное улучшение общего состояния. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии: дыхание 22 в 1', пульс 74 в 1', кров. дав. 150/88 по RR, уменьшение границ сердца, сокращение печени, падение веса на 3,5 kg.

Через 2,5 месяца больной вновь поступил в клинику с явлениями декомпенсации сердечной деятельности и одновременно с этим правосторонним плевритом. На этот раз от лечения конвалленом был получен менее ясный эффект, вероятно в связи с осложнением со стороны плевры. Больной был выписан в состоянии относительной компенсации сердечной деятельности и был переведен на хроническое лечение конвалленом по одной инъекции через каждые 7—10 дней, которое и было проведено в течение 6 месяцев. Каждая инъекция сопровождалась нестойкими сдвигами в сторону улучшения. Больной отмечал улучшение общего состояния, уменьшение одышки, исчезновение отеков в области лодыжек, повышение диуреза. На 9-м месяце наблюдения больной умер при явлениях тромбоза левой коронарной артерии.

При декомпенсации сердечной деятельности на почве мерцания и трепетания предсердий эффект от лечения конвалленом получали в те же сроки, что и при комбинированных пороках сердца. С 4-го дня лечения можно было констатировать переход в стадию компенсации с картиной восстановления ритма сердечной деятельности. На 12-й день лечения имели полное восстановление ритма сердечной деятельности с явлениями полной компенсации.

Из числа наблюдаемых случаев неэффективный результат дал конваллен в одном случае острого ревматического эндо-миокардита, где мы имели в конце летальный исход.

Говоря о лечебном действии конваллена у сердечно-сосудис-

тых больных, наряду с благоприятным влиянием, следует подчеркнуть, что он не лишен и побочных действий. При передозировке конваллена в 2 случаях мы наблюдали экстрасистолию. В одном случае при ежедневных введениях конваллена мы наблюдали легкие явления психоза, которые, может быть, и не были связаны с действием конваллена, но все же их следует отметить, так как после отмены конваллена эти явления сгладились.

На основании наших немногочисленных наблюдений в порядке предварительных выводов считаем необходимым отметить следующее:

1) Конваллен принадлежит к числу сильно действующих сердечно-сосудистых средств и приближается по фармакологическому действию к строфантину.

2) Конваллен имеет показание в тех случаях, когда препараты дигиталиса и адониса не дают надлежащего эффекта или когда требуется получение быстрого эффекта, особенно при приступах сердечной астмы.

3) Конваллен по аналогии со строфантином может быть применен для хронического лечения сердечных б-х.

4) Отрицательной стороной конваллена при передозировке его является нарушение ритма сердечной деятельности—экстрасистолия.

Из клинического отделения Горьковского краевого физиотерапевтического института (директор института А. А. Тамазов, зав. терапевтич. отдел. А. Вилковский).

О клинической ценности реакции Бухштаба и Ясиновского в дифференциальной диагностике ревматизма.

С. А. Коган.

Как известно, существуют две теории, из которых одна говорит, что ревматизм с определенной клинической картиной и определенными патолого-анатомическими изменениями есть заболевание, вызываемое инфекционным возбудителем. Другая теория, защищаемая многими авторами (Вейнтрауб, Бухштаб и др.), рассматривает это заболевание не как инфекционное и считает, что основным моментом будет сенсibilизация организма токсинами от присутствия неспецифического возбудителя. Эти авторы считают основным моментом заболевания аллергическое состояние организма, специфического для ревматизма характера, а бактериальную инфекцию—вторичным моментом. В наблюдениях, проведенных проф. Талалаевым на большом материале, выявлено, что при заболевании ревматизмом поражаются как суставы, так и сердечно-сосудистая система. При ревматическом миокардите поражается периваскулярная ткань миокарда, иногда и сосудистая стенка. Эндокард является главным местом распростране-

ния процесса, и наиболее чувствительным является эндокард левого желудочка. Образующиеся там склерозы являются показателями ревматического заболевания.

Раньше думали, что без ревматического полиартрита не существует ревматизма, но проф. Талалаев в своих работах выявил, что в 40—50% случаев ревматизма полиартрит может отсутствовать, а при тяжелых заболеваниях сердца может быть очень легкий суставной процесс, т. е. между тяжестью процесса и заболеванием суставов зависимости может не быть.

В отношении заболеваний клапанного аппарата имеются определенные данные, указывающие, что бессуставные формы ревматизма дают часто изменения, которые вначале переносятся на ноги и только в дальнейшем дают тяжелые картины заболевания сердца. Такие формы должны быть выявлены своевременно для постановки правильного диагноза и проведения соответствующего лечения. На материале московских больниц диагноз—суставной ревматизм, ревматический эндокардит и порок сердца составляет 16,9%, а на самом деле количество ревматиков среди б-ных терапевтических отделений еще выше (проф. Гельштейн). Разработанный материал в 105 человек, отобранных из инвалидов, прошедших ВТЭК, по заболеваниям ревматизмом дал три типа инвалидности: миокардиальный тип—49,3%, явно эндокардитический 39,9% и суставной тип—10,8% (Дубровская). Это обследование также подчеркивает, какое большое значение имеет в группе ревматических заболеваний сердечно-сосудистая система и какое большое внимание должно быть обращено на это при постановке диагноза.

Проф. Кончаловский в своем докладе о ревматизме на XI съезде терапевтов говорил, что едва ли найдется в клинике более сложный и запутанный вопрос, как вопрос об этиологии и патогенезе так называемых ревматических заболеваний и термин—ревматизм—у многих клиницистов утратил свое значение, ибо очень велик объем так называемых ревматических болезненных процессов. В заболевании, где не доказана инфекция с определенным специфическим возбудителем, большую роль играет алергизация макроорганизма под влиянием разнообразных факторов.

Проф. Бухштаб, рассматривая ревматизм как общее заболевание, поражающее одинаково и суставы и сердце, весь фиброзный остов организма, считает необходимым выделить форму, ясную по клиническому течению, по патологической сущности и по своим последствиям, так как полученные сердечно-сосудистые изменения дают в большинстве случаев сердечно-сосудистую инвалидность. Одновременно он указывал, что эта группа заболеваний охватывается предложенной им и Ясиновским реакцией на охлаждение, и этой группе он дал название „истинный ревматизм“. Проф. Бухштаб также считает, что у ревматиков, кроме чувствительности к специфическим алергенам, имеется также повышенная чувствительность и к неспецифическим алергенам, т. е. к паралергенам. Ввиду того, что при истинном ревматизме определенный возбудитель не выявлен, нужно ду-

мать об аллергии и паралергии организма, где одним из моментов паралергии является экзогенный момент охлаждения, в данном случае эфиром, на котором и основана реакция Бухштаба и Ясиновского.

Техника реакции, предложенная авторами, заключается в следующем: область локтевого сустава в течение пяти минут охлаждается посредством распыленного эфира (50 куб. см). Кровь берется до и после охлаждения из пальца руки, не охлажденной эфиром. Проводится счет эозинофилов, лейкоцитов; определяется РОЭ и кровяное давление. Очень незначительные колебания числа эозинофилов; колебания РОЭ от 2 до 6 мм, и незначительные колебания кровяного давления (от 3 до 7 мм.) в сторону повышения или понижения, не были приняты во внимание при учете результатов. Таким образом основным показателем учета результатов является изменение количества лейкоцитов до и после охлаждения. Для большей точности счет лейкоцитов проводился не менее 4 раз. При уменьшении числа лейкоцитов выше 10% первоначальной цифры, бывшей до охлаждения, реакция считается положительной.

Оценку результатов подсчета лейкоцитов мы обозначили следующим образом: отрицательная реакция обозначалась знаком—, положительная реакция до 15% +, от 15 до 25% ++ и выше 25% +++.

Среди обследованных лиц были истинные ревматики с острой и подострой формой, группа туберкулезных больных, группа хронической полиартропатией, склеротической миокардиопатией, инфекционным и токсическим полиартритом и группа здоровых. Вся группа ревматиков была с ясной картиной заболевания суставов и сердца. Группа туберкулезных больных была введена нами для того, чтобы выявить соотношение между аллергическим состоянием туберкулезного больного и исследуемой реакцией. Группа здоровых была взята для контроля.

Всего обследовано 116 чел., в том числе из терапевтического отделения ФТИ—81, из терапевтической клиники ГМИ—15 и Канавинского тубдиспансера—20. Распределение по полу: мужчин 62 и женщин 54. В группе ревматиков было 28 мужчин и 26 женщин. По профессии: 88 рабочих и 28 служащих. В группе ревматиков 40 рабочих и 14 служащих. Рабочих горячих цехов в группе ревматиков—26. Вся группа ревматиков была с сердечными и сосудистыми явлениями, субфебрильной и фебрильной температурой, и у всех были клапанные изменения на верхушке, а у некоторых и на аорте. Возрастные группы ревматиков: от 20 до 30 лет—36; от 31 до 40 лет—14; от 41 до 50 лет—4. По давности заболевания ревматики распределяются: от 1 до 2 лет—31; от 2 до 5 лет—15; от 5 и более лет—8. В нашем материале преобладает группа в возрасте 20—30 лет, это говорит за то, что ревматическим заболеваниям подвергаются чаще лица молодого возраста.

Распределение по диагнозам: истинный ревматизм—в острой форме 20, в подострой форме 30, в чисто сердечн. форме 4; ту-

беркулез легких в активной форме 20; контрольные (здоровые) 10; хроническая полиартропатия 15; склеротическая миокардиопатия 10; инфекционные и токсические полиартриты 7 (из них гонор. 5, после дизентерии 1, Понсе 1).

Все 116 случаев для удобства учета разделены нами на четыре группы: 1-я группа—ревматизм—54; 2-я группа—туберкулез легких—20; 3-я группа—контрольные—10; 4-я группа—миокардиопатия, полиартропатия, инфекционный и токсический полиартрит—32.

Подсчет лейкоцитов до и после охлаждения дал следующие результаты:

Наименование заболеваний	Биологическая реакция Бухштаба и Ясиновского							
	Колич. случаев	Результ. в %		Результ. в колич. случаях				
		Положит.	Отрицат.	Положительный			Отриц.	
				до 15%	от 15% до 25%	Выше 25%		
Истинный ревматизм	54	82	18	10	20	16	8	Колич. лейкоцитов уменьшилось через 30 мин. после охлажд. от 1100 до 3800
Туберкулез легких .	20	15	85	—	3	—	17	Уменьш. от 300 до 700—900: в некоторых случаях—увелич. до 3000.
Контрольные	10	10	90	—	—	1	9	Уменьшение от 200 до 600*
Миокардиопатия, полиартропатия, инфекц. и токсич. полиартрит.	32	20,5	79,5	—	—	6	26	Уменьшение от 300 до 800.

Рассматривая каждую группу в отдельности, мы устанавливаем следующую картину положительных и отрицательных результатов:

	Полож.	Отриц.
1. Истинный ревматизм	82%	18%
2. Туберкулез легких	15%	85%
3. Контрольная группа (здоровые)	10%	90%
4. Группа заболеваний: миокардиопатия, полиартропатия, инфекц. и токсич. полиартрит . .	20,5%	79,5%

Таким образом полученные цифры указывают на положительную реакцию Бухштаба и Ясиновского у ревматиков в 82% случаев, и на различные результаты при других формах заболеваний и у здоровых людей.

Приводим несколько кратких историй болезней, иллюстрирующих отношение различных форм заболеваний к реакции Б и Я.

1. Случай из терапевтической клиники Горьковского мединститута. Интерес этого случая заключается в том, что при поступлении в клинику у больного З. при полной картине ревматического поражения сердца и суставов реакция дала 8⁰/₀ (отрицательный результат). Повторная реакция через три недели после проведенного лечения дала 15,4⁰/₀—положительный результат. Эта цифра указывает на то, что реакция специфична при ревматических заболеваниях, а также на то, что аллергия у ревматиков не является чем-то стабильным, а может изменяться в зависимости от терапевтических мероприятий или других факторов.

2. Показателен также случай с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью без анамнестических указаний на суставные заболевания, и где реакция дала положительный результат. Больной хронич. кардиопат., Н., 50 лет, поступил в терапевтическую клинику ГМИ 11/1 1935 г. с жалобами на одышку, сердцебиение, боли в области печени, никаких жалоб на заболевание суставов не было. Болен 18 лет. Перенес воспаление легких, малярию. Диагноз при поступлении в клинику *Affectio mitralis*, *Cirrhosis hepatis cardiaca*, *Pneumonia*, *Thrombophlebitis*, *Ascitis*. Реакция Б и Я была сделана вскоре после поступления в клинику и дала положительный результат—31,1⁰/₀ (количество лейкоцитов до охлаждения 9000, после—6200). Во время лечения в клинике, через две недели после поступления, у больного появились суставные явления, выразившиеся в болях и припухании суставов и хорошо поддававшиеся лечению салицилатами. В заключительном диагнозе—выше указанные болезни плюс ревматизм. Через два месяца больной умер в клинике, и вскрытие подтвердило ревматическую природу заболевания.

Таким образом в данном случае реакция Б и Я явилась ранним диагностическим признаком того аллергического состояния, которое было у больного и которое дало вспышку суставного ревматизма.

Отношение ревматиков к проводимой реакции видно также из следующего случая:

3. Больной Л., 29 лет, поступил в клиническое отделение ФТИ 20/11 1935 г. с жалобами на боли в области сердца, одышку, сердцебиение и запоры, без указания на заболевание суставов; болен с 1929 года. Простудился. В 1931 и 1933 гг. лечился в ФТИ от заболевания суставов. Диагноз—*Affectio mitralis rheumatica*. Реакция Б и Я, давшая до охлаждения 7700, а после охлаждения 6000 (22⁰/₀, т. е. положительный результат), была поставлена вскоре после поступления в клиническое отделение и ясно определяет отношение ревматиков к реакции.

Отношение туберкулезного больного к реакции Б и Я видно из приводимого случая:

Больная Юр-к, 19 лет, поступила в диагностическое отделение Канавинского тубдиспансера, где при обследовании были обнаружены в мокроте ВК (40—50 в поле зрения), реакция Манту резко положительная, РОЭ 45 мм в 1 час. Рентген: под левой ключицей каверна величиной с серебряный рубль. Накладывается искусственный левостор. пневмоторакс. Реакция Б и Я отрицат. (до охлаждения 10500,—после 12500, т. е. увеличение лейкоцитов на 2000 после охлаждения).

Таким образом мы имеем в данном случае отрицательный результат, указывающий на неспецифичность реакции у туберкулезных больных.

Группа контрольных (здоровых), давшая 90⁰/₀ отрицательных результатов реакции Б и Я, показана для примера на следующем случае:

Б, 34 лет, бухгалтер ФТИ, не имеющий в анамнезе, других заболеваний, кроме брюшного тифа и в данное время совершенно здоровый. Реакция дала отрицательный результат—количество лейкоцитов до охлаждения 6400, после—5950—450 (7%).

Случай, где при ревматизме суставов и сердца в острой форме реакция дала резко положительный результат, показан на следующем примере.

Больная Кол-а, 22 лет, поступила в клиническое отделение ФТИ 9/IV 1934 г. с жалобами на сильные боли в суставах рук и ног и припухание суставов. Больна два месяца. Заболела сразу на работе с температурой 39°. Реакция Б и Я: количество лейкоцитов до охлаждения 9800, после охлаждения 6400—3400 или 34,7% (резко положительная).

Выводы: 1. Реакция Б и Я, по данным нашей работы, дает при ревматических заболеваниях сердца и суставов в 82% случаев положительный результат, а при неревматических заболеваниях—у туберкулезных больных и у здоровых дает только от 10 до 20%. Отрицательный результат реакции у ревматиков в 18%, у других же групп от 80 до 90%.

2. В реакции Б и Я главным показателем служит падение количества лейкоцитов. Другие компоненты, как РОЭ, кровяное давление, эозинофилы, не являются показателями, с которыми можно было бы считаться при учете результатов.

3. Указанные данные позволяют заключить, что биологическая реакция Б и Я должна занять место в ряду методов для дифференциальной диагностики ревматических заболеваний суставов и сердца.

4. Доступность и простота этой реакции придает ей практическое значение в клинической и поликлинической практике.

Из факультетской терапевтической клиники (зав. проф. А. Н. Гехтман) и кафедры рентгенологии (зав. проф. И. Г. Шлифер) Харьковского 2-го мединститута (директор З. С. Ткаченко).

Рентгенотерапия 12-перстной кишки.

А. И. Брук и Ш. И. Либерман.

До сих пор проблема патогенеза и терапии язв остается открытой. Ни один из применяемых методов лечения язвенной болезни не является радикальным. Но среди существующих методов лечения рентгенотерапия начинает занимать видное место. Рентгеновский метод подкупает своей простотой, он требует всего несколько сеансов, каждый продолжительностью в несколько минут. Он возможен и в амбулаторной обстановке и, следовательно, не отрывает больного от производства. До сих пор не решен вопрос: является ли рентгеновский метод причин-

ным или только симптоматическим. Неменов, Гасуль, Багдасаров, Копельман, Ленк, Гольцкнехт и др. считают этот метод лечения относительно каузальным.

По вопросу о механизме действия рентгеновых лучей нет единодушия. Такая разноречивость объясняется полиэтиопатогенезом язвенной болезни. С точки зрения неврогенной теории Бергмана, механизм действия рентгеновых лучей находит объяснение в перестройке вегетативной нервной системы, в изменении ее тонуса в сторону амфотонии и нормотонии. По мнению Ленка, рентгеновский эффект обусловлен во многих случаях устранением спазма. Исходя из теории Баллинта и Зимницкого, некоторые авторы объясняют влияние рентгеновых лучей воздействием на кислотно-щелочное равновесие. В настоящее время Сперанским выдвинута теория о значении центральной нервной системы в дистрофических изменениях организма. С точки зрения этой теории для уничтожения дистрофических процессов в желудке необходимо переключение нервной системы.

В литературе имеется уже достаточный материал относительно эффективности этого способа лечения, которая выявлена в отношении язв желудка, особенно малой его кривизны. Поэтому нас особенно интересовала эффективность рентгенотерапии язв 12-перстной кишки. С этой целью мы подбирали почти исключительно случаи язв 12-перстной кишки с нишами.

Всеми авторами (Неменов, Гасуль, Югенбург, Ольховская, Ленк) отмечено, что рентгеновы лучи дают быстрое улучшение субъективных жалоб. Этими же авторами признано и анальгетическое действие рентгеновых лучей. Гасуль приводит случай Страуса, когда у больного с язвой желудка, протекавшей с частыми гастралгиями, после рентгеновского облучения незаметно для больного наступило прободение.

Брюгель и Шульце-Берге видят причину благоприятного действия рентгеновых лучей в понижении желудочной секреции, что способствует заживлению язв. Угнетающее действие рентгеновых лучей на желудочную секрецию отмечают и другие клиницисты (Коттмайер, Багдасаров, Копельман). Однако в некоторых случаях Югенбург наблюдала даже нарастание секреции. Турель указывает, что у лиц с повышенной кислотностью он наблюдал после облучения снижение ее, а у лиц с пониженной кислотностью—через стадию повышения—он получал нормальную кислотность. Далее, Югенбург, Можарова, Гуревич наблюдали случаи, когда под влиянием рентгеновых лучей в короткий срок желудок приобретал почти нормальную форму, положение, контуры и нормальное опорожнение. Гасуль и Голозко указывают на исчезновение спазма под влиянием рентгеновых лучей. Страус считает, что терапевтические дозы рентгеновых лучей не вызывают морфологических изменений слизистой желудка. Ленк отмечает, что ниши исчезают на 14—20-й день после облучения и объясняет это уменьшением или исчезновением язвенного вала у входа в нишу. Голозко наблюдал исчезновение ниши через 14 дней после 4 сеансов рентгенотерапии. Гольст,

Шаль и Неговский указывают, что рентгенотерапия не дает полного анатомического изменения, и только в 2-х случаях они наблюдали исчезновение ниши.

Если в отношении эффективности субъективных ощущений сейчас нет никаких разногласий, если все авторы отмечают быстрое исчезновение болей и всех диспептических явлений, то в отношении длительности этого эффекта вопрос далеко еще не освещен в литературе. Большинство авторов не имеет длительного наблюдения, что мешает им высказаться по этому вопросу.

Из известной нам литературы длительное наблюдение (до 10 лет) мы встречаем в единичных случаях у Ленка и у Югенбург—на большом материале. У других авторов срок наблюдения весьма небольшой (от 1 до 1½ лет). По мнению Иоффе и Зальцмана рентгенотерапия дает улучшение субъективных ощущений на срок до 6 месяцев, в редких случаях до 2—3 лет. Горина, Фасс и Федорова наблюдали рецидивы через 5, 10, 12 месяцев. На стабильный эффект рентгенотерапии указывает Гукосьян, Поппе и Голонзко.

Наш материал охватывает 66 больных¹⁾, из них 64 мужч. и 2 женщины. Возраст наших больных колеблется от 18 до 62 лет. Наибольшее количество больных падает на возраст от 20 до 40 лет. По социальному положению 49 рабочих и 17 служащих. Большинство наших больных с обильным количеством рецидивов и многолетним страданием.

Каждый больной по поступлении в клинику в течение 2—3 дней подвергался тщательному клиническому обследованию: исследовалась моча, кровь, кал на реакцию Вебера и Грегерсена, желудочный сок и производилось рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта. Желудочный сок брался в большинстве случаев толстым зондом после пробного завтрака Боас-Эвальда. Рентгенологически мы подробнейшим образом фиксировали внимание на тонусе, рельефе слизистой, форме, контурах желудка, смещаемости эвакуации, моторной функции и т. д. После рентгеновского облучения вновь исследовали желудочный сок и больной повторно подвергался рентгеновскому исследованию (большинство больных имеет рентгенограммы до и после облучения). Все наши больные находились, во время пребывания в клинике, на щадящей диете. Всякое медикаментозное лечение нами исключалось.

Лечение рентгеном в большинстве случаев давалось двумя сериями, по 3—4 сеанса каждая, с перерывом 10—12 дней, затем после месячного перерыва проводилась 3-я серия.

Лечение применялось по двум способам: 1) два поля спереди на область желудка и 12-перстной кишки и одно поле сзади на область желудка. 160 к. в. напряжения на вторичной цепи. Сила тока 4 мА. Тубус 9×12, фокусное расстояние—30 см,

¹⁾ Часть больных была предоставлена в наше распоряжение заведующим I терапевтич. отделением д-ром А. А. Кнабе, которому за это приносим нашу благодарность.

фильтры 0,5 Си и 1 мм Al; 2 поля спереди и два сзади на область позвоночника от D₄—L₃. В 51 случае применялась методика № 1, 14 больным применялась методика № 2.

Анализируя наш материал, мы можем констатировать, что в подавляющем большинстве случаев больными отмечалось субъективное улучшение, очень быстро, иногда после 1—2 сеансов, прекращались боли или резко ослабевали по своей интенсивности, исчезала отрыжка, изжога, запоры и другие диспептические явления. После наступавшего улучшения, некоторые из наших больных по собственному желанию выписывались и продолжали лечение амбулаторно. Большинство же больных оставалось на стационарном лечении до окончания 2-й серии.

Для иллюстрации приводим кратко некоторые истории болезни.

Больной Л. (ист. бол. № 32), 21 года, поступил в клинику 10/III 1936 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, рвоты, отрыжку и запоры. Боли острого характера, наступают через 1 $\frac{1}{4}$ —2 часа после еды. Болен с 1932 г., тогда же наблюдалась кровавая рвота. 3-й рецидив. Объективно: изменений особых нет. Желудочный сок: общая к. 54, свободная HCl—0,11. Рентгеноскопия от 15/III: Bulbus duodeni резко деформирован, по задней его стенке выпячивание, стойко выполненное в продолжение всего исследования (ниша). Значительная болевая чувствительность соответственно Bulbus'у. Подвижность Bulbus'a при пальпации ограничена. Диагноз: Ulcus duodeni et periduodenitis. Больной получил 4 сеанса рентгенотерапии по методике № 2. Общее состояние улучшилось, все субъективные жалобы, кроме отрыжек, прошли. Повторное исследование желудочного сока: о. к.—60, своб. HCl—0,15. Контрольное рентгеновское исследование 30/VI 36 г.: по сравнению с предыдущим исследованием—без изменений.

Больной П. (ист. бол. № 42), 62 лет, швейцар, поступил в клинику 23/I 1936 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, кислые отрыжки, запоры и тошноты. Болен 15 лет. В анамнезе частые рецидивы. Объективно: болезненность в эпигастральной области и справа от средней линии; здесь же defense musculaire; желудочный сок: о. к.—92, своб. HCl—0,26. Рентгенологически (от 26/XI) эвакуация после выжимания, перистальтика глубокая, смещаемость ослабленная, рельеф слизистой усилен, ниша в области Pylorus'a, там же болезненность. После 9 сеансов рентгенотерапии по методике № 1 больной выписался в прекрасном состоянии. Повторное исследование желудочного сока: о. к.—80, своб. HCl—0,22. Рентгеноскопически от 29/VI никаких изменений (ниша остается).

Больной М. (ист. бол. № 34), 30 лет, нормировщик, поступил 6/I 1936 г. с жалобами на режущие боли в подложечной области, наступающей через 1 $\frac{1}{2}$ —2 часа после еды, боли ночные и „голодные“, тошноты, рвоты и плохой аппетит. Болен 6 лет. Объективно: defense в пилородуоденальной зоне. Жел. сок: о. к.—76, своб. HCl—0,2. Рентгенологически от 12/I 1936 года: до приема контрастной массы в желудке liquor.

Каудальный отдел расширен. Перистальтика умеренная. Болевая чувствительность в пара-пилорической зоне. Эвакуация ускоренная, Bulbus duodeni увеличен, деформирован. В области наружного recessus'a дивертикулообразное выпячивание, величиною в большую горошину; здесь же значительная болевая чувствительность. Через 2 $\frac{1}{2}$ часа желудок пуст. Остаточное пятно соответственно Bulbus'у. Диагноз: Ulcus duodeni. После 7 сеансов (методика № 1) больной выписался в прекрасном состоянии. Повторное исследование жел. сока: о. к.—74, своб. HCl—0,18. Рентгенологически от 30/VI: форма из обычной стала в виде полулуния, смещаемость вялая, моторная функция ухудшилась (через 3 часа в желудке незначительный остаток), ниша остается.

Наряду с таким прекрасным улучшением субъективных ощущений среди наших больных был небольшой процент (13 $\frac{1}{2}$ %) случаев, у которых не наступило улучшения, и боли остались и после облучения (ист. бол. № 4, 9, 21, 25).

Объяснение отсутствия эффективности после облучения у этих больных надо искать, повидимому, в застарелости этих случаев, давших стойкие, органические рубцовые изменения. Подобные предположения имеются и в литературе. Такого же мнения и Гасуль. Гукосьян, Поппе и Голонзко также в 3 застарелых случаях с большими деформациями никакого эффекта от рентгенотерапии не получили.

Во время лечения нам приходилось наблюдать у многих больных резкое обострение непосредственно после облучения, выражавшееся в общем недомогании, разбитости, головной боли, тошнотах, иногда рвотах, слюнотечении и отсутствии аппетита. Как видно из таблицы 1 явления общей реакции „рентгенкатора“ наблюдались у 13 больных, что составляет 20%. У некоторых больных эти явления выступали особенно ярко, как, например, у больных с ист. бол. № 19, 21, 38, у которых ни один сеанс рентгенооблучения не проходил без этих явлений. Югенбург, Перетц и Мостова указывают на то, что иногда явления общей реакции настолько резко выражены, что приходится даже прекращать лечение, что имело место и на нашем материале у больного К. (ист. б. 21). Ленк на своем обширном материале не наблюдал резких явлений общей реакции и считал, что если не наступило улучшения после 4-го сеанса, лечение рентгенотерапией должно быть прекращено. По его мнению, хорошо перенесенное первое облучение решает благоприятный исход дальнейшего лечения. Общая реакция почти всегда сопровождает облучение брюшной полости, значительно реже при освещении других частей тела. Возникает важный вопрос, есть ли прямая зависимость между общей реакцией и эффективностью лечения. Коттмайер считает, что пилор-спазм, обусловленный рентгенкатором, вызывает повышенную раздражимость секреторной функции и тем самым ухудшает условия для излечения. Наши наблюдения позволяют нам считать, что такая прямая зависимость существует. Действительно, больные с резко выраженными явлениями рентгенкатора не давали нам такого клинического выздоровления. У больных с рентгенкатором отмечалась повышенная кислотность, которая не только не уменьшалась после рентгенотерапии, но даже в некоторых случаях усиливалась.

Изучая желудочную секрецию наших больных, мы имели следующую картину при их поступлении: с повышенной кислотностью 66%, с пониженной—24%, с нормальной—10%. Динамика желудочной секреции у наблюдаемых нами больных такова: 50% без изменения желудочной секреции, в 36% кислотность снизилась, а в 14%—повысилась.

Врачу нередко приходится сталкиваться у язвенных больных с профузными и оккультными кровотечениями. Весьма интересно разрешить принципиально этот вопрос в смысле применения рентгенотерапии у таких больных.

Коттмайер отмечает не только исчезновение свежих кровотечений, но указывает на хороший терапевтический эффект от облучения рентгеновыми лучами при постоянных и длительных крово-

течениях. Ленк объясняет благоприятное действие рентгеновых лучей при кровотечениях воздействием на печень и селезенку. Шульце-Берге также видел прекрасные результаты рентгенотерапии при кровотечениях. По мнению Югенбург, рентгеновы лучи противопоказаны при повторных кровотечениях, повторных кровавых рвотах, так как вследствие гиперемии слизистой кровотечения может усиливаться. Югенбург рекомендует в таких случаях начинать облучение с малых доз, при условии отсутствия крови в кале.

Среди наших больных было несколько случаев со свежими профузными кровотечениями. Мы очень рано применили рентгенотерапию (6—8 сеансов) и получили положительный эффект. Наши наблюдения ведутся на протяжении 2 лет: все это время больные находятся в нашем поле зрения. У многих из них эффект после облучения был нестойкий.

Чем можно объяснить различие эффективности рентгенотерапии при язвах 12-перстной кишки и язвы желудка? В своей монографии проф. И. Г. Шлифер указывает на те специфические черты, которые присущи язвам 12-перстной кишки. Специфичность этих язв, имеющих совершенно одинаковый этиопатогенез, а, следовательно, одинаковую тенденцию к заживлению или прогрессированию, обусловлена, по его мнению, различием в величине, подвижности и толщине стенок этих органов. Это и служит причиной, что язвенный процесс гораздо резче будет выделяться на небольшой по объему тонкостенной и малоподвижной 12-перстной кишке, чем на значительно большем по размеру желудке. Возможно, этим объясняется, что анатомические изменения скорее исчезают в желудке, где они менее резко будут выделяться, тогда как самые незначительные изменения в duod. будут нами еще отчетливо обнаруживаться.

Изучая функциональные и органические взмещения желудка и 12-перстной кишки на нашем материале до и после рентгенотерапии, мы могли отметить, что эффективность лечения сказывается больше всего на уменьшении субъективных жалоб больного, и в первую очередь на уменьшении болей. Диспептические явления, как отрыжка, изжога, тошнота, рвота и др. проходили под влиянием рентгенотерапии. Отмечается также улучшение моторной функции. Что касается анатомических изменений, то во многих случаях в своей тенденции они оставались такими же, какими они были и до облучения.

Выводы: 1. Рентгенотерапия язвы 12-перстной кишки не во всех случаях дает анатомическое излечение.

2. Ниши при язвах 12-перстной кишки в большинстве наших случаев не исчезали.

3. В подавляющем большинстве случаев рентгенотерапия дает улучшение субъективных ощущений.

4. Среди всех консервативных и паллиативных методов лечения, рентгенотерапия, пожалуй, имеет право занять одно из видных мест.

5. Наш материал ставит под сомнение взгляд Шульце-Берге, который рекомендует применять рентгенотерапию у каждого язвенного больного. Грубые рубцовые изменения вряд ли могут поддаваться тем дозам рентгеновых лучей, которые обычно применяются при терапии.

Из кафедры рентгенологии и радиологии Гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. Р. Я. Гасуль).

Рентгенотерапия хронического грипа.

П. Д. Яльцев и Д. Е. Потехин.

Вред, приносимый грипом даже в неэпидемическое время, складывается из невозвратных потерь—смерть или полная инвалидность,—потерь, возникающих от временной нетрудоспособности ведущих групп на производстве, и, наконец, от большой детской смертности.

Труднее учесть отдаленные последствия грипа, стоящие в связи с поражением сердечно-сосудистого аппарата и центральной нервной системы, понижающие в дальнейшем трудоспособность и влияющие на продолжительность жизни.

В силу этого вопросы профилактики и терапии грипа являются весьма актуальными.

Помимо общегигиенических мероприятий, в последнее время, с целью профилактики и отчасти терапии, применяют метод вдыхания хлора в небольших концентрациях. Испытывалась и неспецифическая вакцинация, путем подкожных инъекций различного количества убитых пневмококков, стрептококков, палочек инфлюэнцы, стафилококков и катарального микрококка; такова, напр., вакцина Лейшмана.

Терапевтический арсенал при грипе насчитывает еще большее количество предложенных средств. Однако специфических средств против грипа мы еще не имеем. Такие средства, как антипирин, аспирин, хинин—действуют симптоматически.

Дериваты хинина, напр. *optochinum basicum* и *euscipinum hydrochloricum* требуют очень строгой диеты и при том, в отношении оптохина, нельзя исключить с уверенностью вредное их влияние на зрение. От пневмококковых и стрептококковых сывороток, а также от внутривенных вливаний колларгола, электраргола, сальварсана и его легко растворимых соединений, большой пользы не получается. Скорость выздоровления и результаты применяющейся терапии в основном зависят от организма, характера грипозной эпидемии, а также от осложнений на почве вторичной инфекции.

Наблюдения над грипозными больными, направлявшимися на

рентгеноскопию грудной клетки, после которой, особенно в случаях длительного просвечивания, наступало улучшение общего состояния, падение температуры у лихорадящих больных и сокращение срока заболевания,—послужили толчком для сознательного применения рентгеновых лучей в терапии грипа.

Наблюдения проф. Р. Я. Гасуль совместно с проф. М. И. Мастбаум, доложенные ими на заседании Научной медицинской ассоциации в 1932 г., говорят о благотворном влиянии рентгеновых лучей на течение гриппозного процесса. Это побудило нас изучить действие рентгенооблучений на хронический грипп.

Наш материал охватывает 100 человек, из них мужчин—34, женщин—66; амбулаторных—95, стационарных—5. По возрасту: от 20 до 40 лет—74 чел., от 40 до 60 лет—26 чел., с затянувшимся гриппом более 4 недель—72 чел., более 2 недель—28 чел. Наибольшее количество больных имело повышенную температуру. Анамнестические данные были разнообразны, но обычно большинство больных заявляло о внезапном начале заболевания при явлениях озноба, головной боли, кашля, насморка, болях и ломоте во всем теле и иногда боли при глотании. Больные с затянувшимися формами гриппа жаловались на длительную субфебрильную температуру, не превышающую 37,2,—37,4,—37,8°, поты, плохой сон и резкий упадок сил. Обращала на себя внимание выраженная в той или иной степени адинамия, особенно у лиц с субнормальной температурой.

При рентгеноскопии обычно находили в легких гиперемиию гилюсов и легочных полей. У части амбулаторных больных с затяжными формами гриппа исследовалось до лечения кровяное давление, лейкоцитарная формула по Шиллингу, количество лейкоцитов крови и РОЭ (по Панченкову). Максимальное кровяное давление колебалось от 115 до 95, минимальное—от 65 до 55. Реакция оседания эритроцитов—от 16 до 38 мм. в 1 час, в подавляющем большинстве случаев—лейкопения (количество лейкоцитов от 4400 до 7500).

Лечение проводилось на аппарате для глубокой рентгенотерапии „Стабиливольт“ Сименса—методом торакального освещения, предложенным проф. Гасуль. Всего проводилось от 2 до 4 облучений: 1—2 на переднюю поверхность грудной клетки и столько же на заднюю. Во время облучения больной находился на кушетке в горизонтальном положении (центральный луч проходит через ворота легких). Поле освещения—вся грудная клетка. Доза каждого сеанса выражалась в 90 ч=15% НЕД на кожу, которую мы получали при 170 RV, 3 МА, на расстоянии 60 см от антикатада трубки через тяжелые фильтры 0,5 Cu + 2,0 Al. Пауза между облучениями 2—3 дня.

Улучшение общего состояния у большинства больных наступало уже после 1—2 облучений: снижалась температура, уменьшались насморк, головные боли и ломящие боли в теле. В некоторых случаях гриппозный процесс прекращался лишь после курса облучения. В одном случае вяло протекавшей гриппозной бронхопневмонии эффект наступил после 2 облучений, а полное

излечение после 5 сеансов через 2½ недели. Хорошие результаты получаются от лечения рентгеновыми лучами затянувшихся, хронических форм гриппа.

Применяя у таких больных рентгенотерапию, по описанному выше методу Гасуль, мы замечали в большинстве случаев облегчение у больных уже после 1—2 сеансов; в четырех случаях нами отмечено после первого облучения усиление и учащение кашля и усиление слабости. Эти явления, однако, исчезли в тот же или на следующий день. Объективно: в легких значительно уменьшалось количество хрипов после первых двух облучений, и они совсем исчезали после 3—4, а в 2 случаях после 5 и в 1 случае после 6 облучений.

Из 100 случаев затянувшегося гриппа в 74 мы получили хороший результат. Температура, которая держалась на протяжении недель и месяцев субфебрильной, становилась нормальной; постоянные головные боли, общие недомогания, слабость, поты, кашель и насморк прекращались, хрипы в легких исчезали. При рентгеноскопии грудной клетки ничего патологического найти не удавалось.

Кровяное давление (систол.) повышалось в среднем на 8—17 делений. Уменьшалась скорость оседания эритроцитов на 4—12 мм в 1 час. Необходимо отметить, что у ряда больных, страдавших хронической малярией, после двух или больше облучений наступало обострение, что влияло на общее самочувствие больных. Некоторые больные, почувствовав улучшение после 2 облучений, на повторное обследование не явились.

Для иллюстрации приведем несколько историй болезни.

1. Ег-на, 29 лет. Считает себя больной с 28/XII 34 г., когда появился насморк, кашель, ночные поты, слабость. 3-дневный постельный режим, после чего вышла на работу. В январе 1935 г. острый лакунарный амигдалит. Снова постельный режим в продолжение 5 дней. Кашель и общее недомогание не исчезали, но больная продолжала работать. Нерегулярные измерения температуры показывали по вечерам не выше 37,4—37,5. 8/III. Обратилась снова с жалобами на насморк, кашель, неприятное ощущение в горле, слабость. Объективно: гиперемия з-ва. В легких—явления бронхита. 12/III. Насморк усилился, сухой кашель—очень сильный, болезненный, слабость, головокружение, поты, t° по вечерам—37,6. Повторные посещения поликлиники 14 и 19/III с теми же жалобами, но с явлениями выраженной адинамии. В легких: под правой лопаткой крепитирующие хрипы и жесткое дыхание в нижних отделах. 21/III. Рентгеноскопия—легкие: гиперемия гилюсов. Сердце: аортального типа, границы в пределах нормы. 21/III до облучения: РОЭ—18 мм, лейкоцитов 4834, кровяное давление—98/63. Получила первый сеанс рентгенотерапии. 27/III 2-й сеанс рентгенотерапии. 28/III. Несколько улучшилось общее состояние, кашель меньше беспокоит больную, насморка нет, но слабость, быстрая утомляемость в работе и ночные поты еще наблюдаются. 29/III. 3-й сеанс рентгенотерапии и 1/IV—4-й сеанс. 3/IV. До облучения: РОЭ—14 мм, лейкоцитов—5170, кров. давление—110/65. Через 2½ часа после облучения: РОЭ—9 мм, лейкоцитов—5900, кров. давление—112/65. Лейкоцитарная формула по Шиллингу до облучения: палоч. 5%, сегм. 58,5%, эоз. 2%, мон. 5,5%, лимф. 31%. Лейкоцитарная формула после облучения: пал. 3%, сегм. 69%, эоз. 0,5%, мон. 3,5%, лимф. 24%. Всего приняла 5 сеансов рентгенотерапии. Чувствует себя значительно лучше. Кашля нет. По временам отмечается легкий озноб и головные боли. В легких хрипов нет. Жесткое дыхание справа под лопаткой. Селезенка пальпируется, плотновата, болезненна. Назначен хинин, после которого и эти жалобы исчезли.

2. Н-ов, 37 лет. 25/III 1935 г. обратился с жалобами на сильный насморк, боли в области надбровных дуг, сильный кашель с мокротой, ломящие боли во всем теле и резкую общую слабость. Заболел 19/III. При измерении t° на приеме 37,6. Границы легких—норма, экскурсия—норма. На протяжении обоих легких жесткое дыхание и много сухих и влажных хрипов, больше в задне-нижних отделах, особенно справа. 27/III. Рентгеноскопия: легкие—гиперемия гилюсов и легочных полей. Сердце: митральной формы, границы в пред. нормы. Пульсация учащена. В мокроте коховых палочек нет. 27/III до облучения: лейкоцитов—7370, РОЭ—26 мм, кров. давлен.—105/63. 27/III 1-й, 29/III—2-й сеанс рентгенотерапии. 1/IV. Кашель без перемен, плохое общее самочувствие, слабость; отмечает по вечерам ознобы с последующим ощущением жара (температуру не измерял), с потами. В легких меньше хрипов. Пальпируется выступающая на палец плотноватая и болезненная селезенка. Лейкоцитарная формула по Шиллингу: пал. 4,5%, сегм. 58%, эоз. 1,5%, мон. 5,5%, лимф. 30,5%. Плазмодии малярии не обнаружены. Дан хинин по 0,3—три раза в день. 1/IV—3-й сеанс, 2/IV—4-й сеанс рентгенотерапии. 4/IV. Кров. давл. 108/65, РОЭ—20 мм, лейкоцитов—5140. Лейкоцитарная формула по Шиллингу: пал.—6,5%, сегм.—61%, эоз.—2,5%, базоф.—0,5%, мон.—3,5%, лимф.—26%. В легких хрипов нет, жесткое дыхание в нижних отделах. Насморк и кашля нет. Жалуются на головные боли, познабливание, поты и небольшую общую слабость. Селезенка пальпируется, болезненна. Назначено систематическое прерывистое лечение хинином. На повторное обследование в дальнейшем не явился.

3. Х-ов, 33 лет. 3/III 35 г. обратился с жалобами на насморк, сухой кашель, ломящие боли во всем теле, боли в подложечной области и общую слабость. 25/III. Снова обратился с жалобами на насморк, сильный сухой кашель, боли в области надбровных дуг, ломящие боли во всем теле и заметную адинамию. В легких явление распространенного бронхита. 1/IV Рентгеноскопия: Легкие—резкая гиперемия гилюсов и легочных полей. Левый френкостальный синус плохо расправляется при глубоком вздохе. Сердце—границы в пределах нормы. 1/IV. До облучения—РОЭ—21 мм, лейкоцит.—4700, кров. давлен.—116/65. Формула по Шиллингу: пал.—3%, сегм.—67%, эоз.—2,5%, мон.—3,5%, лимф.—24%.

1/IV—1-й сеанс, 3/IV—2-й сеанс, 7/IV—3-й сеанс. 7/IV до облучения: РОЭ—14 мм, лейкоцитов—4170, кров. давлен.—118/66. Через 2 часа после облучения: РОЭ 12 мм, лейкоцитов—4524, кров. давлен.—118/66. Формула по Шиллингу: до облучения: пал.—2,5%, сегм.—56%, эоз.—6%, моноц.—4,5%, лимф.—31%. После облучения: пал.—3%, сегм.—56%, эоз.—8,5%, моноц.—4%, лимф.—28,5%. 13/IV. Чувствует себя вполне хорошо; кашель и насморк прекратились. В легких единичные сухие хрипы, исчезающие после кашля, под лопатками жесткостное дыхание. Принял 4 сеанса. Для повторного исследования крови не явился.

4. П-ова, 34 лет, 2/IV 35 г. Заболела дней 5 тому назад. Был озноб, головная боль, повышение t° до 38,2, на следующий день чихание, насморк, мучительный сухой кашель с болями в грудной клетке и ломящими болями во всем теле. t° все эти дни к вечеру не превышала 38°. Последние 2 дня присоединились поты и общая слабость. T° на приеме 37,6. Обычное лечение (аспирин, отхаркивающая микстура с ипекакуаной и кодеином, банки на спину ежедневно (до 10/IV) не дало улучшения, t° 37,6—37,4, кашель и слабость попрежнему. В легких: при перкуссии—норм. легочный звук; при аускультации явления диффузного бронхита. 10/IV. Рентгеноскопия: легкие—гиперемия гилюсов больше справа в верхнем и среднем участках. Сердце: умеренная гипертрофия левого желудочка.

10/IV. До облучения: РОЭ—22 мм в 1 час, лейкоцитов—6100, кров. давл.—102/56. Лейкоцитарная формула по Шиллингу: пал.—3%, сегм.—60%, эоз.—0,5%, мон.—3,5%, лимф.—33%. 23/IV до облучения: РОЭ—12 мм в 1 час, лейкоцит.—5934, кров. давл.—115/54. Через 2 ч. 10 м. после облучения: РОЭ—10 мм, лейкоцит.—6670, кр. в. давл.—113/60. Всего приняла 4 сеанса рентгенотерапии (10, 13, 16 и 23/IV). После 3-го облучения значительное уменьшение кашля и заметное улучшение общего самочувствия. 25/IV. Кашля нет. Чувствует себя хорошо. Головные боли и поты прекратились. T° —норма. В легких, за исключением жесткого дыхания в области правой лопатки, ничего патологического не отмечается.

5. А-ва, 34 лет. 14/III 35 г. обратилась с жалобами на насморк, чихание, головные боли, сухой болезненный кашель и ночные поты. Болея дня три,

t° не измеряла, на приеме 36,9. В легких—при перкуссии нормальный легочный звук; при аускультации—единичные, рассеянные в обоих легких сухие хрипы и жестковатое дыхание. 31/III рентгеноскопия—легкие: очаговых изменений не определяется. Сердце—границы не изменены, тахикардия. 3/IV. Обратилась снова с теми же жалобами. Объективно: в легких явление диффузного бронхита. 16/IV сухой кашель попрежнему беспокоит больную, по утрам чихание, боли в области надбровных дуг, головные боли, поты, ломящие боли во всем теле, выраженная адинамия. В легких явления диффузного бронхита. За время болезни принимала аспирин с кофеином, микстуру с ипекакуаной, а затем микстуру с апоморфином и морфием, банки на спину и 30 мышьяковых инъекций. 19/IV. Рентгеноскопия: легкие—значительная гиперемия гилюсов и легочных полей. Сердце—положение и форма не изменены. Пульсация учащена. Палочек Коха не найдено.

19/IV до облучения: лейкоцитов—6600, РОЭ—22 мм в 1 час, кров. давл.—95/58. Формула по Шиллингу: пал.—20%, сегм.—67,50%, эоз.—4,50% баз.—0,50%, мон.—50%, лимфоц.—20,5. Приняла первый сеанс рентгенотерапии. 23/IV. Кашель реже, с легко отделяемой мокротой, общее самочувствие лучше, явился аппетит, насморка нет. В легких хрипов меньше. Получила второй сеанс рентгенотерапии. 25/IV. Самочувствие хорошее. Кашля нет. Аппетит—норма. Головных болей нет. Не потеет. В легких жестковатое дыхание под лопатками. 28/IV. До облучения: РОЭ—12 мм, лейкоцитов—5234, кров. давл.—112/62. Через 2 часа после облучения: РОЭ—8 мм, лейкоцит.—6400, кров. давл.—110/63. Всего приняла 4 облучения (19, 23, 25 и 28/IV).

6. Цая, 58 лет. Считает себя больной с первых чисел сентября 1935 г., когда появилась кашель, насморк, боль в груди, t° достигает 38° по вечерам. Страдая хронической малярией, больная принимала хинин, но улучшения не замечала. Значительная общая слабость заставляла ее оставлять домашнюю работу и часто ложиться в постель.

16/X 35 г. Больная направлена на рентгеноскопию. Легкие: бронхопневмоническая инфильтрация в нижнем поле слева. Гилюсы плотные, насыщенные, широкие. Сердце митральной конфигурации с расширением границ влево и вправо. 2/XI повторная рентгеноскопия: легкие:—бронхопневмоническая инфильтрация в нижнем поле слева и значительное усиление сосудисто-бронхиального рисунка. Сердце небольшое увеличение размеров поперечника с выступанием пульмональной дуги и усиленной пульсацией. 2/XI. лейкоцит.—9800, эритро.—4350000, Hb.—70%, РОЭ—38 мм в 1 час, индекс—0,8, лейкоцитарная формула по Шиллингу: пал.—10%, сегм.—60%, эоз.—10%, мон.—40%, лимф.—34%. 3/XI. В мокроте ВК и эластических волокон не обнаружено. 25/II. Повторная рентгеноскопия: легкие—значительное усиление сосудисто-бронхиального рисунка и бронхопневмоническая инфильтрация в нижнем поле слева. Сердце: небольшое увеличение размеров поперечника; пульсация вялая, аорта удлинена и тень ее усилена.

Ввиду затянувшегося течения бронхопневмонического процесса в левом легком и безрезультатности обычной терапии, больная направлена на рентгенотерапию. Приняла 3 облучения. После рентгенотерапии самочувствие больной значительно улучшилось, t°, до того достигавшая по вечерам 37,8—38°, снизилась до 37°. В легких ослабленное дыхание на протяжении обоих легких, слева под лопаткой с жестковатым оттенком. Данные рентгеноскопии 7/XII: легкие—значительное усиление сосудисто-бронхиального рисунка. Эмфизема. Лейкоцитарная формула по Шиллингу: пал.—40%, сегм.—68,50%, эоз.—20%, базоф.—0,50%, моноц.—50%, лимф.—20%.

Больной рекомендовано было явиться через 10 дней для повторного обследования, но она не явилась.]

Биологические основы рентгенотерапии гриппа.

Несмотря на то, что первые попытки повлиять на воспалительные процессы относятся к 1903 г. (Гютнер, Ветерер, Мортон и др.), вопросы биологического действия рентгеновых лучей на воспаление, в частности на гриппозный процесс, до сих пор находятся в стадии разрешения.

Начиная с работ Гейденгайн и Фрида, которые ввели рентгенотерапию воспалительных заболеваний в широкую практику, и кончая сообщениями школы Гольцкнехта и Пордеса и др. французских и итальянских авторов (Соломон, Атили), объяснения терапевтического действия лучей рентгена при воспалениях сводятся меньше всего к влиянию лучей непосредственно на возбудителя воспаления или на его токсины или антигена, а главным образом—к воздействию на иммунобиологические факторы борьбы организма с возбудителем и его продуктами. Экспериментальные работы ряда авторов доказали повышение бактерицидности сыворотки крови при освещении (Фрид, Дрезел и др.). С другой стороны, биохимические исследования воспалительного очага после освещения показали наличие распада белковой молекулы и освобождение ряда протеиновых групп—актинопротеинов (Шварц, Гасуль, Майер) или эндопротеинов (Мищенко), которые активируют гуморальные и клеточные процессы исцеления.

Еще Гольцкнехт, Пордес и Пескарولو констатировали, что освещение вызывает распад лейкоцитов, которые освобождают в кровяное русло содержащиеся в них бактериолизины и антигена. Это одно, по мнению Гольцкнехта, достаточно было для объяснения благотворного действия рентгеновых лучей на воспалительный процесс любой этиологии.

Наряду с этими специфическими продуктами распада освобождаются и неспецифические тела („параспецифические“, по Гасуль) и эффект их воздействия во многом напоминает неспецифическую протеинотерапию. Лейкоциты и лимфоциты очень чувствительны к рентгеновым лучам, и их распад наступает уже после малых доз (*in vivo* и *in vitro*). Этим мы объясняем столь низкий оптимум дозы лучей при рентгенизации воспаленной ткани.

Последними экспериментальными работами Мищенко и его сотрудников (Фоменко, Леданов и др.) подтверждается ряд высказанных предположений о роли гистиоцитарной реакции и серологических изменений в процессе элиминации воспалительного очага и регенерации окружающей его ткани (повышение агглютинационного титра сыворотки, сдвиг лейкоцитарной формулы, повышение фагоцитоза, опсонического индекса и постепенное уменьшение количества и вирулентности возбудителей).

Гриппозный процесс дает аналогичную характеристику клеточных и гуморальных изменений, и благотворное действие рентгеновых лучей может быть по аналогии с другими воспалительными заболеваниями объяснено уже известными нам реакциями организма на освещение.

Таким образом на основании имеющихся в нашем распоряжении данных, несмотря на относительную малочисленность материала, можно сделать следующие выводы:

1. Метод лечения лучами Рентгена хронических форм гриппа, как биологически обоснованный, заслуживает внимания клинициста.

2. Благотворное действие рентгеновых лучей при гриппе, пови-

димому, покоится на усилении защитных иммунобиологических реакций организма.

3. Положительной стороной рентгенотерапии хронического гриппа является также возможность проводить его лечение амбулаторно без отрыва от производства.

4. Учитывая социальное и экономическое значение проблемы лечения гриппа, наличие большой сети рентгеноустановок, мы считали бы возможным более широкое применение рентгенотерапии гриппа.

Литература. 1. Михайловский Б. Г., Вр. дело, № 4, 1929.—2. Розенберг Н. К., Вр. газ., № 8 и 9, 1931.—3. Вейнберг-Никлас Я. Я., Вр. газ., № 12, 1931.—4. Давыдов П. Д., Вр. дело, № 11, 1929.—5. Брауде И. Р. и Фрейфельд В. Н., Вр. дело, № 6 и 7, 1930.—6. Гасуль Р. Я. Вестн. рентгенологии, т. 4 и 5, 1927.—Fortsch. d. Röstr. Bd. 38 H 3, 1927 г.—Internationale Radiotherapie Bd. III, 1928 г.—Klinische Woch., № 49, 1927.—7. Ж. эксп. биол. и мед., т. XI, 1929.—8. Strahlentherapie, Bd. 30, 1928.—9. Strahlentherapie Bd. 48, 1928 и Bd. 52, 1935.—10. Ж. эксп. биологии и медиц., т. XI, 1929.—11. Вестн. рентгенологии, т. XV, в. 5, 1935.

Из детской клиники (директор заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лекский) и отделения костной патологии (зав. доц. Д. Е. Гольдштейн) кафедры рентгенологии (директор проф. Р. Я. Гасуль) Гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

Лечение рахита витаминолем.

(Клинико-рентгенологические наблюдения).

(с 1 табл. и 4 снимками).

Д. Е. Гольдштейн, М. О. Лейзеровская, Г. С. Тямина.

Клиническое исследование.

Изготовление фабричным путем препаратов витамина Д представляет огромный успех в деле лечения рахита. У нас в Союзе фабричные препараты витамина Д широко не применялись: наша фармацевтическая промышленность до недавнего времени не изготовляла их. В 1934 г. витаминной лабораторией фабрики эндокринных препаратов НКЗ РСФСР был выпущен препарат облученного эргостерина в масляном растворе, названный «витаминоль». Исследование советского препарата «витаминоль», как отечественного продукта, представляет большой интерес.

В начале 1935 г. клиника детских болезней Казанского госуд. ин-та усовершенствования врачей получила витаминоль для испытания его антирахитического действия. Присланный препарат содержал около 2000 профилактических крысиных единиц в 1 см³.

Для изучения лечебного эффекта мы взяли детей, находящихся под наблюдением консультации № 1 Молотовского района г. Казани; всего взято 14 детей в возрасте от 2½ до 7½ месяцев

У всех детей рахит был в цветущей стадии: резкий краниотабес (у многих вся затылочная кость представлялась мягкой), искривление позвоночника, утолщение эпифизов длинных костей предплечья, «четки» на ребрах. Со стороны нервно-мышечного аппарата отмечались: потливость, плохой сон, раздражительность, гипотония мускулатуры. Дети с симптомами резко выраженного рахита в цветущем периоде подбирались нами сознательно, так как улучшение в течении рахита у таких детей можно легко контролировать объективно, и антирахитическое действие препарата выступает отчетливой.

Во время лечения дети оставались при тех же домашних условиях, при которых начался рахит: режим дня, пользование воздухом, питание не изменялись. У большинства наших детей были сравнительно хорошие жилищные условия; только у троих были полутемные, сырые комнаты, но дети гуляли мало. Основной недочет в питании детей—ранний прикорм исключительно манной кашей и отсутствие в пище овощных блюд. Соков фруктов дети до лечения и во время лечения не получали.

В начале лечения дети были тщательно клинически обследованы. Изменения в течении рахита тщательно записывались при контрольных посещениях—в среднем один раз в 10 дней.

Мы остановились на лечебной дозе по 5 капель 2 раза в день для детей первого полугодия жизни и по 5 капель 3 раза в день для детей старше 6 месяцев. У большинства детей лечение протекало в феврале и марте, и только небольшая группа детей закончила лечение в первых числах апреля (последняя дача витаминоля была 8 апреля). По нашим климатическим условиям дети в это время года не могли еще достаточно пользоваться солнцем.

Лечение продолжалось минимум 27 дней, максимум—1 месяц 18 дней; в среднем—1 месяц 10 дней. За этот срок дети получали по 10—15 куб. см витаминоля.

Мы отказались от контроля за ходом излечения при помощи исследования фосфора крови по следующим соображениям. Колебания количества неорганического фосфора крови быстро отражает изменения в солевом обмене у рахитика, но они нередко опережают изменения в клинических симптомах: при наличии явных симптомов рахита количество фосфора в крови может уже быть нормальным, так что между клиническим течением рахита и уровнем фосфора в крови нет полного параллелизма. Мы делали рентгеновские снимки с предплечья и кистей у всех детей.

Приводим для иллюстрации выдержки из одной истории болезни.

Фрунзе С., 7 мес., родился в срок, хорошо упитан, пастозен, бледность кожных покровов, гипотония мускулатуры, сильно потеет, сидит неуверенно, зубов нет. Со стороны костной системы имеются следующие изменения: родничок 4×4 см, края мягкие, краниотабес (справа размягчение размером 3×3 см, край очерчен; слева 3×2 см, край мягкий); кроме того, отмечается размягчение в области височной кости с обеих сторон величиной в 1 см², «четки», «браслеты». Со стороны сердца, легких и брюшных органов отклонений от нормы не имеется. 23/II сделан рентгеновский снимок, который

также обнаружил резко выраженный рахит. Назначен был витаминоль по 5 капель 2 раза в день.

2/III. Ребенок аккуратно принимает витаминоль. Со стороны костей черепа отмечается: края родничка и размягченных участков становятся более твердыми. Размеры родничка и краниотабеса остаются те же, что и были 23/II. Доза витаминоля увеличена до 5 капель 3 раза в день.

17/III. Хороший аппетит. В пищу кроме грудного молока получает манную кашу, сухари со сладким чаем; от овощного супа отказывается. Родничок 3×3 см, края средней твердости; краниотабеса слева не отмечается вовсе; справа отмечается— 1×2 см; размягчение в области височной кости исчезло; все еще потеет.

31/III. Отмечается хороший эффект лечения: родничок 3×3 см, края твердые, краниотабеса слева не отмечается, справа податливость кости на участке размером 1×2 см; ребенок хорошо сидит, спокоен, не потеет. Прорезался зуб.

2/IV. Витаминоль отменен. Рентгеновский заключительный снимок подтвердил хороший эффект лечения (см. протокол № 2).

Уже после приема 5—8 куб. см витаминоля, через 2—3 недели после начала лечения, отмечается улучшение симптомов рахита. Несмотря на недочеты в питании и недостаточно удовлетворительный гигиенический уход, дети за время наблюдения хорошо прибывали в весе. Приемы витаминоля не влияли неблагоприятно на состояние кишечника; у ряда детей, страдавших диспепсией в начале лечения, функция пищеварения в дальнейшем улучшалась, несмотря на прием препарата. Часть детей за время наблюдения болела гриппом, один ребенок—гриппозной пневмонией, один болен двусторонним аденитом. Лечение витаминомом не прерывалось, указанные заболевания прошли благополучно; они хотя и не помешали излечению рахита, но задерживали и ослабляли эффект лечения. Приводим пример.

Шура Г., 6½ мес., весит 5000 г. Девочка родилась недоношенной на 2 месяца. Под наблюдением консультации с 24-дневного возраста. Вес при первом посещении 2000 грамм. Получала грудь, манную кашу. Бледная, тургор понижен, на коже фурункулы и расчесы. Кости черепа: размеры большого родничка 3×3 см, расхождение сагитального шва на 2 см кпереди и кзади от родничка; краниотабес слева 4×4 см, справа 5×1 см; затылочная кость чрезвычайно мягкая; в области височной кости с обеих сторон размягчение величиной в 1 см²; «четки», «браслеты». Сильно потеет, раздражительна, плохо спит; выраженная гипотония мускулатуры; не сидит, зубов нет; страдает легкой диспепсией.

19/II. Назначен витаминоль по 5 кап. 2 раза в день. Сделан рентгеновский снимок. 2/III. Девочка, по заявлению матери, то в хорошем настроении, то капризничает; хорошо кушает; налачился стул. За 9 дней девочка прибыла в весе на 300 грамм. Улучшения со стороны костей черепа не отмечается. Приняла всего 5 см³ витаминоля.

7/III. Девочка заболела лобулярной пневмонией. Родничок 3×3 см, края твердые. Расхождения сагитального шва не отмечается. Размеры краниотабеса те же, что и при поступлении, но края твердые; затылочная кость более плотная; в области височных костей размягчений нет. Витаминоль продолжает принимать по 5 капель 2 раза в день.

19/III. Пневмония прошла; в легких выслушиваются сухие хрипы. Фурункулёз, пиодермия. Родничок 3×3 см, края твердые, краниотабес 1×1 см; затылочная кость плотна; хорошо спит, но еще потеет. 1/IV. Ребенок спокоен; кожа очистилась; сидит, но еще неуверенно; незначительная потливость; родничок 3×3 см; краниотабес 1×1 см. Витаминотерапия отменена. 2/IV. Сделан заключительный рентгеновский снимок, показавший недостаточный эффект лечения (см. протокол № 8).

У большинства детей, при лечении витаминолом, рано отмечалось улучшение со стороны большого родничка: уменьшались его размеры, краниотабес, как правило, исчезал. Позднее наступало улучшение со стороны нервной системы: потливость и раздражительность исчезали, появлялся спокойный сон, повышался тонус мускулатуры. Такая последовательность явлений заслуживает дальнейшей проверки, так как она противоположна тому порядку в улучшении симптомов, который мы наблюдаем при лечении рахита рыбьим и тюленьим жиром.

Приводим таблицу наших клинических наблюдений.

Изменения в клинической картине за время лечения.

Имя, фамилия и возраст	Длительность лечения	До лечения	После лечения
		Клинические симптомы рахита	Клинические симптомы рахита
1. Володя Ч., 3 м. 22 дн.	23/II—2/IV	Родничок 3×3 см, края мягкие, двухсторонний краниотабес 2×2 см., „четки“, беспокойный сон, потливость.	Родничок 2×2 см, края твердые, краниотабеса нет, не потеет, спит хорошо.
2. Фрунзе С., 7 м.	23/II—2/IV	Родничок 4×4 см, двухсторонний краниотабес 3×3 см „четки“, „браслетки“, гипотония мускулатуры, не сидит, зубов нет, потливость.	Родничок 3×3 см, краниотабеса нет, „четки“, „браслетки“, сидит, прорезался зуб, не потеет.
3. Роберт Х., 5 м.	19/II—20/III	Потливость, раздражительность, родничок $2,5 \times 2,5$ см, краниотабес 2×2 см, и 4×3 см, „четки“, „браслетки“. Диспепсия.	Ребенок спокоен, не потеет, родничок 2×2 см, краниотабеса нет, отмечается. Стул налаживался.
4. Тамара М. 21½ м.	28/II—3/IV	Родничок $2,5 \times 2,5$ см, двухсторонний краниотабес по 2×2 см, беспокойный сон, потливость.	Родничок 2×2 см, краниотабеса нет, не потеет, спит спокойно.
5. Аэлита Я., 3 м.	27/II—31/III	Родничок $1,5 \times 1,5$ см, края его мягкие, потеет, раздражительна, запоры.	Родничок 1×1 см, края его твердые, не потеет, спокойна, стул нормальный.

Имя, фамилия и возраст	Длитель- ность лече- ния	До лечения	После лечения
		Клинические симптомы рахита	Клинические симп- томы рахита
6. Лидия С., 4 м.	21/II—8/IV	Родничок 2×2 см, края его мягкие, двухсторонний краниотабес 2×2 см, размягчение височной кости в 1×1 см. Жирно-мыльный стул.	Родничок 2×2 см, края его твердые краниотабеса нет, стул нормальный.
7. Володя Б., 7 $\frac{1}{2}$ м.	21/II—31/III	Потливость, гипотония мускулатуры, не сидит, зубов нет, родничок 3×3 см, двусторонний краниотабес по 3×3 см, „четки“, браслетки.	Потливости нет, сидит, родничок 2×2 см, краниотабеса нет.
8. Шура Г., 6 $\frac{1}{2}$ м.	19/II—1/IV	Родничок 3×3 см, краниотабес двухсторонний 4×4 и 5×4 см, размягчение височной кости в 1×1 см, потеет, гипотония мускулатуры, не сидит, раздражительность, плохой сон.	Родничок 3×3 см, краниотабес 1×1 , незначительная потливость, спокойна, сидит неуверенно.
9. Юрий А., 5 м.	2/III—5/IV	Родничок 2×2 см, края его мягкие, двухсторонний краниотабес по 2×3 см, потеет, раздражителен.	Родничок 2×2 см, края его твердые, краниотабеса нет, не потеет, спокоен.
10. Аркадий Н., 7 м.	28/II—8/IV	Родничок 2×2 см, двухсторонний краниотабес 3×3 см. и 3×4 см, потливость, кифоз, „четки“, „браслетки“.	Родничок 1×1 см, краниотабеса нет, незначительная потливость, кифоза почти нет.
11. Настя Е., 3 м.	22/II—8/IV	Потливость, раздражительна, родничок $1,5 \times 1,5$ см, двухсторонний краниотабес в 2×3 и 3×4 см, „четки“, браслетки.	Не потеет, спокойна, родничок 1×1 см, края его твердые, краниотабеса не отмечается.
12. Володя Б., 7 м.	2/III—29/III	Родничок $2,5 \times 2,5$ см, двухсторонний краниотабес по 2×2 см, потливость, резко выраженный кифоз.	Родничок 2×2 см, краниотабеса не отмечается, незначительная потливость, кифоза нет.
13. Шеут Г., 3 $\frac{1}{2}$ м.	2/III—8/IV	Потливость, раздражительность, родничок $1,5 \times 1,5$ см, двухсторонний краниотабес по 3×3 см, размягчение височной кости в 2×2 см.	Не потеет, спокоен, родничок $0,5 \times 0,5$ см, краниотабес 1×1 см.
14. Тамара В., 4 м.	23/II—5/IV	Родничок 2×2 см, края его мягкие, двухсторонний краниотабес по 3×3 см, потливость, плохой сон, диспепсия.	Родничок 2×2 см, краниотабеса нет, не потеет, спит хорошо, стул нормальный.

Рентгенологическое исследование.

Нами произведено рентгенологическое исследование у 11 детей. Рентгенснимки производились с дистальных отделов костей предплечья и с кистей как до, так и в ближайшие дни после курса лечения витамином¹⁾. Приводим соответствующие протоколы рентгенснимков.

1. Володя Ч., 3½ мес. Лечение с 23/II до 2/IV 35 г. Снимок до лечения (23/II 35 г.): Слабо выраженная рахитическая зона лучевых и локтевых костей обеих рук. Несколько раздвинуты дистальные метафизы этих костей. Небольших размеров нежное, несомненно четко контурируемое ядро *os capitatum*. Снимок после лечения (19/IV 35 г.): Исчезновение рахитической зоны лучевых и локтевых костей обеих рук. Больших размеров, интенсивной костной структуры, четко контурированное ядро *os capitatum*.

Заключение: слабо выраженный рахит; эффект лечения положительный.

2. Фрунзе С., 7 мес. Лечение с 23/II до 2/IV 35 г. Снимок до лечения (23/II 35 г.): Резко выраженные рахитические зоны лучевых и локтевых ко-

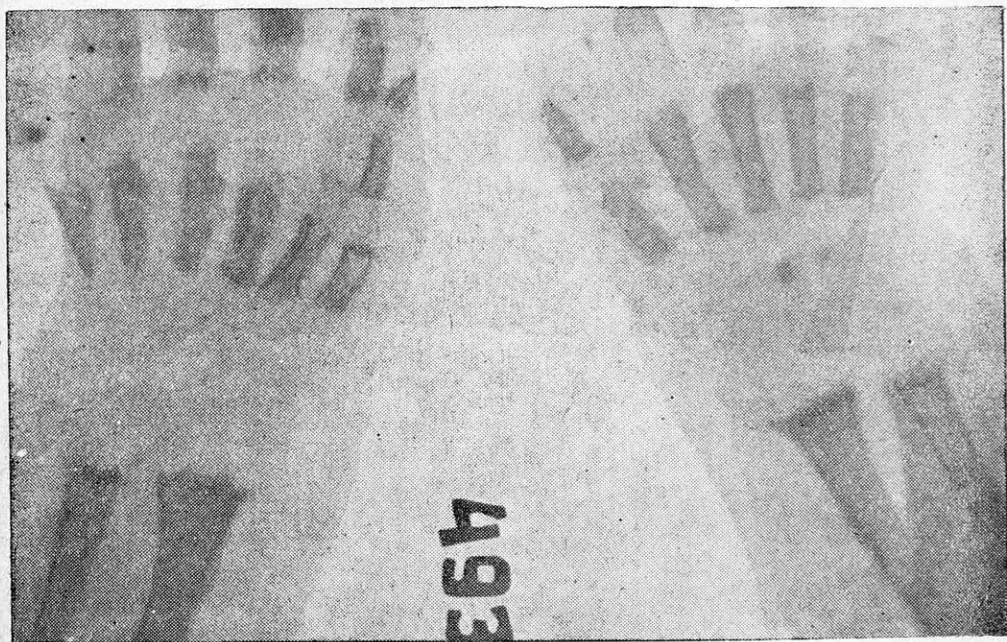


Рис. 1. Б-ной Фрунзе С. 23/II 35 г. До лечения.

стей обеих рук, а также менее выраженные рахитические зоны основных фаланг и карпальных костей кистей. Плохо контурируемые с нежной костной структурой ядра *os capitatum* и *os hamatum*, особенно на левой кисти.

¹⁾ Клиническое наблюдение касается 14 детей. 3 детям были произведены рентгенснимки до лечения; на рентгенснимки после лечения они не явились. Поэтому снимки этих 3 детей выключены из рентгенологического исследования.

Резко-блюдцеобразная форма дистальных метафизов обеих локтевых и лучевых костей (рис. 1)

Снимок после лечения (2/IV 35 г.). Интенсивная тень вновь образованной широкой зоны препараторного обызвествления, близко придвинувшиеся к метафизу лучевых и локтевых костей обеих рук. Блюдцеобразная форма дистальных метафизов лучевых и локтевых костей сохранилась в менее выраженной степени. Несколько больших размеров, четко контурированные ядра *os capitatum* и *os hamatum* (нежной костной структуры). Намечаются дистальные эпифизарные ядра окостенения обеих лучевых костей.

Заключение: резко выраженный рахит; эффект лечения положительный (рис. 2).

Рис. 2. Б-ной Флуэнзе С. 2/IV 35 г. После лечения витамином.



3. Роберт Х., 5 мес. Лечение с 19/II до 20/III 35 г. Снимок до лечения (19/II 35 г.): Выраженная рахитическая зона в обеих локтевых костях и менее выраженная—в лучевых костях. Блюдцеобразная форма дистальных ме-

тафизов, особенно локтевых костей. Слабой интенсивности ядра *os capitatum* и *os hamatum*, особенно на левой кисти. Небольшой остеопороз костей кистей и предплечий. Снимок после лечения (23/III 35 г.): Интенсивная широкая тень зоны препараторного обызвествления, прилегающая вплотную к метафизам лучевых и локтевых костей обеих рук. Блюдцеобразная форма метафизов сохранилась. Хорошая костная структура костей кистей и предплечий. Несколько больших размеров, интенсивной костной структуры, четко контурированные *os capitatum* и *os hamatum* обеих кистей.

Заключение: выраженный рахит; эффект лечения положительный.

4. Тамара М.,—21½ мес. Лечение с 28/II до 3/IV 35 г. Снимок до лечения (28/II 35 г.): Слабо выраженные рахитические зоны дистальных метафизов лучевых и локтевых костей обеих рук. Небольшой остеопороз костей кистей и предплечий. *Os capitatum* и *os hamatum* не контурируются. Снимок после лечения (16/IV 35 г.): Хорошо контурируемые зоны препараторного обызвествления обеих лучевых и локтевых костей. Хорошая костная структура костей кистей и предплечий. Едва заметное ядро *os capitatum* слева.

Заключение: слабо выраженный рахит; эффект лечения положительный.

5. Аэлита Я., 3 мес. Лечение с 27/II до 31/III 35 г. Снимок до лечения (27/II 35 г.): Выраженные рахитические зоны в обеих локтевых и лучевых костях. Несколько раздвинутые дистальные концы метафизов этих костей. Смазанные наружные контуры коркового вещества диафизарных отделов этих костей. Остеопороз их. Слабо контурируется *os hamatum* на обеих кистях. Снимок после лечения (31/III 35 г.): Хорошо контурируются зоны препараторного обызвествления в обеих лучевых и локтевых костях. Четкие наружные контуры кортикального слоя диафизарных отделов этих костей. Хорошая костная структура костей кистей и предплечий. Контурируется *os hamatum* и намечается *os capitatum* на обеих кистях.

Заключение: выраженный рахит; эффект лечения положительный.

6. Лидия С., 4 мес. Лечение с 21/II до 8/IV 35 г. Снимок до лечения (21/II 35 г.): Слабо выраженные рахитические зоны дистальных метафизов обеих локтевых костей. Несколько нечеткие наружные контуры кортикального слоя диафизарных отделов локтевой и лучевой костей левой руки. Небольшой остеопороз костей кистей и предплечий. Намечаются ядра *os hamatum* и *os capitatum* обеих кистей. Несколько раздвинутые дистальные концы метафизов обеих локтевых и лучевых костей. Снимок после лечения (16/IV 35 г.): Хорошо контурированные зоны препараторного обызвествления обеих локтевых и лучевых костей. Интенсивная костная структура этих костей и костей обеих кистей. Несколько раздвинуты дистальные концы метафизов обеих локтевых и лучевых костей. Четкие наружные контуры кортикального слоя диафизарных отделов этих костей. Хорошо контурируются увеличившиеся в размерах ядра *os hamatum* и *os capitatum* обеих кистей.

Заключение: нерезко выраженный рахит; эффект лечения положительный.

7. Володя Б., 7½ мес. Лечение с 21/II до 31/III 35 г. Снимок до лечения (21/II 35 г.): Резко выраженные рахитические зоны обеих локтевых и лучевых костей. Резко-блюдцеобразная форма дистальных концов метафизов этих костей. Выраженные рахитические зоны дистальных метафизов метакарпальных костей и проксимальных метафизов основных и средних фаланг обеих кистей. Недостаточные четкие наружные контуры кортикального слоя диафизарных отделов обеих локтевых и лучевых костей. Остеопороз костей предплечий и обеих кистей. Контурируется слабой интенсивности

os capitatum. Os hamatum не контурируется. Не контурируются также дистальные эпифизарные ядра лучевых костей.

Снимок после лечения (21/IV 35 г.): Рахитические зоны остаются резко выраженными в обеих локтевых и лучевых костях и достаточно выраженными в области дистальных метафизов метакарпальных костей обеих кистей; рахитические зоны исчезли в области проксимальных метафизов основных и средних фаланг. Намечается вновь образованная нежная зона препараторного обызвествления в области дистальных метафизов костей предплечий. Нечеткие наружные контуры кортикального слоя диафизарных отделов костей предплечий. Небольшой остеопороз. Контурируется os capitatum; os hamatum не контурируется. Дистальные эпифизарные ядра лучевых костей не контурируются.

Закключение: резко выраженный рахит; эффект лечения слабо положительный.

8. Шура Г., 6½ мес. Лечение с 19/II до 1/IV 35 г. Снимок до лечения (19/II 35 г.): Выраженные рахитические зоны в области дистальных метафизов костей предплечья и метакарпальных костей. Блюдцеобразной формы, раздвинутые концы дистальных метафизов костей предплечий. Остеопороз костей предплечий и кистей. Атрофия кортикального слоя костей предплечий с несомненно четкими контурами их. Os hamatum и os capitatum на обеих кистях не контурируются. Снимок после лечения (2/IV 35 г.): Рахитические зоны продолжают быть выраженными. Раздвинутые, блюдцеобразной формы концы дистальных метафизов костей предплечья. Кортикальный слой выражен, но недостаточно четко контурируется снаружи. Значительно менее выраженный остеопороз. Намечается полоска вновь образованной зоны препараторного обызвествления. Os hamatum и os capitatum на обеих костях не контурируются.

Закключение: выраженный рахит; эффект лечения слабо положительный.

9. Юрий А., 5 мес. Лечение со 2/III до 5/IV 35 г. Снимок до лечения (2/III 35 г.): Выраженные рахитические зоны в области дистальных метафизов костей предплечий и основных фаланг. Нечеткие наружные контуры кортикального слоя диафизов костей предплечий. Раздвинутые блюдцеобразные концы дистальных метафизов этих костей. Контурируются слабой интенсивности os capitatum и os hamatum обеих кистей. Небольшой остеопороз.

Снимок после лечения (21/IV 35 г.): Выраженные рахитические зоны дистальных метафизов костей предплечий (особенно локтевых) и основных фаланг. Раздвинутые концы дистальных метафизов костей предплечий. Намечается полоска вновь образованной зоны препараторного обызвествления. Нечеткие наружные контуры кортикального слоя диафизов костей предплечий. Более четко контурируемые os hamatum и capitatum. Менее выраженный остеопороз.

Закключение: выраженный рахит; эффект лечения слабо положительный.

10. Аркадий Н., 7 мес. Лечение с 28/II до 8/IV 35 г. Снимок до лечения (28/II 35 г.): Резко выраженная рахитическая зона в области дистальных метафизов костей предплечий, дистальных метафизов метакарпальных костей и проксимальных метафизов основных фаланг. Значительно раздвинутые блюдцеобразные концы дистальных метафизов костей предплечий. Атрофия кортикального слоя с нечеткими наружными контурами его в диафизарных отделах костей предплечий. Остеопороз. Слабой интенсивно-

сти ядра *os hamatum* и *os capitatum* обеих кистей. Дистальные эпифизарные ядра лучевых костей не контурируются.

Снимок после лечения (16/IV 35 г.): Рахитические зоны остаются выраженными. К дистальным метафизам костей предплечий примыкает интенсивная тонкая полоска вновь образованной зоны препараторного обызвествления. Значительно раздвинутые блюдцеобразные концы дистальных метафизов костей предплечий. Менее выраженный остеопороз. Четкие наружные контуры кортикального слоя диафизов костей предплечий. Более интенсивные, несколько больших размеров ядра *os hamatum* и *os capitatum* обеих кистей.

Закключение: резко выраженный рахит. эффект лечения положительный.

11. Настя Е., 3 мес. Лечение с 22/II до 8/IV 35 г. Снимок до лечения (22/II 35 г.): Рахитическая зона в области дистальных метафизов костей пред-

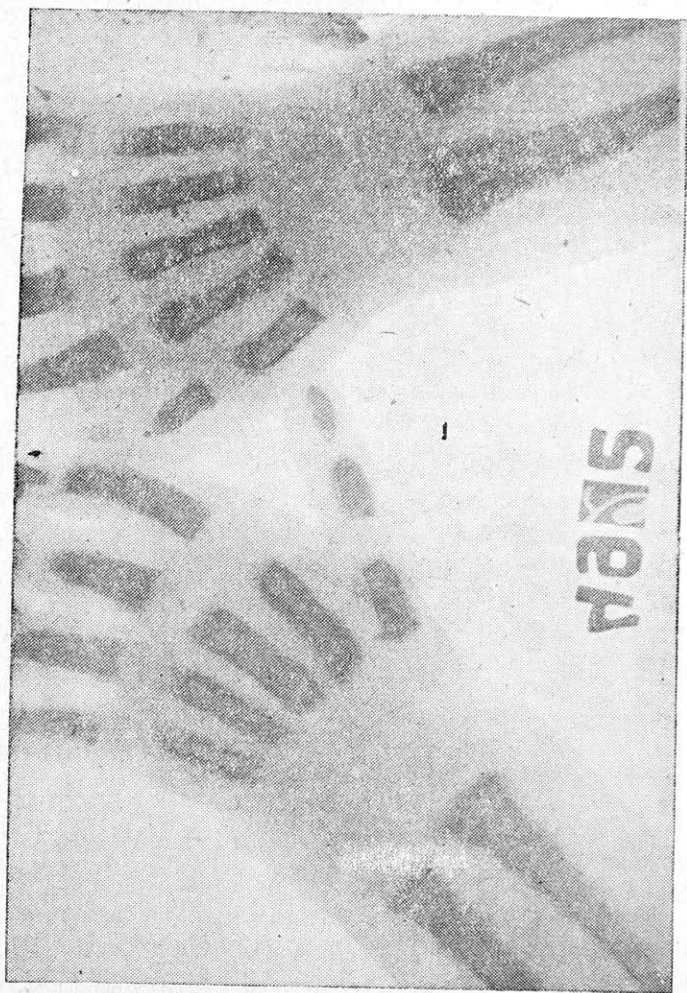


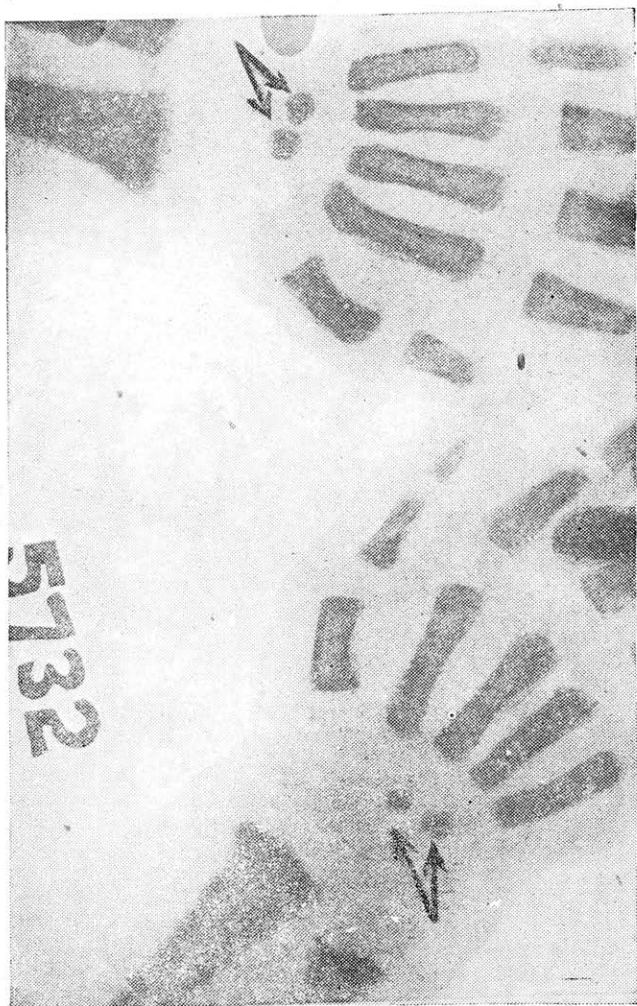
Рис. 3. Б-наз. Настя Е.—22/II 35 г. До лечения.

плечий (главным образом локтевых). Раздвинутые дистальные метафизы этих костей. Намечаются слабой интенсивности небольшие ядра *os hamatum* и *os capitatum* на левой кисти (на правой—не контурируются). Остеопороз (рис. 3)

Снимок после лечения (23/IV 35 г.): Определяется интенсивная полоска вновь образованной зоны препараторного обызвествления. Несколько раздвинутые дистальные метафизы костей предплечья. Хорошая костная структура костей обеих предплечий и кистей. Четко контурированные с интенсивной костной структурой ядра нормальных размеров *os hamatum* и *os capitatum* на обеих кистях (рис. 4).

Закключение: выраженный рахит; эффект лечения положительный.

Рис. 4. Б-ная Настя Е.—23/IV 35 г. После лечения витаминолом.



Подводя итоги обследованным рентгенологическим случаям, мы можем сказать, что до лечения в 8 случаях из 11 мы имели дело с выраженными рахитическими изменениями в снятых костях и в 3 случаях—со слабо выраженными изменениями. По данным рентгенограмм, сделанных после курса лечения—эффект от применения витаминоля получился благоприятный в 8 случаях из 11 и менее благоприятный в 3 случаях. Данные рентгенологического иссле-

дования в смысле тяжести процесса и эффекта лечения, в общем почти полностью совпадают с клиническими наблюдениями¹⁾.

Выводы. На основании клинико-рентгенологических данных мы приходим к следующим выводам:

1. Витаминоль, изготовленный витаминной лабораторией фабрики эндокринных препаратов НКЗ РСФСР, будучи применен в дозах по 5 капель 2—3 раза в день в течение 4—7 недель, дает хорошие результаты при лечении рахита.

2. Неблагоприятных побочных явлений, в частности, расстройства пищеварения, которые можно было бы приписать витаминолу, мы не наблюдали.

3. Хорошая усвояемость препарата дает возможность применять его и во время кишечных расстройств или других заболеваний, сопровождающих рахит.

4. В отличие от того, что наблюдается при лечении рахита рыбьим жиром, от витаминоля улучшаются раньше симптомы со стороны костной системы, а потом симптомы со стороны нервной системы.

5. Витаминоль, наряду с гигиеническим уходом за ребенком и рациональным питанием, должен играть у нас большую роль, чем до сих пор, в терапии рахита.

Из физкабинета кожно-венерической клиники Казанского гос. мед. института
(директор проф. И. Н. Олесов).

Лечение пиодермий лучистой энергией искусственных источников света.

Г. И. Козмодемьянский.

Пиодермические заболевания нередко ведут к потере трудоспособности. Применение наиболее эффективных методов, сокращающих сроки лечения пиодермических заболеваний, улучшит здоровье трудящихся, сохранит много рабочих дней и даст большую экономию государственных средств. Кожная клиника КГМИ в течение последних лет с успехом применяет при пиодермиях местно растворы (водные, спиртовые) анилиновых красок и перекиси марганца. Из отрицательных сторон этого лечения следует отметить то, что анилиновые краски пачкают белье и оказывают слабое действие при формах глубокой дермальной пиодермии (фурункул, карбункул, гидраденит). Одновременное применение светолечения с анилиновыми красками и перекисью мар-

¹⁾ Сравни протоколы рентгенограмм до и после лечения и заключения к ним с данными клинического наблюдения по сводной таблице (нумерация в них сохранена идентичная).

ганца, как показали наблюдения, не дали нам особых преимуществ перед обычной медикаментозной терапией в смысле сокращения сроков лечения.

В поисках наиболее эффективных методов лечения пиодермических заболеваний мы решили провести наблюдения над действием различных методов комбинированной терапии: у.-ф. терапии, л. Соллюкс, рентгеноэпиляции, концентрированного света Финзена, гальванокаустики с одновременным проведением соответствующей диетотерапии.

Всего у нас под наблюдением было 126 чел. с различными формами пиодермий: фолликулиты—9, гидрадениты—10, вульгарные сикозы—11, единичные фурункулы—22; распространенный фурункулез—14; карбункулы—4; абсцессы—4, с острыми и хроническими пиодермиями—52 случая.

При проведении лечения имеющимися аппаратами искусственных источников света (Бах, Иезионек, Финзен, Соллюкс) мы стремились применить такую методику, которая была бы наиболее эффективна. Для местных облучений пользовались лампой Баха. Для общих облучений пользовались одновременно двумя лампами Иезионек. Перед началом лечения лампами Баха, Иезионек всегда измерялась биодоза по Дальфельду на закрытых местах тела, по возможности свободных от высыпаний (область лопаток, живот). Лампой Соллюкс пользовались как для местных, так и для общих облучений. При лечении лампой Соллюкс каждый раз считались с индивидуальной чувствительностью больного, стараясь вызвать на поверхности пораженного участка ощущение приятного тепла. Обычно пользовались расстоянием в пределах 80—40 см при продолжительности сеанса от 10 до 20 минут. При проведении местной у.-ф. терапии очагов поражения мы всегда захватывали вокруг них полосу здоровой кожи шириной 5—6 см (пограничное облучение), стремясь к получению непрерывной полосы эритемы, рассчитывая на губительное действие у.-ф. лучей по отношению к возбудителям пиодермий (стафило-стрептококки), которые всегда в большом количестве находятся на коже около пиодермических очагов.

Перед проведением у.-ф. терапии с очагов поражения удалялись чешуйки, корочки, гной, остатки мазей, вазелина, краска смывалась, волосы стриглись и пр., что ослабляло, препятствовало проникновению вглубь тканей у.-ф. лучей. Для получения лучшего терапевтического эффекта в ряде случаев проводилось комбинированное лечение, которое состояло в одновременном облучении лампами Баха и Соллюкс, где спектр одной лампы дополнялся спектром другой, благодаря наличию лучей различной длины.

Мы пробовали применять различные комбинации. Вначале проводили поочередное облучение—первый день лампой Баха, а на второй день—лампой Соллюкс. Затем предварительно облучали лампой Соллюкс до образования гиперемии и тут же последовательно тот же участок освещали ртутно-кварцевыми лампами (Бах, Иезионек), где получали лучший терапевтический эффект, чем от

предыдущей комбинации. Обе последние комбинации, по нашим наблюдениям, давали более слабый терапевтический эффект, чем одновременное применение обеих ламп Баха и Соллюкс вместе, которыми мы и пользовались в нашей работе.

Весь имеющийся клинический материал мы старались разбить на типы пиодермий по Мещерскому: острые, хронические, поверхностные (эпидермальные), глубокие (дермальные), без и с поражением сально-волосных фолликулов и потовых желез.

В зависимости от морфологической картины, течения (острое, хроническое), наличия инфильтрации, распространенности, возраста, локализации, применялась различная методика лечения.

Переходим к описанию наших наблюдений над различными видами пиодермий.

Фоликулиты—9 сл. Возраст б-ных от 3 до 43 лет, давность болезни от 1½ мес. до 4 лет. При поверхностных фоликулитах (5 сл.) давалась местно лампа Баха ежедневно от ½ до 2 эрит. доз, как на пораженные очаги, так и на пограничные участки здоровой кожи. При более глубоких фоликулитах (4 сл.), с наличием инфильтрации, давалась местно лампа Баха от 1 до 3 эрит. доз. Сроки лечения колебались от 10 до 16 сеансов. Результаты лечения: в 5 сл. поверхностных фоликулитов полностью исчезли признаки болезни; в 3 сл. глубоких фоликулитов отмечалось значительное улучшение и в 1 сл., у мальчика 3 лет, с локализацией на волосистой части головы, несмотря на продолжительное лечение (35 сеансов), мы не могли получить хорошего терапевтического эффекта, т. к. от расчесов руками после улучшения вновь наступало обострение болезненного процесса. Для иллюстрации этой группы приводим 1 случай.

Больной 43 л., научный работник, страдал 4 года фоликулитом волосистой части головы, который протекал с периодическими обострениями, в особенности после бритья. Медикаментозное лечение давало лишь некоторое улучшение. У больного после 9 сеансов л. Баха от 1 до 3 эрит. доз неприятные субъективные ощущения, жжение и зуд совершенно исчезли, признаки болезни регрессировали, оставив лишь небольшую пигментацию.

Гидрадениты—10 случаев. Из них односторонних было 4 сл. и двухсторонних—6 сл., с давностью болезни от 10 дней до 4 мес. У первых 4 больных было проведено местное облучение лампой Баха от 1 до 4 эрит. доз с хорошим терапевтическим эффектом. После первых же облучений неприятные субъективные ощущения исчезли, воспалительные явления быстро регрессировали, и через 8—12 сеансов наступало клиническое излечение, оставляя значительное уплотнение ткани. Поэтому, в дальнейшем, в 6 случаях мы перешли к одновременному облучению лампами Баха и Соллюкс (без фильтра) и получили лучшие терапевтические результаты. В среднем, через 6—10 облучений исчезали наружные признаки болезни и оставалось незначительное уплотнение тканей. Для иллюстрации приводим 1 случай.

Больная 26 л., телефонистка, страдала 1½ месяца двухсторонним гидраде-

нитом подмышек. Назначено местное облучение л. Баха обеих подмышек ежедневно от 1 до 4 эрит. доз. После 4 сеансов л. Баха для ускорения рассасывания уплотненных узлов, в дальнейшем перешли к одновременному облучению лампами Баха и Соллюкс (без фильтра) с концентратором. Через 8 сеансов полностью исчезли воспалительные явления. Осталось лишь незначительное уплотнение на месте бывших массивных узлов. Больной для избежания рецидивов было дано с профилактической целью еще 5 комбинационных облучений.

Сикоз—11 сл., у мужчин в возрасте от 25 до 40 лет, давность болезни от 4 мес. до 6 лет с локализацией на бороде, бровях, усах. В 5 сл. проводили местное облучение л. Баха от 1 до 3 эрит. доз. Из них в 4 сл. через 10—15 сеансов наступило улучшение, которое выражалось в уменьшении воспалительных явлений. В 1 сл. при поверхностной свежей форме после продолжительного лечения (30 сеансов л. Баха) наступило полное исчезновение наружных признаков. В 3 сл. применялось одновременное облучение лампами Баха и Соллюкс, при этом были получены лучшие терапевтические результаты. Значительное улучшение отмечалось при 2 сл. леченных концентрированным светом Финзена. Если не считать 1 сл. с легкой доброкачественной формой, то в остальных 10 сл. мы не могли добиться полного клинического излечения, а получали лишь улучшение течения процесса, которое выражалось в ослаблении неприятных субъективных ощущений (жжение, зуд), в уменьшении инфильтрации и воспалительных явлений. Из этого числа 4 чел. были направлены на рентгеноэпиляцию, где последующее дополнительное лечение л. Баха от 10 до 12 сеансов (1—2 эрит. дозы) привело в 2 случаях к значительному улучшению, а в 2 сл. наступило полное клиническое выздоровление. Поэтому на основании своих наблюдений мы пришли к заключению, что в каждом случае сикоза и при глубоких фолликулитах необходимо проводить рентгеноэпиляцию, которая в сочетании с предварительным и последующим лечением л. Баха дает более стойкий терапевтический эффект вплоть до клинического излечения.

Единичные фурункулы—22 сл. При небольших поверхностных фурункулах в 6 сл. применялась местно л. Баха (от 1 до 4 эрит. доз); отмечалось ускорение нагноения, вскрытие фурункула, а в начальной стадии процесса — исчезновение болезненности, красноты, воспалительных явлений, рассасывание инфильтрации без вскрытия. Обычно через 5—8 облучений наступало исчезновение наружных признаков болезни. При более глубоких фурункулах в 8 сл. было применено одновременное облучение лампами Баха и Соллюкс, давшее лучший терапевтический эффект, который выражался в быстром исчезновении неприятных субъективных ощущений, обратном развитии воспалительных явлений, и обычно через 4—7 сеансов наступало излечение. Мы пробовали применять различные комбинации. В 2 сл. проводили поочередное облучение—первый день л. Баха, а на второй—лампой Соллюкс. В 2 сл. применялась сначала л. Соллюкс с последующим облучением л. Баха. Далее, в 2 сл. применялась л. Соллюкс без фильтра и в 2 сл.—Соллюкс с красным фильтром. При всех этих 4 комби-

нациях эффект был слабее, лечение затягивалось, через 8—12 сеансов наступало полное обратное развитие явлений болезни.

С распространенным фурункулезом было 14 сл. с давностью болезни от 2 недель до 1 года. При острых формах в 6 сл. проводилось общее облучение лампой Иезионека от $1/2$ до 2 эрит. доз с ежедневным прибавлением от $1/4$ до $1/3$ эрит. дозы. В 4 сл. через 8—10 сеансов наступило излечение, а в 2 сл., где после 6 сеансов отмечалось медленное спадение воспалительных явлений и инфильтрации, стали применять одновременное облучение 2 лампами Иезионека и Соллюкс, причем после 4 сеансов полностью исчезли признаки болезни. В 8 случаях общего хронического фурункулеза давалось одновременное облучение 2 лампами Иезионека ($1/2$ —3 эрит. дозы), это дало более выраженный терапевтический эффект, и через 10—12 сеансов наступало исчезновение наружных проявлений болезни с оставлением подвижных, эластических рубцов. При единичных абсцессах в 4 сл. проводилось местное облучение лампой Соллюкс (без фильтра) с концентратором, при этом в 2 сл. после первых же облучений имелось размягчение, самопроизвольное вскрытие и через 5—6 сеансов наступило рубцевание, а в двух других случаях пришлось прибегнуть к небольшим хирургическим разрезам, и после дополнительных 3—4 облучений л. Соллюкс наступило излечение с образованием небольшого уплотнения и хорошо подвижных эластических рубцов. Для иллюстрации приводим 1 случай.

У больного, 32 л., большой абсцесс на левой ягодице, давностью в 5 дней. После первых же облучений л. Соллюкс наступило размягчение, самопроизвольное вскрытие с быстрым последующим заживлением. У 6-го после 6 облучений наступило излечение с наличием небольшого уплотнения и хорошо подвижного мягкого рубца.

При единичных карбункулах—3 сл. на лице (щеки)—применялось одновременное облучение местно лампами Баха (2—4 эрит. дозы) и Соллюкс; вскоре после начала лечения наступило размягчение, вскрытие с последующим заживлением, которое в одном случае отмечено через 5 сеансов, а в 2 сл.—через 6 сеансов. В 1 сл. карбункула на верхней губе после 4 сеансов местных облучений л. Баха (3—5 эрит. доз) наступило быстрое вскрытие и заживление.

Острых пиодермий (типа импетиго) было 27 сл. Из них локализованных—19 и с универсальной формой 8 сл. Давность болезни от 5 дней до полутора месяцев. При локальных формах в 15 сл. применялось местное облучение л. Баха (1—4 эрит. дозы) ежедневно как на очаги поражения, так и на пограничные участки здоровой кожи. При распространенных формах в 5 сл. проводились общие облучения сразу двумя лампами Иезионека ($1/2$ —3 эрит. доз).

Обычно после первых 3—4 сеансов облучений отмечалось начало обратного развития пиодермических высыпаний. При дальнейших наблюдениях в процессе лечения распространенных пиодермий было подмечено, что на конечностях, в особенности на нижних, всегда происходило запаздывание исчезновений высы-

паний. Чтобы ускорить исчезновение высыпаний на конечностях, мы одновременно с проведением общих облучений ртутно-кварцевыми лампами проводили дополнительные облучения конечностей равными дозами ($1\frac{1}{2}$ —3 эрит. доз).

Полное исчезновение наружных признаков болезни острых пиодермий при применении местных (л. Бах) и общих (Иезионека) облучений ртутно-кварцевыми лампами наступало через 8—12 сеансов. Далее, для получения более резко выраженного терапевтического эффекта в дальнейшем при 4 сл. локальных и 3 сл. распространенных острых пиодермий применялось одновременное облучение ртутно-кварцевой лампой и лампой Соллюкс. При распространенных формах с самого начала лечения, кроме общих облучений, на конечности давали дополнительные облучения равными дозами, чтобы устранить там запаздывание исчезновения высыпаний. При такой методике был получен лучший терапевтический эффект. Обычно через 7—10 сеансов ежедневных облучений наступало полное исчезновение наружных признаков болезни.

Хронических пиодермий—25 сл. Давность болезни от 2 мес. до 1 года. Из них было локализованных 20, распространенных форм—5 сл. Из них же поверхностных было 15 сл., а глубоких форм—10 сл. Среди глубоких хронических пиодермий в 6 сл. имелась язвенная и в 4 сл. вегетирующая форма.

Терапия. Для первой группы—12 сл. локальных поверхностных пиодермий—применялось местное облучение лампой Баха от 2 до 4 эрит. доз ежедневно. В 6 сл. после первых же 4—5 облучений неприятные субъективные ощущения начинали ослабевать, пиодермические высыпания быстро регрессировали, и в среднем через 12—15 облучений исчезали наружные признаки болезни. В других 6 сл. было отмечено, что после 4—5 сеансов как неприятные субъективные ощущения, так и объективные признаки болезни медленно регрессировали, и для усиления терапевтического эффекта в дальнейшем давалось одновременное облучение лампами Баха и Соллюкс, что оказало более энергичное действие на обратное развитие пиодермических высыпаний и рассасывание инфильтрации и обычно еще через 5—6 сеансов наступало излечение. В 5 сл. из 12 сл. первой группы больных имелись отдельные пиодермические глубоко расположенные очаги, которые не исчезали от применения лучистой терапии, там пришлось прибегнуть к крестообразному рассечению их гальванокаустикой, после которой через 4—5 дней наступало заживление этих очагов.

Во второй группе—3 сл. распространенной поверхностной пиодермии—проводилось одновременное общее облучение 2 лампами Иезионека ($1\frac{1}{2}$ —3 эрит. доз) и Соллюкс, и тут же на нижние конечности для ускорения исчезновения высыпаний давались дополнительные облучения равными дозами. Обычно после первых же облучений исчезали жжение, зуд, начинали регрессировать наружные признаки болезни, и через 15—20 облучений наступало клиническое излечение. Единичные глубокие пиодермические очаги пересекались гальванокаустикой.

Третья группа—10 сл. глубокой хронической пиодермии, где в 4 сл. проводилось местное облучение л. Баха суперэрит. дозами (3—5 эрит. доз), в 2 сл. применяли одновременно местно Бах и Соллюкс и еще при 2 сл. распространенной пиодермии давали общие облучения 2 лампами Иезионека и Соллюкс. В процессе лечения 3-й группы больных отмечалось, что исчезали только поверхностные (эпидермальные) формы пиодермии, глубокие же очаги уплотщались, несколько уменьшались в своих размерах, но совершенно не развивались обратно, поэтому при дальнейшем лечении мы стали глубокие (дермальные) очаги подвергать рассечению гальванокаустикой. Применение гальванокаустики сопровождалось болезненностью, которая мешала производить рассечения до основания пиодермических очагов и приходилось эту процедуру повторять, а иногда в виду сильной болезненности совершенно прекращать. В дальнейшем для устранения болезненности мы с успехом применяли инъекции 1% новокаина в основание очагов, после чего можно было легко и безболезненно производить рассечения с одного раза глубоких пиодермических очагов. Рассечения гальванокаустикой делались крестообразно, вдоль и поперек, до основания глубоких очагов по типу шахматной доски и, как правило, обычно было достаточно одного рассечения, чтобы получить полное излечение этих очагов с оставлением небольших подвижных эластических рубчиков. Больные 3 группы получали от 18 до 30 сеансов ежедневных облучений с применением гальванокаустики. Для иллюстрации 3-й группы приводим 1 случай.

Больная, уборщица, 27 л., страдала 4½ м-ца универсальной хронической пиодермией. Больная сильно чесалась, что и способствовало распространению высыпаний по всему телу. У больной наравне с поверхностными имелись и глубокие пиодермические очаги.

С 14.XI.35 г. больной назначено общее ежедневное облучение лампой Иезионека от ½ до 3 эр. доз. После первых же 4 облучений неприятные субъективные ощущения (жжение, зуд) стали ослабевать, улучшился аппетит, сон, самочувствие и наружные признаки болезни стали быстро подвергаться обратному развитию. Через 10 дней все тело очистилось от высыпаний, за исключением голеней, где они упорно держались.

25.XI.35 г. к общему облучению лампой Иезионека было назначено дополнительное облучение нижних конечностей равными дозами (½—3 эр. доз). Имеющиеся глубокие пиодермические очаги в процессе лечения подвергались крестообразному рассечению гальванокаустикой. После 21 сеанса общих облучений лампой Иезионека у больной все наружные признаки болезни исчезли, и 8.XII больная была выписана из клиники совершенно здоровой. На месте высыпаний остались лишь пигментация коричневатого оттенка. Неприятные субъективные ощущения (жжение, зуд) исчезли, общее самочувствие значительно улучшилось, появился хороший аппетит, сон. За 23 дня пребывания в клинике больная прибыла в весе на 2,7 кг.

В 2 случаях глубокой пиодермии мы лечили отдельные очаги концентрированным светом Финзена, что давало лишь улучшение, но не полное излечение, поэтому нам пришлось прибегнуть к

дополнительному рассечению глубоких пиодермических очагов гальванокаустикой, что привело к быстрому заживлению.

На основании наших наблюдений над лечением глубоких пиодермий, мы убедились, что одной у.-ф. терапии, ее комбинации с Соллюкс, концентрированного света Финзена бывает недостаточно, т. к. применением этих средств мы не можем добиться полного излечения. Поэтому в каждом случае глубокой пиодермии необходимо дополнительно прибегать к рассечению очагов гальванокаустикой с предварительной анестезией 1% раствором новокаина.

У многих больных, в особенности при распространенной пиодермии (фурункулез, хроническая пиодермия), были разнообразные жалобы: жжение, зуд, слабость, разбитость, головные боли, головокружение, потеря аппетита, плохой сон, падение веса, кишечные расстройства (поносы, запоры) и др.

При проведении у.-ф. терапии нашим больным назначалась щадящая диета, которая состояла из пищи, бедной углеводами. Из питания исключались мучные блюда, картофель, крупы и другие продукты с большим содержанием углеводов. Такой диетой мы стремились получить десенсибилизирующее действие на организм больного. Одновременно с этим назначалась пища, богатая витаминами (фрукты, зелень, овощи, молочные продукты). Такая диета с ограничением углеводов (мучных блюд) и наличием большого количества витаминов (овощи, фрукты, молоко) в сочетании с у.-ф. терапией благотворно действовала на наших больных. Под влиянием такой комбинированной терапии неприятные субъективные ощущения (жжение, зуд, болезненность) быстро исчезали. Улучшалось общее самочувствие, сон, аппетит, больные прибывали в весе за время лечения от 1 до 4 кг, и одновременно с этим наружные признаки болезни быстро подвергались обратному развитию.

Применяя такую комбинированную терапию (у.-ф. лучи, Соллюкс, рентген, гальванокаустика, Финзен с диетотерапией), модифицируя ее в зависимости от особенностей каждого случая, мы стремились воздействовать не только на кожные покровы, но и на весь организм в целом. Проведенные наблюдения убеждают нас в том, что, беря курс на проведение комбинированной терапии в зависимости от индивидуальных особенностей, мы идем по правильному пути в деле лечения пиодермических заболеваний.

Выводы: 1) Ультра-фиолетовая терапия оказывает хорошее терапевтическое действие при острых поверхностных формах пиодермий (гидрадениты, фурункулы, импетиго, фолликулиты).

2) Комбинированное лечение лампами ртутно-кварцевой и Соллюкс оказывает более сильное действие и дает лучший терапевтический эффект при хронической пиодермии с затяжным течением и наличием инфильтрации.

3) Рентгеноэпиляция с предварительным и последующим применением у.-ф. терапии дает хороший терапевтический эффект при вульгарных сикозах и глубоких фолликулитах.

4) Ультра-фиолетовая терапия, лампа Соллюкс с одновременным применением гальванокаустики для рассеечения глубоких оча-

тов являются эффективными терапевтическими средствами лечения глубоких форм хронической пиодермии.

5) У.-ф. терапия в сочетании с диетотерапией (пища бедная углеводами и богатая витаминами) является ценным подсобным методом при лечении пиодермий.

Из психиатрической клиники Ташкентского медицинского института.

Кислородная терапия психозов.

Д. В. Афанасьев.

(Предварительное сообщение).

Как известно, в основе большинства душевных заболеваний лежит отравление организма, в частности нервной системы ядовитыми веществами или токсинами, которые могут поступить извне (экзогенные заболевания) или могут образоваться внутри организма (аутоинтоксикации, эндогенные заболевания). Если бы мы могли какими-либо путями остановить процесс интоксикации или хотя бы уменьшить его, то мы могли бы добиться ослабления или даже прекращения экзогенного или эндогенного душевного заболевания. Если при экзогенных интоксикационных психозах яд поступает в организм извне и может быть более или менее нам известен (алкоголь, наркотики и т. д.), то при эндогенных психозах (шизофрения, эпилепсия и др.) состав токсинов нам неизвестен.

Некоторые авторы пытаются терапевтически воздействовать на аутоинтоксикации и экзогенные отравления путем переливания или промывания крови.

В своих изысканиях мы стали на иной путь. Всем известно, что при острых экзогенных отравлениях (напр. укус ядовитой змеи и т. д.) хороший терапевтический эффект дают своевременные инъекции раствора перекиси марганца в место укуса или внутривенные вливания этого препарата. Далее, при случайном попадании под кожу (при вливаниях) растворов хлористого кальция, неосальварсана и др. препаратов, оказывающих сильное местное токсическое действие на ткани, образуются иногда значительные некрозы. Своевременным введением раствора марганца можно предотвратить в таких случаях развитие некрозов. Эти факты указывают на то, что перекись марганца может играть роль противоядия против ряда различных токсических веществ.

Механизм действия марганца в этих случаях весьма ясен. При помощи активного кислорода *in statu nascendi* этот препарат окисляет ядовитые продукты, изменяет их химическую формулу, характер действия и таким образом обезвреживает их. Эти факты

привели нас к мысли о том, что необходимо испробовать при экзогенных и эндогенных психозах „кислородную“ терапию, в виде систематических повторных внутривенных вливаний раствора перекиси марганца, что мы и провели на больных Республиканской психиатрической больницы УзССР (в Ташкенте). Всего было проведено наблюдений над 33 больными. Сюда вошли как эндогенные интоксикации (шизофрения, эпилепсия), так и экзогенные (алкогольный делирий); сюда же вошли, отчасти для проверки, и два аффективно-лабильных психопата и случай психоза при хорее.

Возраст больных был в пределах 17—35 лет, давность заболевания в случаях эндогенных психозов колебалась в среднем от 6 месяцев до 3 лет. В случаях *delirium tremens* давность заболевания от нескольких часов до 1—2 суток. По национальности больные распределялись так: русских 22, узбеков 8, татар 2, евреев 1. Все—мужчины.

Внутривенные вливания марганца производились нами ежедневно в течение одного или полутора месяцев. В среднем каждый больной получил от 10 до 15 вливаний. Часть больных (гл. обр. шизофреники) получила по 20 вливаний. В некоторых случаях, как исключение из общего правила (гл. образом в выходные дни), вливания не производились. В некоторых случаях, возбужденным и сопротивляющимся больным, невозможно было ввести раствор препарата в вену, и мы вводили его прямо в подкожную клетчатку бедра, на передне-наружной поверхности средней или нижней трети. Как только больной становился спокойнее, так сейчас же мы переходили к внутривенному введению препарата. Начинали мы обычно с слабого $\frac{1}{4}\%$ раствора, затем переходили к $\frac{1}{2}\%$ и наконец— 1% раствору перекиси марганца. Первые дни мы вводили по 5 см³ сразу, затем по 10, 15 и даже 20—25 см³ раствора.

Нами принята следующая схема вливаний.

Дни ежедневных вливаний	1—5	6—10	11—15	16—20
Концентрация раствора	$\frac{1}{4}\%$	$\frac{1}{2}\%$	1%	1%
Вводимое за раз количество препарата в куб. см.	5—10	10—15	15—20	20—25

В тех концентрациях, какие мы употребляли, марганец оказывает довольно значительное прижигающее действие на ткани. Там, где случайно или вынужденно раствор марганца попал под кожу, больные отмечали резкую болезненность и жжение. Некоторые больные резко страдали от боли, которая держалась минут 10—15 и потом постепенно проходила. На следующий день на месте подкожного введения марганца можно было обнаружить значительное опухание и затвердение

кожи и подкожной клетчатки. Уплотнение или индурация тканей достигала высокой степени, При пальпации мест уплотнения всегда определялась резкая болезненность. Затвердения держались очень долго (1—1½ м-ца) и чрезвычайно медленно рассасывались. Путем применения согревающих компрессов можно было в большинстве случаев значительно уменьшить диффузную отечность в области локтевого сгиба (на месте вливаний), уменьшить болезненность и ускорить рассасывание в местах индурации тканей.

Местное прижигающее действие марганец оказывал и на стенки вен области локтевого сгиба. Уже после 1—2 вливаний перекиси марганца можно было констатировать значительное муфтообразное уплотнение стенок вен около места введения раствора этого препарата, наряду с резкой болезненностью этих участков при пальпации и при активных движениях руки в локтевом суставе. После нескольких повторных вливаний в одном месте, вена настолько уплотнялась, увеличивалась муфтообразно в размерах и была настолько болезненной, что невозможно было производить дальше вливания. В дальнейшем приходилось искать все новые и новые нетронутые марганцем вены.

Индурация вены, повидимому на почве флебита от раздражения, в ряде случаев настолько заходила далеко, что такую вену не удавалось уже проткнуть иглой, она (вена) каталась, как круглый карандаш. Мы старались воздерживаться от подкожных инъекций марганца в область локтевого сгиба, так как индурация вен и окружающих тканей доходила иногда до того, что влекла за собой временную, как бы рубцовую контрактуру этого сустава, на 2—3 недели и более. Вследствие болезненности, уплотнения и опухания (отека) вокруг сустава, больной не мог двигать рукой в локте. Если же иногда и приходилось в силу необходимости (сопротивление больного, плохо выраженные вены) отказываться от внутривенного вливания и делать подкожные инъекции, то мы делали это на бедре, где не отмечалось особых осложнений.

Никогда мы не видели, чтобы на месте уплотнения или индурации тканей возникал некроз или абсцесс. При помощи согревающих компрессов обычно всегда можно было ускорить рассасывание и размягчение поврежденных тканей. В отдельных случаях, при развитии значительных участков индурации и при повторных подкожных инъекциях, в течение 1—3 дней, можно было наблюдать у больных появление субфебрильной температуры (37,5—38,5), с явлениями недомогания. К общему действию марганца (как при подкожных, так и при внутривенных инъекциях) нужно отнести и наблюдавшееся нами в ряде случаев появление гидремических отеков на лице. Повторные анализы мочи давали нормальную картину.

Переходим к изложению результатов марганцевой терапии. В большинстве случаев, уже после 5—10 вливаний марганца, можно было наблюдать перемену в психическом состоянии больных. Вялые, замкнутые и недоступные шизофреники становились

постепенно значительно живее и доступнее. Наиболее разительные примеры замечались у больных, находившихся до лечения в состоянии эмоциональной тупости и амбивалентности. Вначале они пассивно сопротивлялись при инъекциях и как бы совершенно не чувствовали никакой боли. После нескольких вливаний у больных появлялась эмоциональная возбудимость и даже эмоциональная гиперестезия.

Больные, которые в начале курса вливания бурно сопротивлялись инъекциям, не только стали спокойными, но и сами приходили в кабинет, садились и клали руку на столик для вливаний. Даже в случаях с разорванностью мышления и дурашливого (гебефренного) поведения, можно было видеть резкие сдвиги к улучшению. Некоторые больные, не отдававшие себе отчета в том, где они находятся, стали ориентироваться в окружающем, тяготились обстановкой, ставили вопрос о необходимости выписки. В ряде случаев констатировалось резкое ослабление бывшего до лечения фантастического бреда у параноидных шизофреников.

В двух случаях психопатий можно было отметить, как взрывчатые, аффективно-неустойчивые и импульсивные больные становились более выдержанными, спокойными и уживчивыми. В одном случае инфекционного (хореатического) психоза заметно ослабели явления гиперкинезов и импульсивных движений. При *delirium tremens* во всех случаях значительно сокращалась продолжительность заболевания: уже на 2-й или на 3-й день, как правило, сознание больных прояснялось, галлюцинации бледнели, проходил бред и тремор уменьшался.

Нельзя сказать, что во всех случаях улучшение наступало в равной степени. Некоторые больные настолько изменялись, что могли быть самостоятельно выписаны из психобольницы. В части случаев никаких признаков или сдвигов в сторону улучшения мы не обнаружили. Это были главным образом больные с наибольшей длительностью заболевания (шизофреники и эпилептики).

Результаты лечения были разбиты нами на три категории:

1) без перемен, 2) улучшение без выписки из больницы и 3) резкое улучшение с выпиской из психолечебницы. Нижеследующая таблица иллюстрирует полученные результаты. (См. стр. 303).

При анализе этой таблицы мы видим следующее. Если говорить вообще о всех формах заболеваний, то процент с резким улучшением равняется 24,2. Улучшение, но без выписки, равняется 48,4. Без всякого улучшения осталось только 27,2% больных.

Таким образом в подавляющем большинстве случаев (72,6%) мы имели изменения в психическом состоянии больных в сторону улучшения. Если будем рассматривать по отдельным заболеваниям, то получим следующие выводы: При шизофрениях улучшение мы наблюдали в 42,4%. В пределах группы шизофреников можно видеть, что простая форма давала почти исключительно не резкие, а менее выраженные улучшения. Параноидная

Формы душевного заболевания	Общее число больных	Результаты лечения		
		Улучшение с выпиской	Улучшение без выписки	Без перемен
Шизофрения (всего)	21	4	10	7
простая форма	9	2	4	3
параноидная	8	2	2	4
гебефрения	2	—	2	—
кататония	2	—	2	—
Эпилепсия	5	—	3	2
Психопатия	2	—	2	—
Белая горячка	4	4	—	—
Хореатический психоз	1	—	1	—
Итого	33	8	16	9

форма дала одинаковое число улучшений, как с выпиской, так и без нее. Гебефрения и кататония дали только менее резкие сдвиги в сторону улучшения. Далее, нужно отметить, что сравнительно с другими формами наибольшее количество улучшений с выпиской наблюдалось при шизофрении и белой горячке. Эпилепсия вовсе не давала резких форм улучшения, но все же дала 60% менее резких улучшений и 40% без перемен. Оба случая психопатий дали улучшение без выписки из больницы. Все случаи белой горячки кончались резким улучшением и выпиской из психбольницы. Хореатический психоз дал также заметное улучшение.

Не во всех случаях начавшееся улучшение гладко протекало и прогрессировало. Сплошь и рядом картина колебалась то в одну, то в другую сторону, пока не устанавливался определенный сдвиг. После того, как курс вливаний был окончен, больные в течение ряда дней постепенно возвращались в прежнее свое состояние, т. е. наступившие сдвиги к улучшению регрессировали, за исключением немногих случаев с резким стойким улучшением и выпиской из психбольницы. При повторном курсе вливания перекиси марганца мы вновь могли наблюдать улучшение в психическом состоянии больных.

Лечение кислородом относится к числу пассивных методов лечения. Этот метод не устраняет причины, вызвавшей душевное расстройство. При помощи этого метода можно лишь достигать окисления и большего или меньшего обезвреживания токсических продуктов измененного обмена веществ, систематически накапливающихся в организме душевнобольного. Это ставит метод кислородной терапии в разряд паллиативных, подсобных методов лечения. Очищая более или менее организм от ядовитых продуктов обмена, мы можем восстановить до нормы ряд психических функций, которые еще не совсем утрачены, а лишь количественно или качественно изменены в своем течении. Уменьшая количество ядовитых продуктов в крови, мы помогаем организму в большей или меньшей степени восстано-

вливать нарушенное равновесие в течение его биохимических процессов, которые и определяют нормальное течение психических процессов.

Ясно, что степень достигаемых здесь терапевтических результатов зависит от продолжительности курса лечения и от количества и активности вводимого в кровь окислителя. То, что мы наблюдаем постепенный регресс и обратное развитие улучшения по прекращении вливаний марганца, говорит о том, что причины, вызвавшие заболевание, не устранены, а продолжают действовать. Поэтому нам кажется, что только комбинация кислородного лечения с соответствующим причинным лечением, может дать решающие успехи. Применение одного лишь кислородного лечения может быть обосновано только при тех душевных заболеваниях, ближайшие причины или этиология которых нам неизвестны.

Полученные нами результаты показывают, что систематическое и длительное введение в кровь душевнобольных окислителей, богатых активным кислородом, в целом ряде случаев приносит известную пользу.

Настоящее сообщение является предварительным.

Дальнейшие наши изыскания посвящены задаче подыскания более сильных окислителей, менее опасных в смысле местного прижигающего действия, в частности разработке принципов и техники применения самого чистого кислорода— O_2 .

Впрочем, возможно, что механизм терапевтического действия здесь не сводится к одному только окисляющему действию кислорода. Поскольку в состав препарата входят два металла—калий и марганец, постольку нельзя обойти вопрос об их влиянии на обмен веществ у душевнобольных. Известно, что калий является радиоактивным элементом. Марганец также играет роль в минеральном обмене. И тот и другой элемент оказывают известное действие на вегетативную нервную систему.

В дальнейших своих наблюдениях и экспериментах мы поставили себе целью выяснить более конкретно вопрос о роли калия и марганца. Здесь же считаем необходимым остановиться на раздражающем действии всего препарата $KMnO_4$ в целом.

Выше уже говорилось о чрезвычайно сильном местном прижигающем действии его на подкожную клетчатку и сосудистую стенку. Этот факт имеет большое принципиальное значение. Прижигающим (resp. раздражающим) действием препарата на эндотелий сосудов можно объяснить и механизм его терапевтического действия. Если в основе экзогенных и эндогенных душевных заболеваний лежит интоксикация всего организма, в частности нервной системы, токсическими веществами, то пропускная способность (проходимость) сосудистого барьера имеет здесь первостепенное значение.

В зависимости от того, пропускает или нет и в какой степени мозговой сосудистый барьер токсические продукты, находится и вопрос о том, разовьется или нет поражение нервной системы и то или иное душевное заболевание. Имеются факты, указы-

вающие, что ретикуло-эндотелиальная система у целого ряда душевнобольных (шизофреников, эпилептиков и т. д.) находится в состоянии астении и ведет себя крайне пассивно (Блиновский).

Следовательно, слабо выражена и защитная функция гемато-энцефалического (сосудистого) барьера. Повторные ежедневные введения в кровь больших доз KMnO_4 действуют раздражающим образом на эндотелий сосудов и прочие гистиоцитарные элементы сосудистой стенки (а возможно и на мезоглию), стимулируют защитную функцию гемато-энцефалического барьера и, вероятно, уменьшают его проходимость для токсических продуктов измененного обмена веществ (метаболитов). Эти вопросы требуют дальнейшего экспериментального исследования.

Из поликлиники ВЗО (Астрахань).

Микродозы брома при неврозах.

А. И. Шейкин.

Первая проба лечения неврозов микродозами брома принадлежит Бирману и Зигелю. Эти авторы в 10 случаях неврастения пользовали больных $\frac{1}{2}\%$ раствором брома по 1 столовой ложке 2 раза в день, в течение 3—5 недель, и почти во всех случаях получили положительные результаты. В дальнейшем Вайнберг и Бирман испытали этот метод лечения на большем количестве больных при дозировке брома 0,25% и иногда 0,1%, причем, из 31 случая неврастения положительный результат был ими получен в 28 случаях. Терапевтический эффект отсутствовал или был незначительным в 3 случаях неврастения, в 1 случае с реактивной депрессией и в 8 случаях конституциональной истерии.

Основанием для этих проб послужили опыты лабораторий академика И. П. Павлова с экспериментально вызываемыми неврозами у животных. Нервной системе животного предъявлялась непосильная задача и вследствие этого происходил срыв высшей нервной деятельности. В одних случаях получалось преобладание возбудимого, в других—тормозного процесса, что зависело от типа нервной системы животного. А именно, у животного слабого типа получалось преобладание тормозного процесса, у животного сильного типа—преобладание возбуждения. В одних случаях этот срыв высшей нервной деятельности животного проходил самостоятельно под влиянием времени и отдыха, в других случаях требовалось специальное лечение, и особенно хорошие результаты были получены от применения брома. Было установлено, что дозу брома необходимо варьировать, считаясь с нервной системой животного. У животного с нервной системой сильного типа хорошие результаты получались от больших доз брома, и чем слабее нервная система животного, тем меньше должна быть дозировка брома. Бирма-

ном, Зигелем и Вайнбергом были получены положительные результаты в случаях неврастения, т. е. при той форме неврозов, которые по своей структуре ближе всего подходят к неврозам, искусственно вызываемым в лабораториях акад. И. П. Павлова.

Полученные вышеупомянутыми авторами от микродоз брома благоприятные результаты даже в части таких случаев, где от обычной дозировки брома эффекта не было, побудили меня испытать бром в микродозах и в вариированных дозах, тем более, что имеются вообще наблюдения, указывающие на ряд веществ, способных в ничтожных количествах вызывать заметное физиологическое действие в человеческом организме.

Мой материал составляют 129 человек, из них 22 с той или иной формой врожденной неполноценности нервной системы (конституциональная нервность, конституциональная истерия, психастения), 29—с теми или другими дефектами нервной системы, как результат патогенного воздействия среды и вредных соматических факторов в процессе формирования личности, 78—с реактивными неврозами, возникшими у лиц с относительно полноценной нервной системой и здоровой наследственностью. Из 78 ч. с реактивными неврозами у 53 определялось неврастеническое состояние, истощение нервной системы, раздражительная нервная слабость, 25 ч. были с той или иной невротической реакцией.

Все больные были всесторонне обследованы. Признаков органического заболевания нервной системы у них не было обнаружено. Также не было обнаружено существенных отклонений со стороны внутренних органов. Ни анамнестических, ни серологических указаний на *lues*. Возраст больных от 25 до 40 лет. Давность заболевания реактивным неврозом от нескольких месяцев до 4 лет, в 17 случаях от нескольких дней до 1 месяца. Дозировка брома 0,25%, в части случаев 0,5% и в нескольких случаях 0,1% по 1 столовой ложке 2 раза в день. Продолжительность курса лечения от 20 дней до 1½ мес. Терапия проводилась на амбулаторном материале. Больные оставались в своих обычных условиях труда, быта, отдыха и питания. Во время назначения микродоз брома никакой другой терапии, ни медикаментозной, ни физических методов лечения, не проводилось. Последующее наблюдение от 4 до 8 месяцев.

Что касается результатов, полученных мною при микробромной терапии у лиц с врожденной неполноценностью нервной системы и при „неврозах развития“, то терапевтический эффект получен лишь в единичных случаях, эффект незначительный и нестойкий. У части этой группы больных была налицо та или иная психотравматизирующая ситуация, у остальной части такой ситуации не было обнаружено. Отсутствие терапевтического эффекта у этой группы больных объясняется тем, что у данной категории больных медикаментозная терапия вообще мало эффективна, и здесь собственно требуется психотерапия. Вайнберг и

Бирман указывают на благоприятное действие микродоз брома на симптомы неврастенической навязчивости.

В 7 случаях с симптомами навязчивости терапевтический эффект был получен лишь в 2 случаях, эффект незначительный и нестойкий. Из 25 ч. с той или иной невротической реакцией положительный результат был получен у 7 ч. и улучшение только сна у 5 ч., причем 3 ч. (из 7) до микробромной терапии проделали обычную бромную терапию безрезультатно. Из 13 случаев этой группы с отрицательным результатом от микробромной терапии при переводе их на обычную дозировку брома в 4 сл. получен положительный результат. Перевод с микробромной дозировки на обычную и наоборот производился через известный промежуток времени, с учетом данных исследований биохимической лаборатории ВИЭМ (Минкер-Богданова и Поваринский). Эти исследования указывают, что при приеме 3‰—5‰ раствора брома накопление его в крови наблюдается на 4-й день приема и исчезновение его на 9-й день после прекращения приема. При 0,25‰—следы брома в крови на 5-й день приема, накопление не ранее 8-го дня приема и исчезновение на 4-й день после прекращения приема. Правда, здесь наблюдаются индивидуальные отклонения.

Наиболее благоприятные результаты были получены в случаях неврастения: из 53 сл. положительный результат был получен в 45 сл. и отрицательный—в 8 сл. Причем из 45 сл. с положительным результатом 7 ч. до микробромной терапии проделали обычную бромную терапию безрезультатно. Из 8 сл. с отрицательным результатом от микробромной терапии при переводе их на обычную дозировку в 3 сл. получен положительный результат. Больные быстрее засыпали, сон становился более глубоким и продолжительным. Улучшалось общее самочувствие, исчезали головные боли, уменьшалась раздражительность, повышалась работоспособность и т. д.

Терапевтический эффект при микробромной терапии в 19 сл. держался от 4 до 8 м-цев (срок наблюдения), в 21 сл. до 1½ мес. и в 12 сл. исчез вскоре после окончания лечения.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при неврастении в большинстве случаев наиболее эффективны малые дозы брома. Одним из первых признаков улучшения больные отмечают улучшение сна, в смысле быстроты засыпания, продолжительности сна и глубины его. Это положение находит свое объяснение в том, что бром имеет специфическое отношение к тормозному процессу, и что сон есть внутреннее торможение (И. П. Павлов). Для укрепления этого тормозного процесса в большинстве случаев необходимы малые дозы брома. Второй вывод, который можно сделать на основании полученных результатов, это то, что дозу брома необходимо варьировать, так как в части случаев положительный результат получен не от микродоз, а от обычной дозировки брома.

Из невролог. клиники (директор проф. А. И. Гейманович) Института клинической психоневрологии; (директор проф. Т. И. Юдин) Украинской психоневрологической академии.

Общие проблемы ото-офтальмoneврологии и роль височной доли.

Л. Б. Литвак.

Как известно, самый принцип организации функций слуха и зрения чрезвычайно сложен и характеризуется различными этапами, среди которых височная доля, особенно для слуха, приобретает значение места, где преимущественно развивается соответствующая высшая интегративная деятельность.

Отсюда понятно большое значение поражения височной доли в картине расстройств слуха и зрения; с этим связана роль височной доли в ото-и офтальмoneврологической клинике.

При оценке клинической картины поражения височной доли, области, лишь недавно еще считавшейся немой (особенно правой), необходимо иметь в виду, что последняя является частью мозговой коры, и, стало быть, имея отношение к наиболее высокоорганизованным функциям нервной системы, входит также в тесный контакт с мозговым стволом. Тем самым, более глубокие—корково-подкорковые или более грубые поражения височной доли, со сдавлением ствола с его ядрами и проводниками, дают картину поражения интересующих нас кохлео-вестибулярного и глазного аппаратов за счет поражения, помимо височной доли, еще и смежных образований. Отсюда понятно, насколько обогащается картина патологии височной области в интересующей нас клинике.

В настоящее время центральное проекционное поле путей, которые проводят возбуждения из cochlea к коре или, как выражается Геншен, „корковая проекция Кортиева органа“,—располагается, как известно, в указанных извилинах Гешля, поднимающихся из глубины Fossa Sylviae к первой височной извилине, а также в этой последней, в ее средней части. Сюда же относятся и поверхность поперечных височных извилин, по Бродману—поля 52, 41, 42. Обычно авторы называют эту область аудито-сенсорным полем.

Первые экспериментальные исследования по локализации коркового слуха принадлежат Ферье, установившему его у обезьян в верхней височной извилине. В дальнейшем опыты были подтверждены Мунком и рядом других аа., главным образом в последнее время—Пфейфером. При этом уже Мунк установил, что височная кора является местом проекции тонов кортиева органа: задняя часть слуховой области представляет, по его данным, низкие тона, передняя вблизи Fossa Sylviae—высокие. Пфейфер это подтверждает, указывая в свою очередь, что высокие тона локализируются в более медиальных (наружных) отрезках аудито-сенсорного поля—извилин Гешле. Однако, не-

мецкий исследователь Бернштейн выступил с резкой критикой положений Мунка и Пфейфера. По его мнению, экспериментальные данные (на слуховой коре собак), и клинические наблюдения отдельных авторов (Бонгеффер, Геншен) указывают на то, что корковый слуховой „центр“ не содержит участков для восприятия отдельных тонов.

Ряд наблюдений с большой вероятностью говорит за то, что при выключении части слуховой коры оставшаяся часть ее функционирует по принципу снижения и что наименее всего при этом поражается область восприятия тонов средней высоты (в противоположность высоким и низким тонам)—закон „концентрического сужения“. Бернштейн считает, что область средних тонов занимает привилегированное положение по сравнению с высокими и низкими. Восприимчивость и способность различения здесь наиболее тонки. Здесь лежат высоты звуков наиболее важных для речи. Только к ней относится способность воспринимать тоны, а следовательно и музыку; эта область восприятия звуков средней высоты имеет по этому наибольшее биологическое значение,—отсюда и наибольшая ее стойкость при поражении коры.

Таким образом все эти положения Бернштейна сводятся к отрицанию более тонкой репрезентации слуха и к признанию „целостности“ функции слуховой зоны—здесь он является лишь последователем известной концепции Гольдштейна (*gestalt-theorie*), на что он, впрочем, и сам указывает. Однако, точка зрения Бернштейна покуда не встречает поддержки клиницистов. Не только упомянутый Пфейфер, но и другие авторы, в том числе Клейст в своей последней монографии, указывают на то, что потеря низких тонов характерна для процесса в задней части слуховой коры, высоких тонов—для поражения передних отделов, у корня извилин. При этом Клейст приводит наблюдение Пика, когда больной мог слушать только высокие тона, и случай Геншена, где отмечалось полное выпадение низких тонов.

Чрезвычайно интересные данные проф. Компанейца по существу подтверждают дифференцированную проводимость тонов в головном мозгу, и если эти данные не дают еще возможности клинически определять значение различных отделов слуховой коры для восприятия тонов, то во всяком случае они указывают на несостоятельность указаний Граэ о пестроте картины слуха при интракраниальных процессах, без участия проекционной системы слуха. Наши собственные наблюдения в этом направлении на неврологическом материале (опухоли, энцефалиты) еще слишком малочисленны для определенных выводов; однако они прямо ставят нас перед вопросом о недостаточности констатации диффузного снижения слуха и необходимости более дифференцированного исследования тонов.

Что касается степени расстройства слуха, то при одностороннем поражении слуховой коры оно очень умеренно, ибо каждая *cochlea* представлена как на противоположной, так и на своей

стороне; снижение слуха все же резче на противоположной стороне. Эта двухсторонняя связь каждого слухового нерва ведет к тому, что слух может быть ограничен с обеих сторон (Рюттин), но глухота центральная наступает лишь при двухстороннем поражении слуховой коры. Наш туморозный материал подтверждает эти указания. Так, на 20 случаев опухолей височной доли (проверенных на аутопсии или операционном столе) в 7 случаях, т. е. более чем в 30%, наблюдались изменения слуха, причем в 3 случаях это было двухстороннее снижение. Необходимо отметить, что некоторые авторы, — Миш, Марбург и др., считают возможным объяснять центральное снижение слуха не корковым поражением, а вовлечением в процесс путей в результате гидроцефалии, с последующим поражением периферического кохлеарного аппарата или стволовых проекций или вследствие непосредственного давления опухоли на слуховые пути, идущие латерально от *capsula interna* и примыкающие снизу к слуховой коре.

Не исключая всех этих возможностей при височных процессах, мы хотим указать, что при двухсторонних изменениях слуха центрального порядка более вероятен их корковый генез.

Возвращаясь к вопросу о границах корковой слуховой области, необходимо иметь в виду, что по существу последняя распространяется на большую часть височной доли; извилины Гешле являются лишь местом окончания кортико-петальных путей из *cochlea*. Дальнейшая переработка этих импульсов происходит в латеральных отрезках височной доли, которые в левой гемисфере известны как „центр“ Вернике — место предполагаемого гнозиса, познания раздражений, лежащих в основе звука, слова; поражение этой области, как известно, дает афатосимволические дефекты, т. е. сложные расстройства, рассмотрение которых выходит за пределы задач ото-неврологической клиники.

В последнее время (1933 г.) опубликованы наблюдения о значении наружно-латеральных отделов височной доли для слуховых восприятий в правой гемисфере; Гофф и Зильберман провели серию чрезвычайно интересных опытов замораживания хлор-этилом костного дефекта в черепе, в области правой височной доли и получали у больных следующие результаты: при замораживании дефекта над третьей височной извилиной оказалось, что воспринимаемые тоны кажутся гораздо интенсивнее в средней части шкалы. Авторы сопоставляют это с тем фактом, что больные с поражением в базальной части височной доли часто жалуются на мучительные субъективные шумы, мешающие им хорошо слышать. Они делают из этого вывод, что нормальная функция наружной поверхности третьей извилины состоит в том, чтобы заглушить, умерять слышимые тоны и тем самым устанавливать слуховой аппарат на тоны, свойственные человеческой речи.

Замораживание 2-й височной извилины вызывало расстройство способности сосредотачиваться на слышимых звуках нормальной

речи и большую отвлекаемость посторонними звуками или шумами, возникающими в слуховом поле. Больной все тоны различал лишь по степени громкости; больной терял способность расчленять слышимое, на впечатления переднего и заднего фона (Vordergrunds—и Hintergrundsdrücke), т. е. нарушается важная функция концентрации слухового восприятия—способность, свойственная, по мнению авторов, и другим сенсорным областям коры. Те же эксперименты этих авторов,—замораживание I височной извилины (правой), показали, что при этом нарушается связывание речи как собственной внутренней, так и слышимой чужой с „я“, с собственной личностью,—появляется т. н. „деперсонализация речи“.

У соответствующих больных наблюдается ощущение чуждости как собственной, так и слышимой чужой речи, или в более легких случаях звук речи кажется более низким. Авторы считают, что правая первая височная извилина связывает речевую область с т. н. схемой тела, т. е. представлением о расположении частей тела, локализуемым обычно в коре теменной области, в отличие от левой височной доли, связанной с внутренней речью. Нужно сказать, что вряд ли существует столь четкая дифференциация функций между правой и левой височной долей. Однако самая возможность указанных расстройств при центральных поражениях подтверждается и нашими клиническими наблюдениями.

Мы отмечали их в 3 случаях инфекционного энцефалита, повидимому с преимущественным поражением височной области. Так, один больной (и сейчас находящийся под нашим наблюдением) не узнавал своего собственного голоса, он ему казался чужим, „не его“. Он не мог определить направление звука, места, откуда исходит звук, ктому же, по его словам, речь была „однотонная“. Другие 2 больных указывали, что голос их как-то изменился, стал октавой ниже (тогда как в действительности, по словам окружающих, изменений не было).

Больная Э. указывала, что что-то мешает ей слышать,—помимо звуков речи она слышит какой-то посторонний шум. Все эти явления стали нам яснее в свете вышеуказанных экспериментов Гоффа и Зильбермана, заставляя нас думать о процессе в области наружных отделов височной доли. И если эти данные еще слишком недостаточны для определенного суждения о локализации, то во всяком случае они обогащают наши представления о клинике центральных расстройств слуха и ставят вопрос о расширении и углублении методики исследования.

Говоря о выпадении или ухудшении слуха, необходимо было бы остановиться на расстройствах, наблюдаемых при общем поражении слуховой области; ибо если проекционным полем для слухового тракта являются только (или преимущественно) извилины Гешле, то, как это подчеркивает Спиллер, и „вся остальная височная доля является аппаратом, необходимым для нормального слуха“. Экспериментальная экстирпация височной доли ведет к полному исчезновению у животного какой-либо

реакции на звук на некоторое время; по восстановлении общего реагирования на звук, животное не отвечает на кличку и т. п.

По мнению позднейших исследователей, анализ и синтез звуковых раздражителей совершенно при этом утерян. У человека полное выпадение функций височной доли ведет к центральной глухоте—к слуховой агнозии. Последняя, как и афазия, относится уже к т. н. аудито-психическим процессам и, как мы уже указывали выше, выходит за пределы задач ото-неврологической клиники.

Помимо расстройств слуха, вследствие выпадения деятельности височной доли, могут наблюдаться явления в результате ирритации этой области. Правда, шум в ушах, весьма нередко отмечаемый при процессах в височной области, большей частью не является локальным симптомом. Если исключить субъективный шум, на который указывают Гофф и Зильберман при поражении 3-й височной извилины, как признак базального процесса и носящий, как мы указывали выше, иной характер, обычно шум в течении болезни появляется довольно поздно и должен быть расцениваем скорее, как результат повышенного внутричерепного давления.

Явления раздражения височной доли могут сказываться в эпилептическом припадке, начинающемся звуковой аурой—темпогенная эпилепсия Аствацатурова. Ферстер описывает звуковую ауру, возникающую из поля 22, причем в некоторых случаях припадок был вызван внезапным острым шумом. Так, у одного мальчика, страдавшего от последствия старого поражения поля 22, припадок мог быть спровоцирован с экспериментальной быстротой падением какого-либо предмета на пол или шумом проходящего трамвая. Пенфильд сообщает о случаях эпилептического припадка при височных опухолях, сопровождающихся жужжанием и шумом в ушах. Жужжающие звуки получаются и при электрическом раздражении височной доли. Иногда аура начинается музыкальными звуками или даже мелодией. Явления раздражения в. о. могут выражаться и в слуховых галлюцинациях—последние значительно реже, что подтверждается и туморозным материалом нашей клиники.

Таким образом мы видим, что клиника изменения слуха при поражении височной доли весьма разнообразна, давая сложную гамму этих изменений в зависимости от характера и топки процесса. Чтобы подчеркнуть эту сложность, я позволю себе остановиться еще на взаимоотношении корковых и подкорковых образований, имеющих значение для слуха. Последние работы голландского анатома Брувэр показали, что кортико-фугальные системы, спускаясь в *thalam. optic.*, не только регулируют стритарные движения, но имеют влияние и на чисто сенсорные функции; в том числе это очевидно и для систем, идущих от височных полей к *corp. geniculat. intern.*

Известно, что *corp. geniculat. intern.*, где заканчивается 2-й слуховой нейрон, связан многочисленными кортико-петальными волокнами с височной долей—слуховой корой. Исследования

автора и его школы показали, что тут есть и нисходящие волокна к *corp. geniculat. intern.* Как показали эксперименты Дюссерде Баренна со стрихнинизацией коры, корковое влияние при этом не только тормозящее, но и стимулирующее. То же самое показал Брувэр и для зрения. Тем самым вводится совершенно новый фактор—центрального, нисходящего сенсорного импульса, в данном случае процесс центральной активации слуха и зрения. По существу это явление аналогичное адаптации, изучение которой проводит Орбели. Эти данные начинают находить подтверждение и в клинике и несомненно совершенно по новому заставляют нас расценивать ряд расстройств слуха, главным образом центральных, значительно расширяя самое понятие слухового (или зрительного) восприятия.

Помимо кохлеарной функции в ото-неврологической клинике имеет значение исследование вестибулярного аппарата, быть может еще большее, чем исследование слуха. В патологии височной доли т. н. вестибулярные симптомы занимают немало места. Так, на нашем туморозном материале мы из 20 случаев опухолей височной доли в 10, т. е. в 50% отмечали те или иные вестибулярные симптомы. В некоторых случаях это было усиление вестибулярной возбудимости—обычное калорическое раздражение давало на стороне, противоположной опухоли, усиленные реакции: нистагм, *Vorbeizeigen* и пр. В других это была наклонность к падению, промах (при пальце-носовой пробе) и, наконец, тонусные изменения, сопровождающиеся неустойчивостью статики и атактической походкой.

Объяснение этих симптомов при поражении височной доли разноречиво. Старые авторы пытались их объяснять прямым сдавлением мозжечка—объяснение сейчас оставленное, не только вследствие сомнительной возможности сдавить мозжечок через крепкую фиброзную перегородку, которой является *tentorium cerebelli* (без признаков сдавления других, более мягких соседних тканей), но главным образом вследствие того, что анализ этих симптомов показывает, что они отнюдь не мозжечкового происхождения. Они могут появиться в результате сдавления или перерыва вестибулярных путей (нистагм, промах, атактические явления) или следствием непосредственного поражения височной коры (тонические феномены, наклонность к падению).

Нужно учитывать также возможность поражения темпоропонтинного пучка Тюрка, чем собственно Шваб объясняет падение больного назад и в противоположную сторону при височной опухоли. Однако значение самой височной доли, а не только смежных образований для регуляции вестибулярных импульсов показывают эксперименты Шпигеля на кошках и собаках, так же как и наблюдения Фёрстера, Кнаппа, Спиллера. Тот факт, что поражения височной доли вызывают определенные вестибулярные феномены (падение в сторону и снижение мышечного тонуса) указывает на то, что импульсы, возникающие в вестибулярной части лабиринта, образуют значительный компонент рецепций, представленных в височной доле. Шваб даже

связывает промах с локальным поражением поля 22 (по Бродману).

Таким образом, эти авторы прямо ставят вопрос о корковой проекции или даже рецепции лабиринтных раздражений в височной области. И если эти данные недостаточны еще для того, чтобы установить корковую репрезентацию вестибулярной функции в височной доле, да и вряд ли можно ставить так вопрос по отношению к вестибулярной функции, более сложной и более комплексной, чем слух—то они несомненно дают нам право говорить о височной доле, как о церебральном этапе лабиринта, играющем важную роль в корреляции и демпферировании вестибулярных импульсов. Значение последней для тонуса мускулатуры конечностей хорошо известно после работ Эвальда и Магнус-Клейна.

Понятно, что нарушение правильного контроля и корреляции вестибулярных импульсов при поражении височной доли приводит к несоразмерному распределению мышечного тонуса, к неправильному протеканию рефлексов тонуса, а отсюда и к появлению ряда вышеотмеченных симптомов: наклонности к падению, явлениям атаксии, реже промаху. Нистагм при изолированном поражении вис. коры никогда не отмечается. Мейерс объясняет это тем, что медленный, первичный компонент рождается в мозговом стволе, повидимому, в ядрах 3-й, 6-й пары и заднем продольном пучке. Рефлекс этот не пропадает при поражениях супрастволовых механизмов височной доли, так же, как и световая зрачковая реакция (стволовые центры которой, как известно располагаются в районе переднего двухолмия) при очаге в затылочной доле.

Присоединяющееся нередко по соседству поражение ствольных проводников лишь усиливает, обогащает эту семиотику. При этом симптомы эти отмечаются не только при опухолях или абсцессах височной доли, но и при других процессах височной области, напр. при огнестрельных ранениях, энцефалитах. Пронесшиеся вспышки инфекционных энцефалитов давали нам неоднократно повод наблюдать вестибулярные расстройства в случаях, где остальная картина заболевания указывала преимущественно на вис. район поражения. Часто, однако, вестибулярные расстройства были незначительны, обнаруживаясь лишь более тонкой методикой, применяемой в клинике проф. А. И. Геймановича (исследование походки—методика Г. Д. Лещенко, исследование статики—методика Л. Б. Литвака, исследование промаха Магнус-Клейновскими установками, усиливающими диссоциацию тонуса, изучение феноменов Гофф и Шильдера и т. д.).

Помимо всего нужно иметь в виду, что тесные связи с теменной долей могут вызвать при поражении височной доли и другие явления. Так, нами, как и др. авторами, отмечались характерные для поражения 19 поля спонтанные вращения вокруг продольной оси тела больного. Отсюда же те явления расстройства схемы тела, потери ориентации в расположении

частей своего тела, направлении слышимых и видимых предметов и т. д. Все же наши наблюдения показывают, что в случаях поражений, ограничивающихся только височной долей, вестибулярная семиотика выражена скромнее, чем при одновременном вовлечении в процесс и подкорковых образований; однако они ясно указывают на несомненное значение поражения височной области для появления симптомов поражения вестибулярного аппарата.

Несколько иное значение имеет поражение височной доли для клиники офтальмо-неврологической. Если в отологии мы говорим о височной доле, как о корковом этапе или даже месте корковой репрезентации (для слуха) идущих с периферии импульсов, то здесь клиническая картина определяется в основном тесной близостью височной доли к затылочной—корковому центру зрения. Как известно, зрительная радиация на своем пути к затылочной доле окружает нижний рог бокового желудочка, так что поражение височной доли, которая примыкает к нижнему рогу, и ведет к зрительным дефектам. Таким образом последние объясняются поражением, собственно говоря не корковой, а подкорковой части височной доли.

Дефекты зрения отмечались нами в виде гемианопсии противоположной стороны при одностороннем очаге или квадрантанопсии, при поражении вентрального или дорзального отрезков зрительной радиации; в начале заболевания иногда наблюдалась гемианопсия только на цвета, иногда лишь в виде цветowych скотом также по гемианопическому типу. Установление этих дефектов особенно в начальной стадии требует скрупулезной методики. Нужно сказать, что указанные дефекты зрительного поля довольно часты в семиотике височного поражения. Кушинг придает им большое топическое значение, считая этот признак *conditio sine qua non* для опухолей височной доли.

Общеизвестно, как часто в клинике наличие одной гемианопсии заставляет клинициста думать о височной локализации.

Мы на нашем материале часто отмечали дефекты зрительного поля при опухолях и других процессах в височной области. При длительном наблюдении процесса—опухоли, абсцесса—можно отметить постепенный переход от квадрантной гемианопсии к полной гемианопсии. Интересно, что, по данным Поляка, не только каждый квадрант, но и каждая мелкая частица сетчатки имеет независимые проекционные волокна к коре и способна к изолированному проведению и передаче импульсов от сетчатки до мельчайших локальных корковых областей. Отсюда понятна возможность далеко идущего дробления дефектов поля зрения, встречающихся при центральных поражениях, в том числе и при процессах височной доли.

Явления раздражения зрительного аппарата—галлюцинации—наблюдались в виде устрашающих фигур животных (у нас в двух случаях опухолей височной доли и одном случае энцефалита), иногда в нарушении обычных форм предмета—смещении линий, углов и проч. Последнее наблюдается повидимому при пораже-

нии связей с париетальной долей и является уже частичным расстройством схемного порядка. Многие авторы считают, что эти галлюцинации связаны с дефектами поля зрения; в отличие от галлюцинаций, наблюдаемых при поражении затылочной доли, они проходят без искр и светящихся фигур, характерных для последней. Однако близость *area striata* затылочной коры к височной доле не позволяет исключить и затылочное, тем более, что галлюцинация явление сложное, определяется рядом моментов и в конечном счете зависит еще от общего состояния психики и от сочетанной деятельности различных областей мозговой коры, а не от узко локальных изменений.

О значении явлений адаптации, ее изменениях под влиянием центральных воздействий мы уже указывали выше. Как и в отношении слуховых рецепций значение центральных, кортикофугальных импульсов было до сих пор недооценено; процесс восприятия представлялся совершенно односторонним. В действительности импульсы идут не только от ретины к *corp. geniculat. later.* и к коре, но и обратно; значение этих кортикофугальных механизмов чрезвычайно велико в процессах активного восприятия и должно быть учитываемо и в патологии.

Ко всему этому, что было сказано относительно центральных нервных механизмов слуха и зрения, нужно добавить, что современная техника дает возможность значительно расширить методику исследования больного. В этом отношении много нового вносит электрофизиология, в частности хронаксия, которая дает возможность улавливать ничтожные возбуждения кохлео-вестибулярного и зрительного аппарата. Все эти данные ставят совершенно по новому вопрос исследования качественной оценки слуха и зрения.

Таким образом все эти данные указывают на своеобразное отношение височной доли к теленцепторам. Мы видели, что поражение височной доли ведет к значительным расстройствам кохлео-вестибулярного и зрительного аппарата. И если мы вспомним, что при этом наблюдаются изменения вкуса и обоняния, то станет очевидным, что так называемая „немая“ (правая) височная доля, является центральным корковым узлом путей для ориентации, своеобразным центральным этапом, где коррелируются проекционные системы ряда органов чувств. Отсюда специфическое значение поражения височной доли в ото-и офтальмо-неврологических клиниках, отсюда необходимость более глубокого изучения расстройств нервного аппарата слуха и зрения, столь важного для топической оценки признаков этих расстройств.

Из хирургического отделения Казанской Плетневской рабочей больницы
(зав. хирургич. отд. проф. И. В. Домрачев).

Результаты хирургического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Г. И. Мухамедьяров и В. И. Михайлов.

Вопрос о показаниях к оперативному лечению язв желудка и 12-перстной кишки не может считаться до настоящего времени вполне решенным, так же как и вопрос о характере самого оперативного вмешательства. Показания разделяются на абсолютные и относительные. К первым относятся: а) перфорация язвы в свободную брюшную полость, б) злокачественное ее перерождение, в) рубцовое сужение привратника. Относительными показаниями признаются хронически протекающие язвы желудка и 12-перстной кишки. Разногласий в отношении абсолютных показаний среди хирургов и терапевтов нет, чего нельзя сказать об относительных показаниях. По литературным данным все согласны в одном—хронически протекающие язвы желудка и 12-перстной кишки подлежат оперативному лечению лишь при безуспешности терапевтического лечения, которое по Гальперну дает не меньше 40% излечений (по Эйнгорну—70%, по Ревану—80%, по Бальфору даже 93% (цит. по Соколову, «Казан. мед. журн.», № 3—4, 1934 г.). Что же касается терапевтического лечения, после которого больной, не получив излечения, должен подвергнуться оперативному лечению, то единодушия во взглядах на этот вопрос среди хирургов нет, и каждый автор, на основании своего опыта и оценки состояния обращающегося к нему больного, ставит свои показания к операции. Целиком и полностью соглашаясь с общепризнанными и принятыми показаниями, мы с конца 1933 г. начали применять больным с язвенным симптомокомплексом систематически новокаиновый блок, как диагностическое средство, и вместе с тем как помогающее установке показаний к оперативному лечению язвенных больных.

Многим из наших больных, не имевшим возможности, в силу отдаленности от хирургического центра и других условий, проводить длительное терапевтическое лечение, показания к операции чрезвычайно помог ставить новокаиновый блок; причем, если первая инъекция в количестве 60 к. см в почечную область не давала определенных улучшений самочувствия больного при соблюдении определенного режима (запрещение табака, алкоголя, грубой пищи) в течение двух-трех недель, мы делали вторую инъекцию в том же количестве и ждали месяц. Если по истечении этого срока не наступало улучшения, предлагали больному операцию. Если же новокаиновый блок давал определенный положительный эффект, то мы считали процесс у больного не деструктивного характера, подлежащий терапевтическому лечению. На стационарном материале с определенным язвенным симптомокомплексом мы отклонили, на основании положительных резуль-

татов от новокаинового блока, оперативное вмешательство 18 больным, 11 из которых чувствуют себя хорошо; от остальных сведений не имеется. Нужно, однако, сказать, что этим больным применялись и другие методы диагностики: исследования желудочного сока, рентгеноскопия, а новокаиновый блок служил лишь вспомогательным средством. Последний метод выверен на большом материале.

В вопросе хирургического лечения желудочно-дуоденальных язв преимущественное значение имеют в настоящее время операции гастро-энтероанастомоза и резекций желудка, и только в редких, исключительных случаях находят место и другие способы оперативного вмешательства, как пилоропластика, эксцизия язвы и т. д.

Резекция желудка по Бильрот I и Бильрот II в различных модификациях, как операция более эффективная, занимает первенствующее место, но не теряет своего значения и гастроэнтероанастомоз, как операция технически более простая. Оценка результатов после этих операций представляет интерес.

Наш материал обнимает за период с 1925 по 1/X 1935 г. 251 операцию, из них гастроэнтероанастомоз—104, резекций жел.—128 и 19 лапаротомий (из них 7 по поводу злокачественных поражений желудка, оказавшихся неоперабельными, 5 лапаротомий, где язвы не обнаружено, 5 лапаротомий по поводу перфоративных язв желудка, 1 пилоропластика и 1 эксцизия язвы).

По годам наш материал распределяется следующим образом: В 1925 году г.-э.—2, в 1926 г. г.-э.—3, в 1927 г. г.-э.—2, в 1928 г. г.-э.—6; в 1929 г. г.-э.—14, резекций жел.—2, пилоропластика—1; в 1930 г. г.-э.—18, резекций жел.—7; в 1931 г. г.-э.—4, резекций жел.—25; в 1932 г. г.-э.—5, резекций жел.—14; в 1933 г. г.-э.—15, резекций жел.—19, эксцизий—1; в 1934 г. г.-э.—24, резекций жел.—31; в 1935 г. г.-э.—15, резекций жел.—30. Всего г.-э.—104, резекций желудка—128, пилоропластики—1, эксцизий—1.

По локализации: 1) дуоденальных язв 41,3%, 2) препилорических и пилорических 49,7%, 3) остальных отделов желудка 9%.

Давность заболевания от 6 месяцев до 11 лет, наибольшее количество было с давностью в среднем 3½ года. Возраст больных от 17 до 65 лет, причем наибольший процент падает на рабочий возраст 25—45 л. Мужчин—94,2%, женщин—5,8%. Рабочих—41%, крестьян—46%, служащих—5% и прочих—8%.

Всем оперированным больным с целью выяснения результатов операции были разосланы анкеты следующего содержания: 1. Как Вы себя чувствовали в первые месяцы после операции, прошли ли те боли, которые Вас беспокоили до операции. 2. Когда приступили к работе. 3. Исполняете ли прежний вид работы или из-за болезни стали менее трудоспособными. 4. Соблюдали ли диету после операции. 5. Курите или нет. 6. Пьете ли водку и сколько. 7. Восстановилось ли Ваше здоровье вообще.

Ответов получено 105, пришли показаться лично 26. Итого 131. Всех оперированных больных мы разделили по результатам на 3 группы: 1) с хорошим результатом; 2) с улучшением и 3) с

неудовлетворительным результатом. Критерием для первой группы служили: а) полное восстановление здоровья и трудоспособности, б) всякое отсутствие жалоб в отношении желудка, в) обычное домашнее питание; для второй группы—а) жалобы на диспептические расстройства—ощущение тяжести под ложечкой, изжога, отрыжка, но отсутствие болей, бывших до операции, б) пониженная трудоспособность, т. е. переход на более легкую работу, в) обычное питание; для третьей группы: а) то же состояние, что и до операции, т. е. боли, диспептические расстройства и т. д.; б) резко пониженная трудоспособность.

Придерживаясь показаний к производству г.-э., принятых клиникой проф. А. В. Вишневого, и неоднократно высказанных в печати сотрудниками его клиники (В. И. Пшеничников, Каз. м. ж., № 5, 1935 г.), мы в дальнейшем несколько видоизменили показания к г.-э. в сторону расширения этих показаний в пользу резекций и г.-э. в настоящее время производим в случаях глубоко сидящих язв 12-перстной кишки и язв, пенетрирующих в соседние органы, с большими рубцовыми спайками или инфильтрации всего малого сальника.

Всего г.-э. сделано 104, из них 1 передняя г.-э. у б-ного с раковым поражением желудка и кончившаяся смертью больного от истощения; остальные случаи падают на задний г.-э., который мы делаем по Гаккер-Петерсену.

Смертность при заднем г.-э. составляет 1,9%, 2 смерти на 103 операции. Один больной умер от перитонита на 15-й день и второй—от кровотечения из язвы, несмотря на все принятые меры вплоть до переливания крови. Осложнения в послеоперационном периоде после заднего г.-э., которые наблюдались на нашем материале, сводятся к следующему: у 26 больных, всех курящих, обострение хронического бронхита, рвота наблюдалось у 7 больных, которым были применены однократные промывания желудка. В случаях диспептических расстройств, как-то: срыгивание, икота, рвота с кровью, мы применяем раннее промывание желудка, обычно через 16—20 часов после операции. Нагноение операционных ран наблюдалось в 4%. Пневмоний не было ни разу. Разница в проценте легочных осложнений на нашем материале, по сравнению с литературными данными, объясняется тем, что кратковременное повышение t° в течение 2—3 дней, кашель со слизисто-гнойной мокротой мы считали за обострение бронхита, а не за послеоперационное осложнение. Повторных операций после задней г.-э. было 2. Одна релапаротомия произведена у больного Ш. при сужении анастомоза рубцово-измененным окном, мезоколона, клинически проявившего себя постоянными, упорными, не поддающимися промываниям желудка, рвотами; вторая релапаротомия у больного Ф. по поводу спаек, перетянувших анастомоз. Оба выздоровели.

Разбирая результаты после задней г.-э. и придерживаясь вышеупомянутых критериев, мы имеем оперированных больных с давностью от 5 до 10 лет—10 случаев, от 3 до 5 лет—9 и до 3-х лет—22. Хороших результатов на сроке от 5 до 10 л. имеем 9 случаев,

улучшений—1, на сроке от 3 до 5 лет хороших результатов—4, улучшений—4, неудовлетворительных—2, на сроке до 3-х лет хороших—11, улучшений—6, неудовлетворительных—5. Суммируя результаты, будем иметь: хороших результатов—59,5%, улучшений—24,3% и неудовлетворительных результатов—17,2%. Отдаленная смертность—1 случай от туберкулеза легких.

АВТОРЫ	Хорошие	Неудов.	Удовлет.
Гальперн	83,9 ⁰ / ₀	16,1 ⁰ / ₀	—
Полисадова и Топровер	9 ⁰ / ₀	—	—
Оглоблин	45,2 ⁰ / ₀	—	43 ⁰ / ₀
Соколов	71,1 ⁰ / ₀	28,8 ⁰ / ₀	—
Наш материал	58,5 ⁰ / ₀	17,2 ⁰ / ₀	24,3 ⁰ / ₀

Сравнивая результаты, полученные на нашем материале, со статистиками других авторов (см. табл.), мы можем отметить, что наши результаты сходятся с результатами других авторов и они могли бы быть лучшими, если бы наши больные в дальнейшем послеоперационном периоде соблюдали диету и выполняли запрещение курить и пить вино, а между тем во многих ответах больные указывают на курение и употребление алкоголя.

Перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки мы имели 5 случаев, причем все они оперировались по двум способам с ушиванием язвы и с добавлением заднего г.-э. или без такового, смотря по тяжести случая и срока операции; но во всех этих случаях мы вводили в брюшную полость тампон через добавочный разрез Мак-Бурнея по предложению проф. А. В. Вишневского, считая, что наиболее заинтересованной является правая сторона брюшной полости, где скапливается наибольшее количество экссудата, который и должен выводиться в повязку вводимым тампоном. На нашем материале мы потеряли одного больного, поступившего на 4-й день с явлениями общего перитонита в весьма тяжелом состоянии. После 1/X 35 г. из 5 случаев перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки с проведением дренажа мы не потеряли ни одного больного. Ответов на отдаленные результаты имеем 4: у двух больных где ушивание язвы сопровождалось г.-э., у 2-х больных, где мы ограничились только ушиванием язвы, хорошие результаты.

Пилоропластика и эксцизия язвы произведены нами по одному разу; сведений о результатах не имеем.

Резекция желудка, на основании большого накопленного опыта к настоящему дню, постепенно вытесняет г.-э. как операцию, темные стороны которой (оставление язвы на месте, с чем связан риск кровотечений, перфораций и злокачественного перерождения) хорошо известны каждому хирургу. В силу этих опасностей резекция желудка занимает первенствующее место в деле оперативного лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее яркими представителями и защитниками резекций являются Габерер, сообщивший в 1933 г. о 2738 резекциях с 5% смертности, Финстерер — о 2000 резекциях (5% смертности и 95%

выздоровлений). Эйзельсберг за 29 лет приводит материал и 95% выздоровлений). Эйзельсберг за 29 лет приводит материал в 2766 случаев с тем же процентом выздоровлений. В Советском Союзе предпочитают резекции Юдин, Вишневский, Соколов, Гессе, Бельц и другие.

Несколько особняком стоит Успенский, сторонник г.-э.

Лериш категорически возражает против попыток объявить резекцию желудка единственной операцией при лечении язвенных больных и полагает, что г.-э. имеет свое место в ряде случаев.

Показаниями к резекции на нашем материале служили случаи ракового поражения, стенозы привратника, каллезные язвы малой кривизны, сопровождающиеся дилатацией желудка и атонией его стенки.

Всего нами произведено 128 резекций, из них 1 по Бильрот I, закончившаяся смертью от перитонита, вследствие расхождения швов у больного раком желудка, остальные 127 сделаны по Б II в модификации Гофмейстер-Финстерера.

Ближайшая смертность выражается в 4,7%—6 смертей на 127 резекций. Один больной умер от колыяса через 12 часов после операции резекции желудка, предпринятой на высоте острого желудочного кровотечения. Двое больных умерли от кровотечения (аутопсии не было), двое умерли от дуоденальных свищей при паллиативных резекциях и одна больная умерла при явлениях сердечной слабости.

В вопросе оперативного лечения при осложнении язвы острым кровотечением единого мнения среди хирургов нет.

В нашем небольшом материале острых желудочных кровотечений, а именно в 4 случая, в 3-х предпринято оперативное вмешательство—резекция желудка с исходом в выздоровление у двух и со смертельным в одном случае; четвертый случай проводился консервативно с переливанием крови; случай кончился выздоровлением. Естественно, что на основании небольшого материала выводов мы сделать не можем, но на основании литературных данных можно вывести заключение, что операция показана после безуспешности переливания крови (Борит).

Отдаленная смертность в 3 случаях; один б-ной умер через 5 месяцев после операции от туберкулеза легких, один умер через два месяца от рецидива рака, третий — от дизентерии через 14 месяцев.

Осложнения при резекции: обострение бронхитов в 48%, рвота кровью и срыгивание в 17 случаях, потребовавших промывание желудка. Пневмония наблюдалась в одном случае. На дальнем сроке после операции в двух случаях — образование послеоперационных грыж. Давность наблюдения больных с резекцией желудка от 5 до 10 лет — в 17 случаях, от 3 до 5 лет—в 24 и до 3-х лет—в 49 случаях.

На сроке от 5 до 10 лет имеем хорошие результаты у 11 больных; улучшение—у 6; на сроке от 3 до 5 л.—хорошие у 18 б-ных, улучшение—у 6; на сроке до 3-х лет—хорошие у 35 больных, улучшение—у 11, неудовлетворительные—у 3 б-ных.

Суммарно имеем хорошие результаты в 70,1%, улучшения—в 25,5%, неудовлетв.—в 4,4%.

Сравнивая результаты, полученные от заднего г.-э. и резекций желудка, мы имеем на нашем материале: хорошие результаты—г.-э. в 58,5, р. ж. — в 70,1, улучшений — г.-э.—в 24,3, р. ж. — в 25,5, неудовлет.—г.-э.—в 17,2 р. ж.—в 4,4% случаев.

Все операции произведены под местной анестезией по способу тугих ползучих инфильтратов проф. А. В. Вишневского и ни разу не применен наркоз или рауш. Метод проф. А. В. Вишневского дает прекрасную анестезию и вместе с тем предупреждает легочные осложнения; благодаря этой анестезии мы на нашем материале видели лишь один раз пневмонию.

Выводы: 1. Хирургическое лечение язвенных больных должно иметь место при безуспешности терапевтического лечения.

2. Новокаиновый блок является вспомогательным средством для установки показаний к оперативному лечению язв желудка и 12-перстной кишки, являясь одновременно и диагностическим средством.

3. Г.-э. на данном этапе наших знаний не теряет своего значения при оперативном лечении язвенных больных и примененная в строго показанных случаях дает благоприятные результаты в 58,5%.

4. При перфоративных язвах желудка мы рекомендуем вводить в брюшную полость тампон чрез добавочный разрез Мак-Бурнея.

5. Резекция желудка при лечении язвенных больных не может считаться единственной радикальной операцией и не является операцией выбора, но в сравнении с г.-э. дает благоприятные результаты в 70,1%.

6. Малый процент послеоперационных осложнений в нашем материале после желудочных операций обуславливается большей частью применением местной анестезии по методу проф. А. В. Вишневского.

Из хирургического отделения 2-й горбольницы (г. Энгельс)—зав. проф. А. П. Зибенгар.

Опыт лечения хронических остеомиелитов по Лэру.

И. И. Велькер.

После опубликования Лэром блестящих результатов лечения ран рыбьим жиром нами применен этот метод лечения в хирургическом отделении 2-й Энгельской гор. больницы на стационарных и амбулаторных больных с хорошим результатом.

Во всех случаях мы применяли чистый рыбий жир без вазелинового масла. Хотя Лэр вначале предложил свой метод для лечения повреждений кисти и стопы, мы применяли рыбий жир при свежих ранениях, хронических язвах конечностей, гнойных гранулирующих ранах и при лечении ран после секвестротомии при хронических остеомиелитах.

На нашем материале я могу подтвердить результаты, полученные Савченко (Лечение свежих травматических ран по Лэру, Н. х. а., № 5 и 6, 1935), проф. Иост и Кочергиным (Клиническая и лабораторная оценка лечения ран рыбьим жиром, Н. х. а. № 8, 1935).

Не будет, пожалуй, преувеличением, если мы скажем, что Лэр своим замечательным методом создал новую эру в лечении ран. Многое здесь еще неясно, но опыт убеждает, что рыбий жир оказывает бесспорно хорошее влияние на процесс заживления ран. Лэр и Трейш доказали, что рыбий жир не только стерилен, но обладает и бактерицидным действием. Так посевы стрептококка, стафилококка и кишечной палочки на рыбьем жире не дают роста уже на четвертый день, в то время как тот же посев на вазелине дает рост еще после 14 дней.

Далее Лэр мог убедиться, что рыбий жир, будучи введен в рану в большом количестве, не оказывает какого-либо токсического действия. Это позволяет нам применять рыбий жир и при лечении больших и глубоких ран.

Хорошее действие рыбьего жира объясняется богатым содержанием витаминов А и Д. Рыбий жир, пропитывая некротические и некробиотические ткани раны, ускоряет аутолиз их с последующей энергичной регенерацией тканей.

Если пока нет еще достаточно научных данных для вполне ясного суждения о механизме и сущности влияния рыбьего жира (витаминов) на ткани, то мы имеем возможность судить о биологии раны по виду грануляции и эпителия, которые, по образному выражению Лэра, являются зеркалом процессов, происходящих в ране.

Несмотря на замечательные результаты, получаемые от рыбьего жира при лечении ран, не следует, однако, создавать из этого панацею и применять шаблонно рыбий жир при всех ранах.

Цульцер (Zbl. f. Chir., № 29, 1934) описал три случая хронического остеомиелита, леченных после секвестротомии по Лэру.

рыбьим жиром с хорошим результатом. Автор, как и мы, при этом наблюдал хорошие грануляции и эпителизацию раны. Что касается неприятного запаха при редких перевязках, то он может быть значительно уменьшен обвертыванием конечности простыней, пропитанной несколькими каплями скипидара.

В нашей советской медицинской литературе я не знаю работы, посвященной лечению остеомиелитов рыбьим жиром; поэтому, имея некоторый опыт и хорошие результаты лечения, я считал необходимым опубликовать собственные наблюдения.

Во всех случаях применения рыбьего жира при остеомиелитах мы придерживались следующей методики. Операция—секвестротомия, выскабливание полости ложечкой Фолькмана; смазывание полости иодом и рыхлая тампонада с рыбьим жиром, асептическая повязка. Конечность фиксировалась в гипсовой повязке. Смена повязки через 10—15—20 дней. При повторной повязке тампон слегка вытягивался, обрезался и вновь пропитывался рыбьим жиром с последующим наложением гипсовой повязки. Мы исходили из следующих соображений: 1) рыбий жир стерилен; 2) богат витаминами, которые, всасываясь, повышают клеточный метаболизм и ускоряют процесс регенерации тканей; 3) рыбий жир облегчает перевязку, освобождая больных от боли, неизбежной в связи с присыханием перевязочного материала к ране.

За 10 месяцев 1935 г. через наше отделение прошло 47 больных с остеомиелитом, из них 15 лечено по Лэру. Количество случаев пока небольшое, но результаты получены хорошие. Приведу, как пример, одну историю болезни.

1. Вейнбергер С., 17 лет, ист. бол. № 253, поступила в хир. отд. 16/IV 1935 г. с хроническим остеомиелитом правой большеберцовой кости. Больна около 10 лет. В 1931 году—секвестротомия по поводу остеомиелита с временным улучшением. В 1932 г. боли в правой голени возобновились, и через три недели образовались свищи, из которых выделилось несколько мелких секвестров. Правая голень в средней части отекая, на передней поверхности ее имеется свищ с гнойным отделяемым.

В средней трети правой голени имеется несколько рубцов, спаянных с костью. В остальном—здоровая. Рентген. снимок правой голени—tibia на всем протяжении диафиза утолщена и склерозирована. На уровне свища имеется большая полость с свободно лежащим секвестром. 17/IV 1935 г. операция, эфирный наркоз 80,0, секвестротомия, удален большой свободно лежащий секвестр длиной около 15 см с острыми зубчатыми краями.

Костная полость уплощена долотом, выскабливаема острой ложечкой, смазана иодом и затампонирована марлей, пропитанной рыбьим жиром. Поверх асептическая повязка. Гипсовая повязка на правую голень с иммобилизацией коленного сустава. Гладкое послеоперационное течение.

30, IV. Перевязка, тампоны подтянуты, укорочены и вновь пропитаны рыбьим жиром. В повязке около 100 см³ гноя: рана хорошо гранулирует. Грануляции—ярко красные, легко кровоточат. Голень фиксирована лонгетом с циркулярным крахмальным бинтом.

10. V. Перевязка. Красные сочные грануляции с небольшим гнойным отделяемым. По периферии поясок эпителизации, шириной в 1½ см. Тампоны подтянуты и укорочены. Грануляции легко кровоточат. Повязка с рыбьим жиром, гипсовая шина с крахмальным циркулярным бинтом.

16. V. Перевязка. Поверхностно лежащие тампоны удалены; осталась небольшая хорошо гранулирующая рана ярко красного цвета с небольшим гнойным отделяемым. Гипсовая повязка. 31. V. разрешено вставать и ходить в повязке.

16. VI. больная выписана здоровой. На месте раны имеется слегка втянутый нежный розового цвета рубец.

Мы видим, что при лечении остеомиелитов по Лэру больной не освобождается от операции, но послеоперационное лечение по методу Лэра имеет громадное преимущество перед старым методом лечения. Больной освобождается от частых болезненных перевязок, процессы гранулирования и эпителизации раны улучшаются. Во всех случаях применения рыбьего жира мы ни разу не наблюдали вредного влияния и осложнения в ране. Иммобилизация, создавая необходимый покой ране и органу, способствует быстрейшему заживлению.

Выводы: 1. Тампонада секвестральной полости рыбьим жиром дает хорошие результаты и заслуживает внимания хирургов.

2. Рыбий жир ускоряет процесс заживления ран и способствует более быстрому восстановлению трудоспособности.

3. Метод экономный; перевязки редки и безболезненны, что способствует покою раны и органа.

Из хирургического отделения 6-ой совбольницы гор. Запорожья
(зав. доцент А. В. Габай).

К вопросу о некрозе тканей после местной анестезии новокаином.

А. Е. Рабовская.

Местная новокаиновая анестезия, получившая широкое распространение, не лишена в ряде случаев осложнений как общего, так и местного характера. Одним из таких редких осложнений является местный некроз тканей.

Сообщение о некрозе после местной анестезии как в иностранной, так и в нашей литературе носит чисто казуистический характер. Причины некроза до сих пор не выяснены. Приписать это осложнение одному действию новокаина с адреналином, безусловно, нельзя. Несомненно, причинность этого явления сложнее и зависит от совокупности целого ряда факторов.

Причиной некроза большинство авторов (Гебель, Гейнике, Бернер и др.) считает повышенную чувствительность сосудистых нервов у отдельных индивидуумов к адреналину, который вызывает спазм сосудов, нарушает кровообращение в тканях, способствует более длительной задержке новокаина в них, что приводит в единичных случаях к некрозу тканей.

Но имеются случаи наступления некроза при применении одного новокаина без адреналина. В случае Туманского, Головинского и в наших двух случаях некроз произошел после применения 1/4% свежее-приготовленного раствора новокаина без адреналина.

Приводим наши случаи:

1. Больной Т. (история болезни № 69017), 21 года, поступил 5/II 36 г. по поводу подострого аппендицита. Больной—астеник. Обращает внимание некоторая бледность и плохая упитанность.

9/II 36 г. под местной инфильтрационной анестезией 1/4-процентным раствором новокаина в количестве 90 куб. см операция—аппендектомия (проф. В. Н. Деревенко). Отросток инъицирован в небольших спайках, из которых легко выделен. Глухой послойный шов раны. В первые дни послеоперационное течение безлихорадочное, гладкое. На первой перевязке, на 4-й день, у одного из краев раны на коже обнаружены два пузыря овальной формы, величиной с крупную фасоль, из которых вытекает светлокровянистого цвета жидкость. Это явление было истолковано как ожог после смазывания иодом при обработке операционного поля. На 7-й день снять швы. Заживление первичным натяжением.

На следующий день наклейка промокла светло-соломенного цвета жидкостью, причем был обнаружен краевой некроз кожи. Края раны были распущены, в глубине ее все ткани, кроме брюшины, грязновато-серого цвета и состоят из сухих рыхлых некротических масс. Рана абсолютно безболезненна, нечувствительна, без выделений какого-либо секрета или газа. Проф. В. Н. Деревенко было высказано предположение — не есть ли это дифтерия раны? Не сифилитик ли наш больной? Был сделан посев из тканей на флору. При посеве вырос стафилококк. Реакция Вассермана была отрицательная.

Лечение. По возможности были иссечены некротические ткани (безболезненно). На рану применялись компрессы, смоченные в горячем концентрированном растворе соды. Ежедневная смена повязки. Рана медленно очищалась, имела вялый, безжизненный вид, гнойного отделяемого не было.

Все это протекало при нормальной температуре и хорошем общем самочувствии больного. Выписан на 49-й день с поверхностной гранулирующей раной.

В тот же день были оперированы еще 4 больных (двое больных с грыжей, один с расширением вен левой ноги и четвертый больной с гемороем) тем же раствором новокаина, тем же перевязочным материалом и тем же оператором, причем ни один из этих случаев не дал никаких осложнений.

Разнообразие послеоперационного течения в заживлении ран при одних и тех же условиях, повидимому, зависит от эндогенных факторов и от своеобразных отклонений в реактивной способности организма, каковая возникает в результате сенсibilизации организма к введенному алергену, будь то инфекция, белковые вещества, нейтральные соли (новокаин и т. д.). Аналогию мы пытаемся найти в феномене Артюса, заключающемся в некрозе ткани на месте инъекции лошадиной сыворотки у кролика, в случае предварительной сенсibilизации этого кролика повторным введением лошадиной сыворотки. Возможно в этой сенсibilизации организма к новокаину и заключается причина некроза в нашем первом и ему аналогичных случаях.

2. Больной К., 27 лет (история болезни № 337). Поступил 8/III 36 г. по поводу хронического аппендицита. 9/III 36 г. операция под местной инфильтрационной анестезией 1/4-процентным раствором новокаина в количестве

80 куб. см (д-р В. А. Пешекеров)—аппендектомия. Глухой послойный шов раны. 13/III 36 г. на перевязке в нижнем углу кожной раны буроватого цвета пузырь. На следующий день сняты частично швы; из раны выделилось около 2 чайных ложек кровянистой жидкости; края раны буроватого цвета. Еще через пять дней ясно очертился некроз тканей, захватывающий кожу и апоневроз наружной костной мышцы. Посев из тканей дал рост стрептококка. Некротические ткани медленно отторгались под подвязкой из гипертонического раствора поваренной соли. На 33-й день после операции рана очистилась, и больной выписан для амбулаторного лечения.

В этом случае, протекавшем аналогично первому, бикс с перевязочным материалом, которым пользовались на этой операции, был не вполне герметично закрыт. Вот почему и осталась мысль о возможности присоединения инфекции. В литературе имеются указания на возможность влияния инфекции на возникновение некроза раны после местной анестезии. Так, Морген описывает некроз (анестезия полупроцентным раствором новокаина с адреналином) после операции где, несомненно, имелись инфекция.

Возможно, что такое своеобразное течение инфекции зависит от трофических расстройств в тканях, вследствие раздражения функции вегетативной нервной системы, в результате которого создаются условия, изменяющие тканевой химизм раны.

В этих новых, своеобразных условиях инфекция протекает в ране различно, приводя иногда, в редких случаях, к некрозу тканей. Подтверждение подобным предположениям мы видим в исследованиях Колпаковой, установивших, что после удаления верхнего симпатического узла у собак и кроликов меняется характер взаимоотношений тканей и микробов в благоприятную в хирургическом смысле сторону, тогда как длительное раздражение этого узла понижает степень сенсibilизации тканей к инфекции и ведет к ухудшению процесса.

От редакции. Аналогия, которую автор пытается проводить между новокаиновым некрозом и некрозом при ф. Артюса не может быть обоснована имеющимися в литературе данными. Некроз после разрешающей дозы при ф. Артюса получается лишь после предварительной подготовки кролика данным антигеном (неспецифичность ф. Артюса наблюдается только в пределах четырех алергенов — сыворотка, пептон, желатина и яичный белок и лишь у кроликов). Некроз при ф. Артюса является асептическим, между тем в обоих случаях автора—некроз септический (стафилококк, стрептококк). Ф. Артюса не наблюдается после сенсibilизации нейтральными солями.

Из хирургического отделения Бершадской районной больницы.

К технике пересадки мочеточников в кишку.

М. Г. Брейтман.

За последние три месяца мне пришлось два раза сделать пересадку мочеточников на протяжении в Colon pelvinum по поводу эктопии мочевого пузыря. В 1-м случае я руководствовался техникой Миротворцева, за исключением погружения мочеточников в кишку. Последнее я проделал по указанию проф. Н. И. Гуревича.

Типичная операция по Миротворцеву производится следующим образом (Смиттен). После отыскания и изолирования мочеточников, каждый из них перевязывается двумя лигатурами, между которыми и перерезывается. Мочеточники по очереди на разных уровнях, один выше другого, укладываются на серозную кишки в области Colon pelvinum и вшиваются так, как при гастростомии ушивается по Витцелю дренажная трубка. В швы захватывается кроме серозной кишки adventitia мочеточников.

После укрепления мочеточника последний косо перерезывается и расщепляется в продольном направлении. Отверстие получает вид косо стоящего овала. Затем вскрывается серозный и мышечный слои кишки на расстоянии 1 см, через разрез захватывается слизистая, вытягивается конусом, верхушка этого конуса срезается так, чтобы получить совершенно круглое отверстие овально срезанного мочеточника. К слизистой кишки прикрепляется отверстие мочеточника 4 узловыми швами.

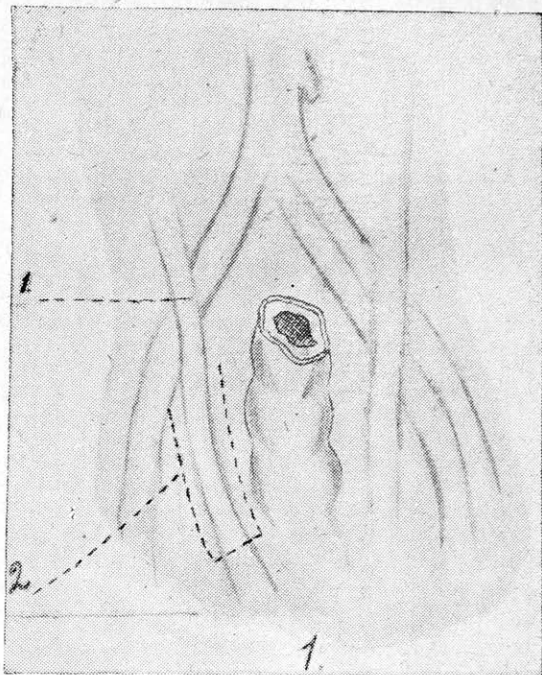
В заключение анастомоз погружается Ламберовскими швами. Рана в париетальной брюшине, через которую были выведены мочеточники, зашивается. Все швы нужно накладывать так, чтобы не сдавить мочеточники и не вызвать их перегиба. Нельзя поэтому серозные швы проводить очень близко к мочеточнику, тогда складка получится более объемистая и менее сдавливающая.

Тихов погружает мочеточник в просвет кишки на $1\frac{1}{2}$ см и таким образом укрепляет его. Разные авторы пользуются различными модификациями при погружении мочеточников в кишку. Гуревич, указаниями которого я руководствовался при вшивании конца мочеточников в кишку, поступает таким образом: берет кетгутовую нить, на оба конца которых вдеты круглые кишечные иглы, и проводит нитку через дистальный конец мочеточника, прокалывая только серозный и мышечный слои мочеточника (рис. 1). Затем проводится одна иголка через отверстие, сделанное в кишке, и выкалывается в каудальном направлении на расстоянии приблизительно $\frac{3}{4}$ —1 см от отверстия, сделанного в кишке¹⁾.

¹⁾ Примеч. редакции. Этот момент техники очень напоминает таковой в технике пересадки мочеточника по Майо-Коффи.

Точно таким же образом выводится другая иголка на том же уровне, только отступя в бок на расстоянии $1\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ см от первого выкола, после чего нитки завязываются. Таким образом фиксируется мочеточник и получается складка, которая является продолжением складки по Витцелю, в которой уложен мочеточник. Предварительно мочеточник также укрепляется 2—3 швами к слизистой кишки.

Кроме указанных деталей в технике нами была проделана катетеризация мочеточников по Коффи. Перед тем как провести мочеточник в кишку, произведена катетеризация его, и кончик катетера захвачен очень тонким корнцангом и проведен через отверстие в кишке по направлению к анусу, при-



чем сестра ввела два пальца в анус, растянула немного сфинктер (этим мы поневоле исползовали предложение Пайера—растяжение сфинктера по окончании операции в брюшной полости), захватила кончик катетера и вытянула его наружу. То же самое было проделано и с другим мочеточником.

Таким образом моча выделялась через катетеры наружу. Приступая ко вскрытию кишки, мы предварительно наложили центрально на кишку Douen'овский мягкий жом, изогнутый под прямым углом, дабы отграничить *colon pelvinum* от остального кишечника. Изогнутый жом мы взяли с целью, чтобы он не мешал нам при операции. Придавая большое значение пред- и послеоперационному уходу, мы готовили больных к операции следующим образом. Приблизительно за 10 дней до операции мы их сажали на легкую диету, бедную клетчаткой и ежедневно вспыскивали под кожу стрихнин. За 5 дней до операции больным назначен салол 2 раза в день и 2 раза в день промывательные клизмы. Кишка во время операции была пустая.

На другой день после операции моча начала промокать мимо катетеров (промокла постель). Мы вытянули катетеры и вставили в анус резиновую трубку, которую соединили с мочеприемником, чтобы сделать возможным постоянный отток мочи из кишки, ибо считали бесцельным и даже небезопасным держать дольше катетеры в мочеточниках.

При второй операции мы применили некоторые изменения в технике. Но прежде, чем перейти к деталям, я позволю себе несколько остановиться на вопросе о пересадке мочеточников в кишку.

Пересадка мочеточников на протяжении в кишку таит в себе следующие осложнения: непосредственно после операции—перитонит, недостаточность швов, более поздние—рубцовое заращение устьев мочеточников, язвенный колит, восходящая инфекция почек. Смиттен на основании своих экспериментальных и клинических исследований приходит к заключению, что поражение почек после пересадки мочеточников в кишку происходит чаще гематогенным путем, а не восходящим. Так или иначе перитонит и расхождение швов являются непосредственной опасностью после операции. Смиттен говорит, что „недостаточность швов имела место у крупных хирургов, где, следовательно, о недостаточности техники не может быть и речи“.

Где искать причину перитонитов и расхождения швов? Смиттен в своей работе „В чем кроется опасность отведения мочи в кишечник“, а также другие авторы связывают перитониты с острым воспалением в области мочеточниково-кишечного соустья, переходящим в гнойное расплавление, которое обычно разыгрывается спустя известное время после операции (на 10-й день и позднее).

Смиттен придает большое значение также процессам в прямой кишке, физиология которой с момента отведения мочи в нее должна круто измениться, и заболеванию крови (в силу всасывания из воспаленного очага) с последующим заболеванием тех или других органов, возможно, почек как органа, выделяющего токсины. Наконец, острое воспаление, перешедшее в хроническое, может дать все то, что дает сужение соустья.

Я полагаю, что неприживление мочеточников, а на этой почве и дальнейшие патологические процессы, разыгрывающиеся на месте анастомоза и в кишке, происходят потому, что мы вынуждены при пересадке выделить мочеточники из окружающей их клетчатки и как бы осторожно это ни делали, мы так или иначе нарушаем их сосудистое снабжение.

Второе—мы при пересадке мочеточников в кишку соединяем органы, у которых отсутствуют физиологические данные для быстрого склеивания, а именно: мочеточник, лишенный брюшинного покрова, с кишкой, покрытой таковым.

Спрашивается, почему бы не использовать пластические свойства брюшины для этой операции? Я проделал вторую операцию следующим образом. Ничего не меняя в технике, описанной выше, я при операции обернул мочеточники в муфту из париетальной брюшины (рис. 2). Этим, мне кажется, достигается меньшая травматизация мочеточников, а также и меньшее нарушение сосудистого снабжения, ибо из клетчатки выделяется только задняя стенка мочеточника.

Второе—операция приближается по типу к операциям на кишечнике, так как брюшина при наложении шва прилегает

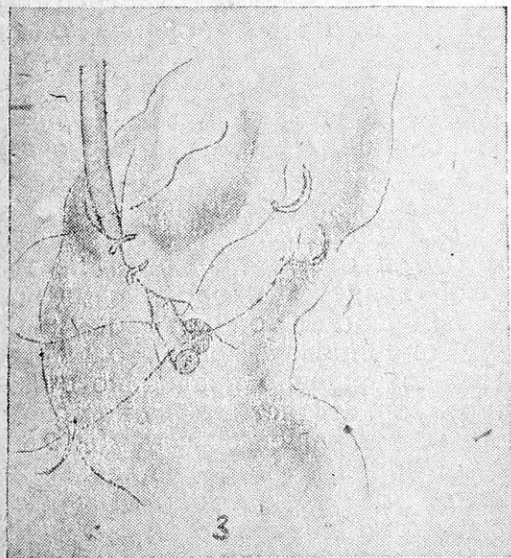
непосредственно к брюшине, благодаря чему должно произойти быстрое склеивание между соединенными органами. Все же, когда мы делали пересадку, то все швы проводили и через мышечный слой мочеточника (для большего спокойствия).

Технически операция очень проста. Катетеризированный мочеточник (можно обойтись и без катетеризации мочеточника) очень легко приподымается с брюшиной 2 пальцами и разрезы брюшины проводятся с обеих сторон мочеточника, как показано на рисунке. Затем мочеточник на необходимом уровне перерезается между 2 лигатурами, после чего накладывается тонкий непрерывный кетгутовый шов на края брюшинной манжетки вокруг мочеточника (рис. 3). Дефект в брюшине тоже закрывается непрерывным швом. В



остальном операция проводилась как и в первом случае. Больная, девочка 10 лет, выздоровела.

Нужно думать, что гладкое приживление мочеточников является также и профилактикой другого осложнения — воспаления и рубцового заращения устьев мочеточника. Я думаю, что и катетеры в мочеточниках при таком способе оперирования оставлять дольше суток не придется, а достаточно будет ввести дренажную трубку в анус для постоянного опорожнения мочи, пока, так сказать, кишка „привыкнет“ к новой среде.



Кроме того, это, возможно, уменьшит опасность образования воспалительного и язвенного процесса на месте анастомоза и

в прямой кишке, которые являются источником сепсиса для больных, перенесших операцию пересадки мочеточников в кишку (Смиттен). По Смиттену, виновником расхождения швов и последующего перитонита является не неудачная техника (что утверждает между прочим С. П. Федоров), а воспалительный процесс, который может иметь место в прямой кишке и прежде всего по линии швов.

Из кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (зав. кафедрой проф. Н. В. Соколов).

Экспериментальные данные о судьбе погруженной и непогруженной культи слепого отростка толстой кишки у собак¹⁾.

(Предварительное сообщение).

В. А. Суворов.

Погружать или не погружать культи отростка во время аппендэктомии? Вот вопрос, который все чаще и чаще стал освещаться на страницах как советской, так и заграничной хирургической печати. Несмотря на то, что эта тема была предметом горячих прений на заседаниях хирургических обществ в Париже в 1922 г., на III украинском съезде хирургов в 1929 г., в Ленинграде в 1935 г., и, наконец, на IV научном съезде врачей Татарии в 1936 г., все же единства мнений по этому вопросу до сих пор нет.

Против погружения культи отростка кисетным швом при аппендэктомии у нас высказывались Дженалидзе, Юдин, Мраморнов, Антонов, Соломонов, Благовидов, Немилов, Филимонов, Каменчик и др. Из заграничных авторов—Зилик (Нью-Йорк), Мартель (Париж), Гартоломей (Бухарест), Бэссье, Массабюо и др.

Статистический материал, приводимый этими авторами, показывает, что операции по этому методу протекают без осложнений.

Огромное большинство хирургов является сторонниками погружения культи отростка кисетным швом в той или иной модификации, и они, конечно, могут оперировать еще большими статистическими цифрами. Но, как совершенно правильно отмечает известный французский хирург Фор, статистика тут не может решить вопроса. Последний мог бы быть решен большим числом наблюдений релапаротомированных больных после аппендэктомии. Такие наблюдения, естественно, могут быть только единичными при релапаротомиях и при вскрытиях. Никто не наблюдал и не сравнивал, в каких случаях получается больше изменений,

¹⁾ Доложено на областной конференции молодых ученых медицины 14/I 1937 г. в г. Казани.

в частности сращений, при операции с погружением, или без погружения культи отростка.

Экспериментальных работ по этому вопросу имеется совершенно недостаточно. Нам известны только работы Ефета и Цампа.

Нам кажется, что споры часто ведутся просто умозрительно без достаточно проверенных фактов.

Противники кисетного шва выдвигают три главных возражения:

1. При наложении кисетного шва получается замкнутый слепой мешок, с заведомо инфицированной культей, что может вести к образованию абсцесса.

2. При наложении кисетного шва возможно прокалывание стенки слепой кишки со всеми вытекающими из этого последствиями (каловый свищ, перитонит).

3. Оставленные погруженными шелковые лигатуры могут быть причиной образования ложных воспалительных опухолей.

В свою очередь защитники перитонизации культи отростка приводят не менее убедительные доводы. Они указывают, что опускание в брюшную полость неперитонизированной культи связано с риском: 1) соскальзывания лигатуры с культи отростка (2 случая Гюими), 2) инфекции брюшной полости из заведомо инфицированной культи отростка, что, по мнению Фора, представляет главную опасность этого метода, 3) и, самое главное, этот метод связан с риском образования спаек брюшной полости вокруг неперитонизированной культи.

По предложению проф. Н. В. Соколова мы решили экспериментально на собаках проследить судьбу культи слепого отростка, погруженной кисетным швом и непогруженной, т. е. опущенной свободно в брюшную полость.

Правда, у собак нет червеобразного отростка, как у всех остальных животных, кроме обезьяны. Но имеющаяся у них длинная слепая кишка может быть уподоблена большому червеобразному отростку. После вытягивания ее, отжатия зажимом Кохера, перевязки и отсечения получается культя немногим больше культи червеобразного отростка у человека, в особенности, если отросток воспален.

Мы поставили себе две основные задачи: 1) проследить судьбу культи с патолого-анатомической точки зрения и прежде всего характер образования спаек вокруг культи; 2) проверить судьбу тех микроорганизмов, которые имеются в культе.

С этой целью нами оперировано под эфирным наркозом 60 собак. Сущность опытов сводилась к следующему. Разрез по средней линии живота. По вскрытии брюшной полости находился слепой отросток толстой кишки, верхушка его вытягивалась зажимом Пеана, слепая отжималась зажимом Кохера, перевязывалась шелковой лигатурой, отрезалась, и культя обрабатывалась различным способом: в одной группе опытов культя смазывалась *t-ra jodi*; в другой—смазывалась *ас. carbolicі*; в третьей—культя не подвергалась никакой химической обработке.

В одной серии опытов культя погружалась кисетным швом; в другой серии культя опускалась в свободную брюшную

полость. Затем на различных сроках после операции (от 3 дней и свыше 9 месяцев) собаки умерщвлялись и подвергались макро- и микроскопическому патолого-анатомическому анализу.

К настоящему времени мы вскрыли и подвергли анализу только 36 собак, остальные оставлены для дальнейшего наблюдения.

Нас в первую очередь интересовала картина послеоперационных спаек. На патолого-анатомических вскрытиях мы нашли следующее: спайки получались в обеих сериях опытов: там, где применялся кисетный шов, и там, где культя просто опускалась в свободную брюшную полость. Но характер спаек резко различен. Там, где был применен кисетный шов, спайки в большинстве случаев были очень нежные; как правило, был припаян только сальник, который легко отделялся без видимого повреждения серозы на слепой кишке. На длительных сроках (свыше 6 месяцев) наблюдалась следующая картина: сальник отходит от места кисетного шва, и на месте его прикрепления оставалась только гладкая серозная поверхность, лишь рубцово измененная.

Там, где культя просто опускалась в брюшную полость, спайки получались резко выраженные; они захватывали не только сальник, но и петли тонких кишек, образуя целый конгломерат. В 5 случаях из 18 оперированных таким способом собак развилась кишечная непроходимость, повлекшая за собой гибель животных.

Далее мы подметили, что при обработке культи дезинфицирующими растворами *t-ra jodi* и *ас. carbolicі*, в особенности последней, бывает гораздо больше спаек, чем в случаях, когда культя не подвергается обработке. Характерно, что и на погруженных культях эта разница тоже отмечается.

Все спайки по характеру мы условно разделяли следующим образом:

I. Спайки, очень слабо выраженные; припаян только сальник.

II. Спайки захватывают сальник и единичные петли кишек.

III. Спайки, очень резко выраженные: захватывают большое количество петель кишек и сальник, образуя целый конгломерат.

Если мы, пользуясь этой классификацией, распределим наш материал, состоящий из 36 обследованных случаев, то получим:

При операциях с погружением спайки:

I группа 15, II группа 3, III группа 0 сл.

При операциях без погружения спайки: I группа 1, II группа 12, III группа 5.

Число сильных сращений как раз падает на группу без погружения и среди них в первую очередь с применением *ас. carbolicі* и *t-ra jodi*.

Пять случаев непроходимости кишечника падает на случаи свободного погружения культи в брюшную полость без перитонизации кисетным швом.

Анализ нашего экспериментального материала подтверждает,

что число сращений при операции без погружения культи больше и сращения эти выражены сильнее.

Это подтверждается и клиническими наблюдениями. Статистика послеоперационных сращений, вызвавших кишечную непроходимость, за период, когда еще не было метода „перитонизации“, в сравнении с периодом, когда этот метод был введен Бассини в 1896 г., показывает, что случаи кишечной непроходимости на почве спаек с каждым годом после введения метода перитонизации стали уменьшаться.

Как известно, сущность послеоперационных сращений состоит в том, что брюшина имеет свойство при повреждениях воспалительно склеиваться, слипаться больше, чем другие ткани. На всякое внешнее раздражение, будь то воспалительный процесс, повреждение или произведенная операция,—брюшина реагирует тем, что Вегенер назвал пластичностью.

В этой пластичности лежит причина выздоровления больных после операций. Но, с другой стороны, она же служит причиной возникновения обширных сращений в результате произведенных операций и этим иногда умаляет успех последних.

И ясно, чем мы лучше сможем перитонизировать получившиеся в результате операции культи, тем меньше у нас будет сращений и наоборот. Подробным изучением этого вопроса занимались Грайзер, Гейнц, Циглер, Гирголав и Верешинский¹⁾.

Циглер пишет, что эндотелий серозных листков брюшины предохраняет от сращений; последнее наступает только лишь тогда, когда эти эндотелиальные клетки от какой-либо причины погибают. Такими причинами могут быть: 1) внутрибрюшные кровотечения; 2) механические повреждения; 3) химические агенты; 4) инородные тела; 5) инфекция и 6) культи перевязанных органов (Фогель). В непогруженной культе как раз имеются 2-й, 3-й и 6-й моменты. Наши наблюдения вполне согласуются с этими данными. Микроскопический анализ наших наблюдений нами еще не закончен.

Для решения второй поставленной перед собой задачи—о судьбе микроорганизмов, находящихся в культе, мы провели наблюдения в наших опытах в двух направлениях.

Во-первых, мы проследили на 12 собаках судьбу тех микробов, которые находились в культе при операции. С этой целью мы перед погружением культи слепой кишки у собак кисетным швом брали с культи пробу для посева; затем культя погружалась. Опытные собаки убивались на разных сроках (от 3 до 20 дней); культя дезинвагинировалась и с поверхности культи снова бралась капля для посева.

При исследовании до погружения были обнаружены во всех 12 случаях *bac. coli comm.* Совместно с ними обнаружен в одном случае белый стафилококк, в одном случае—стрептококк. Одновременно с этим мы решили проверить, какое значение,

¹⁾ Цитировано по М. Н. Шапиро, Нов. хир. арх., V, № 2.

в смысле дезинфекции, имеет смазывание культи перед погружением t-га jodi и ас. carbolic.

С этой целью мы каждую серию опытов проводили таким образом, что у первой собаки культя смазывалась t-га jodi, у второй собаки—ас. carbolicі, у третьей собаки культя ничем не смазывалась.

1-я серия. Исследования через 3 дня. Посев из культи дал во всех трех случаях рост тех же самых колоний, что были засеяны из культи перед погружением ее.

2-я серия. Исследование через 5 дней. В одном случае рост колоний белого стафилококка (случай, где смазывание не менялось), в остальных двух—роста не было, за исключением сарцин (очевидно из воздуха).

3-я серия. Исследование через 10 дней. Посев во всех трех случаях роста не дал, за исключением одного, где выросли опять сарцины (очевидно попали из воздуха).

4-я серия. Исследование через 20 дней. Тоже роста не получилось, за исключением первого случая, где выросли сарцины.

На основании этих опытов мы склонны заключить, что микробы в погруженной культе погибают; причем погибают как в случаях предварительной обработки ее антисептическими веществами, так и без таковой.

С другой стороны, мы, учитывая, что микробы, живущие в данном организме, являются для него менее вирулентными, чем микробы, занесенные извне, решили заражать культи кишки заведомо известными микробами высокой вирулентности и проследить их судьбу, погружая в одних опытах культю кисетным швом, в других—опуская ее в свободную брюшную полость без кисетного шва. Мы хотели убедиться имеет ли значение метод обработки культи (в смысле погружения и непогружения) для развития данной инфекции, в частности мы хотели этим путем получить образование абсцесса при погруженной культе. С этой целью нами поставлено 24 опыта: 1) в 6 случаях сделаны посевы стрептококка (3 случая с погружением и 3—без погружения); 2) в 6 случаях сделаны посевы стафилококка (в 3 сл. с погружением и 3 сл. без погружения); 3) в 12 случаях сделаны посевы бас. Perfring (в 6 случаях с погружением и 6 сл. без погружения).

Эти опыты нами еще продолжают; собаки все живы. Ведут себя как здоровые и, надо полагать, ни у одной из них не образовалось абсцесса и перитонита.

Очевидно, для образования абсцесса в замкнутых серозных полостях одного наличия инфекции недостаточно; нужны еще какие-то патофизиологические моменты.

Выводы: 1. Погружение культи слепого отростка у собак в свободную брюшную полость без перитонизации всегда вызывает спайки с ней сальника и тонких кишок.

2. Иногда эти спайки развиты очень сильно и образуют целый конгломерат, в состав которого входят сальник и кишечные петли, в отдельных случаях образуется кишечная непроходимость.

3. Метод погружения культи кисетным швом тоже дает спайки, но очень нежные; припаивается при операциях по этому методу обычно только сальник, который на поздних сроках (от 3 до 6 месяцев) отходит и в результате на месте кисетного шва имеется блестящий серозный покров, лишь рубцово измененный.

4. Метод обработки культи *t-ra jodi* и *ас. carbolicі*, не имея существенного значения в смысле дезинфекции ее, значительно увеличивает число сращений.

5. Инфекция в культе отростка при погружении культи кисетным швом у собак не вызывает абсцесса в замкнутом пространстве.

Из акуш.-гинекологических клиник Днепропетровского мединститута и Института усовершенствования врачей (дир. проф. Д. Е. Шмундак).

Витальная окраска гомологичных органов при введении лизатов.

Проф. Д. Е. Шмундак и А. У. Равикович.

С тех пор как проф. Тушнов выдвинул свою теорию органоспецифичности гистолизатов, по которой лизаты, будучи высокомолекулярными продуктами расщепления дифференцированных белков, способны в силу своего раздражающего действия стимулировать гомологические органы и ткани, накопился большой экспериментальный материал, который посвящен этому вопросу, решающему по существу механизм действия лизатотерапии.

Для разрешения этого вопроса прибегают в основном к следующим методам: 1) патофизиологическому—наблюдениям за реакциями органа после введения одноименного лизата, 2) морфологическому—изучению гистологических изменений в органах под влиянием введения гомологичных гистолизатов и, наконец, 3) к изучению преимущественного отложения красок или других химических веществ в органах под влиянием введенных гомологичных гистолизатов.

Особенно много работ появилось после того, как Белоновскому и Эрштейну удалось доказать, что после введения в кожу кутилизата с трипанблау, а также гепатолизата с трипанблау и на третьем участке кожи только трипанблау, наибольшее отложение краски и воспаление кожи наблюдается на том участке, где введен был кутилизат с трипанблау. На этом же участке краска и удерживалась дольше, чем на двух других участках.

Точно так же Эрштейн наблюдал и у щенков изменения в яичках (увеличение и некроз) и окрашиваемость их при инъекции тестолизата с литиевым кармином. Аналогичные же данные им были получены с гепатолизатом и кармином и с пульмонолизатом и трипанблау. В последнем случае у собак наблюдалось чихание и кашель, причем легкие окрасились в синий цвет, в других же органах синей окраски не наблюдалось.

Миллер и Никольский вводили в организм животных вместе с эмульсиями из различных органов трипанблау и коллоидное

железо и установили, что красящие вещества откладывались преимущественно в тех органах, эмульсии которых вводились с цветными индикаторами. Это особенно было демонстративно в тканях мозга и сердца, в которых обычно индикаторы сами почти не откладываются. Эти данные Белоновского и его сотрудников вызвали значительный интерес, так как если бы удалось в дальнейшем подтвердить их, то это, несомненно, могло в значительной степени укрепить теорию Тушнова о специфичности лизатов.

Однако, последующие авторы, экспериментируя по тому же методу, не получили тех данных, которые наблюдали Белоновский и его ученики. Генес повторил эти опыты на белых мышах, вводя последним овариолизат, гепатолизат и церебролизат совместно с трипанблау, но ни в одном случае не смог подтвердить данные Эрштейна.

Румянцев, считая, что накапливание в клетках красок вообще зависит от проницаемости для красок оболочек и протоплазмы клеток, а степень и характер отложения красок — от изменения физико-химического состояния клеточных оболочек (напр. изменение заряда оболочек, их уплотнение и т. д.), а также и от возможности перезаряжения самих частиц краски, попытался вводить белым крысам лизат из надпочечника и лизат из печени с 1% раствором трипанблау. При исследовании печени и почек у этих крыс после однократного введения 0,5 см³ лизата, а также после 3-кратного введения лизатов, автор не находил никаких характерных изменений в поверхностных слоях клеток (оболочка), чтобы это сколько-нибудь заметно сказалось на повышении проницаемости и накапливания кислых красок.

Моргенштерн при введении лизата коры надпочечника с 1% трипанблау, а также тестолизата в смеси с 1% трипанблау крысам не заметил ни повышенного, ни преимущественного отложения краски в одноименных органах.

Так как известно, что краска адсорбируется в большем количестве там, где имеется повышенная функция клеток, то Моргенштерн изменил методику эксперимента и вначале вводил только лизаты, а затем через некоторое время лизат в смеси с трипанблау. Однако и в такой модификации эти опыты на крысах с тестолизатом и лизатом коры надпочечника не дали избирательного отложения краски в одноименных органах. На основании этих данных автор приходит к выводу, что преимущественного отложения кислых красок в органах под влиянием одноименных лизатов не наблюдается.

Точно так же Моргенштерн на основании своих экспериментов над крысами и кроликами, которым он вводил различные лизаты и затем изучал морфологические изменения в соответствующих органах и тканях, приходит к выводу о разностороннем и разнообразном эффекте этих лизатов, ничего не имеющих общего с органоспецифическим действием.

Могильницкий и Громов на основании своих опытов приходят к заключению, что специфических для каждого лизата изменений,

как статически-морфологических, так и динамических обнаружить не удалось.

В 1935 г. появилась работа Авербурга, который экспериментировал на лягушках и щенках. Для окраски лизатов он брал в различных разведениях в самом лизате трипанблау, метиленблау и кармин. Для контроля служили вода, окрашенная теми же красками, а также органы и ткани необработанных животных. Инъекции всем животным производились под кожу бедра. Обычно на второй день после последней инъекции животное убивалось и извлекались кусочки для гистологического исследования. Гистологическое исследование производилось на свежих и фиксированных в 20% формалине расщепках (в глицерине). Применяя в опытах тестоллизат, гепатолизат, кардиолизат, маммолизат, пульмонолизат, овариолизат и миолизат Авербург приходит к выводу, что гистоллизаты (по Тушнову) гомоорганоспецифичны, причем главным действующим началом в них, определяющим их гомоорганоспецифичность, является динамическая фракция.

Резкие противоречия, которые имелись у Геңеса и Утевского и у ряда других авторов в опытах с прижизненной окраской на мышах и других животных, Авербург объясняет тем, что для выяснения органоспецифичности лизатов необходимо пользоваться только одной фракцией, состоящей из высокомолекулярных продуктов распада белка—альбумоз и пептонов. Кроме того он рекомендует при приготвлении лизатов из органов выделять из них те клеточные элементы, которые доминируют в данном органе и тогда будет легко доказать их строго специфический эффект. Наконец, он считает важным еще и то, чтобы лизаты готовились из органов того же вида животного, так как видовая специфичность белка должна также приниматься во внимание. Помимо видовой специфичности надо иметь в виду и возрастную специфичность, так как продукты белкового распада, надо полагать, также имеют свои особенности.

На такой же точке зрения отчасти стоит и Сокольников, который считает, что совершенными лизатами, т.е. наиболее терапевтически активными, должны быть такие лизаты, которые получены при помощи естественных тканевых ферментов и от животных, наиболее близко стоящих к человеку. Только при этих условиях мы вправе рассчитывать на присутствие в них специфичных для данных органов стимуляторов пластических процессов.

Машерпа и Каллегари использовали данные, установленные Бенедиктента и Ребелло о том, что тканевые соки органов, полученные выжиманием Бюхнеровским прессом, при контакте с металлическим порошком Fe, Co, Ni, присоединяли металл, приобретающим этим некоторые новые свойства.

Машерпа и Каллегари, металлизировав порошком Co сок из печени, установили, что кобальт, связанный с белком, как синдикатором, всегда отлагался в большем количестве в печени, чем в контрольных опытах с сывороткой. Такие же результаты авторы

получили и с соком легких. Эти опыты, повторенные Лазарисом, как с соком из опухолей мышей, так и с соком легких, мозга, печени мышей, не подтвердили данных Машерпа и Каллегари об избирательном отложении сока органа с кобальтом в соответствующем органе, хотя Лазарис в точности придерживался всех деталей эксперимента по Машерпа и Каллегари.

Все вышеуказанные эксперименты не дают еще права окончательно высказаться относительно прижизненной окраски гомологичных органов при введении лизатов, так как, с одной стороны, они проводились не при одинаковых условиях (на что обращает внимание Авербург), а с другой стороны—только на здоровых животных.

Согласно исследованиям Абдергальдена, однородные органы различных животных с одинаковыми функциями содержат отдельные, сходные между собой виды белка, а потому для медицинских целей могут готовиться гистолизаты из органов животных, а не людей, без особенного ущерба для их терапевтического действия.

Мы воспользовались тем, что больные в нашей клинике подготавливались к операциям предварительным введением овариолизата (овариолизат готовился из яичников коров) и провели ряд наблюдений с прижизненной окраской тканей трипанблэу. Каждая больная получала ежедневно по 1 см³ овариолизата внутримышечно, причем не меньше, чем 6 дней подряд, а затем подвергалась операции. Из таких больных нами была выделена группа (4 больных), у которых менструально-овариальный цикл не был нарушен, но которые нуждались в оперативном пособии в связи с различными формами дислокаций внутренних половых органов (*descensus vaginae et retroflexio uteri, descensus et prolapsus uteri*).

Вводя этим больным ежедневно по 1 см³ овариолизата в течение 6 дней подряд, мы затем вводили внутривенно 10 см³ 1% р. трипанблэу, и через 24 часа больная оперировалась. При вскрытии брюшной полости и при тщательном осмотре повышенного отложения краски в яичниках ни разу не наблюдалось. Вторая группа больных (4 больных) такого же характера получала внутривенно 10 см³ 1% р. трипанблэу не за 24 часа до операции, а за 48 часов, но при вскрытии брюшной полости также не наблюдалось преимущественного отложения краски в яичниках.

Если влиянием лизата мы достигаем активирования намеченного органа, то последний легко должен воспринимать краску, потому что всякий орган при усиленной деятельности отличается повышенным обменом веществ и характерным всасыванием. Отсюда ясно, что в тех случаях, когда орган сам по себе находится в активном состоянии (воспален, гиперемирован, раздражен), он может фиксировать эту краску и без лизатов.

Экспериментальные исследования Зигмунда показали, что клетки, находящиеся в возбужденном состоянии, сильнее вбирают в себя красящие и др. вещества.

Эксперименты Аничкова и его учеников (Окунева, Кузнецовского, Петровского) также показали, что находящиеся уже в состоянии раздражения гиперемизированные клетки организма приобретают способность к усиленному восприятию новых раздражений и к максимальному повышению своей функциональной деятельности.

По мнению Генеса и Утевского, реакцию гомологичного органа при введении лизата можно скорее наблюдать в том случае, если орган поражен каким-либо патологическим процессом, чем тогда, когда он здоров.

Принимая во внимание эти данные, нами была выделена группа больных с фибромиомой матки (4 больных), у которых менструально-овариальный цикл был нарушен. Двум из этой группы трипанблау был введен внутривенно за 24 часа до операции, а другим 2 больным за 48 часов до операции. Каждая из больных предварительно получала по 1 см³ овариолизата на протяжении 6 дней до момента введения трипанблау.

Во всех этих случаях при вскрытии брюшной полости не удалось установить преимущественного или повышенного отложения краски в яичниках, ни макроскопически, ни затем при последующем микроскопическом анализе резекцированного кусочка яичника. Такие же данные нами были получены и у последней группы больных (3 больных) с воспалительными процессами в придатках, страдавших обильными и длительными менструальными кровотечениями. Две больные были оперированы через 24 часа после внутривенного введения 10 см³ 1% р. трипанблау, а 1 больная была оперирована через 48 часов после инъекции краски.

Таким образом, наши наблюдения, проведенные на здоровых (нормальная овариально-менструальная функция) и больных женщинах не подтвердили данных Белоновского и его учеников в смысле отложения в гомологичных органах краски при введении ее с одноименными лизатами.

Литература. 1. Генес С. и Утевский А., Клин. мед. 1933, № 21—23.—2. Румянцев, Клин. мед. 1933, №№ 11—12.—3. Сокольников, Клин. мед. 1934, № 3.—4. Моргенштерн, Клин. мед. 1934, № 9.—5. Могильницкий и Громов, Вестник эндокринологии. 1934, Т. IV, № 3.—6. Авербург, Клин. мед. 1935, № 3.—7. Аничков, Klin. Wochenschr. 1924, № 38.—8. Лазарис Я., Экспериментальная медицина. 1936, № 3.—9. Siegmund, Münch. med. Wochenschr. 1923, № 1.—10. Mascherpa und Callegari, Arch. f. exp. Patol. et Pharm. 1933, Bd. 169 и 171.

Из лаборатории кафедры бактериологии Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (зав. кафедрой проф. Р. Р. Гельтцер).

О применении основной питательной среды из творога для выращивания микробов.

О. В. Гельтцер.

Основным условием пригодности питательной среды для выращивания микробов является присутствие в ней белковых веществ. Исследовательская мысль до настоящего времени шла в направлении замены животного белка растительным. Это мы видим на большом числе германских рецептов, так наз. *Ersatznährböden* (суррогатных сред). С целью найти наиболее полноценную замену животных белков в бактериологических питательных средах, подробно определялся состав многих питательных веществ. Наиболее близкими по своему составу к животным белкам оказались белки сои. Так как соя распространена не во всех районах Советского Союза, русским исследователям пришлось искать других источников сырья, более доступных, чем соя. Научно-медицинским институтом были предложены питательные среды из гороха. Но, повидимому, эти среды оказываются не всегда пригодными (Кальк), хотя бы в виду ограниченности числа получаемых генераций к-р некоторых патогенных бактерий (бац. дизентерии Шига), отсутствия образования пигмента (чудесная палочка).

В поисках замены мяса для приготовления питательных сред мы пошли по несколько иному пути. Не пытаясь исследовать для этой цели какие-либо новые растительные вещества, мы решили использовать другие источники животного белка. Исходя из положения, что молоко является прекрасной питательной средой для роста или сохранения патогенных микробов, проф. Р. Р. Гельтцер предложил использовать его для замены мяса в приготовлении питательных сред. Для этой цели мы остановились на одном из наиболее дешевых молочных продуктов—твороге.

Творог—это выпавший под действием кислоты или фермента казеин молока, перешедший в параказеин, т. е. почти вся белковая субстанция молока. То обстоятельство, что творог по количеству белка является совершенно равноценным мясу, видно из сравнения состава творога и мяса:

Состав в 100/0: 1)	Азот. в.	Жир	Углев.	Золы	Воды
Творог прессов. .	24,8%	7,3%	3,5%	4%	60,4%
Творог тощий. .	14,6%	0,6%	1,2%	0,2%	82,4%
Мясо	21,7%	2,5%	0,5% соли	1,1%	74,3%

1) Взято из монографии под ред. Леонтовича—„Нормальный состав и пищевое значение продовольственных продуктов“. Москва, 1905 г.

С целью наиболее полного использования белковой части творога для питания бактерий мы приготовили из него бульон по типу Готтингера: 1 кг продажного рыночного творога опускался в 1,5 л кипящей воды и кипятился в течение 10 мин., затем творог пропускался через мясорубку, а жидкость охлаждалась до 50°. Измельченный творог и жидкость смешивались в большой бутылки и добавлением углекислой соды (или NaOH) реакция доводилась до ясно щелочной по лакмусу. Затем в бутылку прибавлялось 70 г поджелудочной железы (или 15 г панкреатина) и 20 куб. см хлороформа. Переваривание велось при температуре 40—45°C в течение 3—5 дней.

Измельченный творог превращается в порошкообразный осадок, а жидкость над ним приобретает желтый цвет. Конец переваривания определяется по положительной реакции на триптофан. По установлении положительной реакции на триптофан, все содержимое бутылки выливается в кастрюлю, прибавляется 2 л водопроводной воды и кипятится до полного удаления хлороформа; фильтрация. В случае выкипания—доливание водой до объема 3,5 л; разливка по флаконам, стерилизация при 120°—20 мин. Это основной раствор. Для приготовления бульона основной раствор разводился в 5 раз и прибавлялось 0,5% NaCl. Устанавливается требуемая реакция среды. Приготовленный т. о. бульон по виду ничем не отличается от обычного готтингеровского бульона (светложелтый, совершенно прозрачный).

С целью выяснения возможности заготовки творога, как материала для питательных сред, впрок или для работы в походных условиях, мы приготовили бульон из сухого творога: 250 г высушенного в термостате творога заливались 2,5 л водопроводной воды и оставлялись на холоду на ночь, затем кипячение в течение 10 мин., пропускание через мясорубку и далее все так же, как со свежим творогом в предыдущем рецепте.

На бульоне из творога были приготовлены: агар, агар с 1% глюкозы, бульон в пробирках, бульон с 1% глюкозы, среды Гисса, среда Эндо, кровяной агар, асцитический агар и бульон с кусочками печени.

На этих средах были испытаны следующие культуры: бац. брюшн. тифа, паратифа А, В (Шоттмюллера), паратифа В (Бреслау), кишечная палочка. бац. Гертнера, бац. дизентерии Шига и Флекснер, холерного вибриона, протей, *b. prodigiosus*, сарцины, стафилококка золотистого, *b. perfringens*, *oedematiens*, *histolyticus*, *v. septique*, *b. tetani*, *botulini*, стрептококка гемолитического, бац. сибирской язвы, дифтерии, гонококка и бледной спирохеты.

В отношении аэробных микробов перечисленных видов установлено: рост на косом агаре обычный, подвижность тоже, окраска по Граму—соответствующая. На индолообразование были испытаны на творожном бульоне протей и холерный вибрион. В бульонной 24-час. культуре протей реакция на индол положительна. В суточной культуре холерного вибриона реакция *cholera-rot* положительна. На среде Эндо, приготовленной на

нашем агаре, бациллы брюшного тифа, Гертнера и кишечная палочка дали типичный рост.

На средах Гисса, приготовленных на бульоне из творога, культуры кишечной палочки, протей, бац. брюшн. тифа, паратифа А и В через 24 часа дали соответствующие отношения к сахарам. На бульоне—обычный рост.

Агглютинабельность оказалась совершенно одинаковой с культурами на обычном Готтингеровском агаре. Реакция агглютинации была поставлена на этом агаре с к-рой бац. паратифа В в 5 генерации и с к-рой бац. бр. тифа и бац. Гертнера в 10 генерации.

Культуры всех перечисленных выше микробов получают на средах из творога в непрерывном ряде генераций. Из группы пигментных бактерий на новой среде выращивались нами *b. prodigiosus*, золотистый стафилококк, сарцина и дали обычное образование пигмента. Гемолитический стрептококк на творожном бульоне с глюкозой дает типичный рост; при пересеве на такой же агар с кровью—гемолиз. Бацилл дифтерии на бульоне из творога образует характерную пленку, на косом агаре хорошо растет. Даже такой требовательный к составу среды микроб, как гонококк, прекрасно растет на нашем агаре с асцитич. жидкостью. Бацилл сибирской язвы на агаре дает типичный рост. Лабораторные штаммы анаэробов *b. perfringens*, *histolyticus*, *tetanus*, *botulinus* и *v. septique* дали обычный рост в первые сутки, *b. oedematiens*—на 1—2 сутки, в зависимости от количества посевного материала.

Согласно опытам проф. Р. Р. Гельтцер с выращиванием бледной спирохеты на творожном бульоне с кусочками печени при разведении основного бульона в 3 и 5 раз, все штаммы (I и II Казань и штамм Reiter'a) дали пышный рост.

На токсинообразование была проверена только 7-дневная культура *b. botulinus*, которая дала положительный результат. Микробы на средах из творога так же жизнеспособны, как на средах из Готтингеровского бульона.

В отношении возможности роста микробов кишечнотифозной группы на более чем в 5 раз разведенном бульоне из творога был сделан посев, при разведении основного раствора в 7—10 раз. Получился обычный рост. Нужно сказать, что до сих пор в бактериологической практике употребляется в качестве специальных питательных сред молоко и молочная сыворотка.

В 1925 г. Кристенсеном, Лестером и Юргенсом был предложен бульон из казеина, приготовленный по следующему рецепту: 3 кг казеина (датский препарат с содержанием азота 12,38%) смешиваются с 30 лит. воды. Добавлением нормального раствора NaOH реакция доводится до pH 8,5—9,0. Переваривается панкреатином; затем на каждый 1 кг казеина прибавляется 200 куб. см. концентрированной соляной кислоты, кипятится 5 мин., фильтруется, добавлением NaOH pH доводится до 7,0. Этот основной раствор смешивается с 2-мя частями воды и получается, так наз., индольный бульон, который рекомендуется для испытания на индолообразование. На бульоне из казеина авторы приготовили также агар Конради-Дригальского (1 часть основного раствора+5 ч. воды для получения 2,5% агара).

В 1931 г. продукты переваривания творога были предложены Г. Котовым для замены нутрозы в среде Конради-Дригальского. Среда приготавливалась следующим образом: 1 ч. обычного продажного творога распускается в 3 ч. подогретой водопроводной воды. Остужается до 45°, помещается в бутыл, прибавляется сода до щелочной реакции, панкреатин из расчета 3—5 г на литр и хлороформ 15—20 г на литр. Переваривание в термостате при 37°—4—7 дней, при комнатной температуре—7—9 дней. Окончание переваривания узнается по просветлению и пожелтению жидкости. Жидкость фильтруется через бумажный фильтр, стерилизуется в автоклаве при 120°—20 мин. и прибавляется к среде Конради-Дригальского в количестве 15 куб см на 100 куб. см среды вместо нутрозы.

Дальнейшей нашей задачей является испытание сред на творожном бульоне для изучения антигенных и иммуногенных свойств микробов, применяемых для приготовления вакцин; затем испытание сред при посеве материала непосредственно от больного человека и изучение токсинообразования. Эти опыты будут предметом следующего нашего сообщения.

Выводы: 1) Творог в бактериологической практике для приготовления питательных сред, повидимому, может с успехом заменить мясо.

2) Бульон, приготовленный из творога, при разведении основного раствора в 5 раз, приблизительно в 9—10 раз дешевле Готтингеровского. Это обстоятельство, в случае пригодности творожного бульона для производства вакцин, даст большую экономию средств.

3) Творог, как сырье для приготовления питательных сред, является легко доступным во всяких условиях работы (экспедиционных, военных и т. п.), благодаря своему широкому распространению и возможности заготовления его впрок в любых количествах и на долгое время путем высушивания—самого легкого и дешевого способа консервирования.

Литература: 1. Кальк, ЖМЭИ, т. XVII, в. 3, 1936.—2. Котов, Лаборат. практ., № 4, 1931.—3. Kristensen, Lester u. Jurgens, цитировано по E. Gilde-meistes'y Handb. pathog. Mikroorg. v. Kolle, Kraus u. Uhlenhuth, 1929, Bd. IX.

Из кафедры бактериологии Казанского гос. института усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина (зав. кафедрой проф. Р. Р. Гельцер)

Упрощенный способ выращивания анаэробов в пластинчатой культуре.

В. И. Попов

(Предварительное сообщение.)

Успехи современной анаэробной методики привели к целому ряду практически ценных наблюдений в области диагностики, серотерапии и профилактики анаэробных инфекций.

Задачи создания подходящих условий для метаболических процессов микроба разрешаются применением физических, химических и биологических факторов. Все же эти методы не позволяют достаточно просто и скоро обеспечить проблему выделения анаэроба в чистой культуре, в особенности на Platten.

Лучшим методом для этой цели остается метод Цейссlera, но он требует хорошо и четко работающего вакуум-аппарата, что не всегда доступно каждой лаборатории. Способ Фортнера требует довольно сложной подготовительной работы. Естественно, что целый ряд авторов стремился к упрощению методики выращивания анаэробов применением особой аппаратуры (проф. Аристовский, Мазур и др.), но способы эти еще не получили широкого распространения.

Нами были испробованы все доступные методы выращивания анаэробов. Особенное внимание обратил на себя метод посева *bac. perfringens* между двумя стеклянными поверхностями—перевернутой крышкой и доньшком чашки Петри—метод, предложенный для подсчета колоний *bac. perfringens* в загрязненной воде. Посев в таких условиях давал быстрый рост анаэроба, колонии при этом обладали очень типичным видом при их микроскопировании. Это привело меня к мысли использовать указанный способ для целей выделения чистых культур, исключив те неудобства его, которые связаны с нарушением целостности агара при разобщении стеклянных поверхностей.

В результате дальнейшего изучения поставленной задачи мною совместно с доктором А. А. Марго был разработан следующий метод выращивания анаэробов. Бралось несколько капель чистой к-ры *bac. perfringens* на среде Тароцци, засеивалось на расплавленный виноградно-сахарный агар при $t^{\circ} 55^{\circ}$, после встряхивания посев выливался в чашку Петри и на поверхность еще не застывшего агара опускалось, предварительно прокаленное, предметное стекло. Через сутки пребывания чашек в термостате на агаре появлялся хороший рост типичных колоний *bac. perfringens*, но только в зоне, покрытой стеклом, оставшаяся открытой поверхность агара была без признаков роста.

Для дальнейшего изолирования колоний агар подрезался стерильным ланцетом вокруг предметного стекла, которое пере-

ворачивалось, и колонии с приставшей к стеклу поверхности агара делались доступными для их изолирования.

Полученные таким образом ободряющие результаты с *bas. perfringens* дали нам возможность продолжать опыты с другими патогенными анаэробами: *vibrio septique*, *b. histolyticus*, *b. oedematiens*, *botulinus* и *tetanus*. Посевы велись по нашему методу исключительно на сахарном агаре—рост получался регулярно, давал характерные формы колоний, доступные более детальному изучению под микроскопом.

Здесь мы должны оговориться, что работа велась с лабораторными штаммами, хорошо привыкшими к условиям роста на искусственных питательных средах, хотя ориентировочные опыты посева загрязненного анаэробами материала точно так же дали возможность быстрого получения чистой культуры. Считая наши наблюдения имеющими целый ряд перспектив и могущими приобрести практическое применение, благодаря их простоте и доступности, мы позволили себе выступить с настоящим предварительным сообщением.

Теоретические основания к испытанию лиенолизатотерапии при туберкулезе

В. Ф. Чернышев (Москва).

В связи с успехами лизатотерапии должны быть снова рассмотрены теоретические соображения за применение органопрепаратов при различных заболеваниях.

В отношении лиенотерапии туберкулеза можно говорить не только о теоретических предпосылках, но и об опыте применения различных селезеночных продуктов в терапевтической практике и в экспериментах на животных.

Еще старые клиницисты, руководствуясь чисто эмпирическими наблюдениями, назначали туберкулезным больным в пищу селезенку в том или ином виде. Селезеночная диета при туберкулезе пользуется популярностью у ряда терапевтов и за последние годы (Руттгерс и Камслер, Флигель, Вельдон, Бирштейн и Иконен, Борщевский и др.).

Повидимому, однако, ферментативное воздействие в желудочно-кишечном канале лишает органы продукты их специфичности и уменьшает их терапевтическую активность. Беретта (1932) во избежание ферментативного действия рекомендует для всякой органотерапии ректальный путь. По его опыту введение с клистиром свежей селезенки оказывает благоприятное действие на течение легочного тбк.

Наибольшее применение лиенотерапия туберкулеза нашла себе в виде различных препаратов для парентерального введения—экстракт свиной селезенки (Байль), спленотрат (Маттауш), водный экстракт селезенки (Дельфино, Горнунг), комбинация селезеночной опотерапии с препаратами золота (Камслер).

У нас в Советском Союзе Зильберман и Облогина (1933), Загряцкий (1933) лечили легочный туберкулез лиенином. Белинский в селезеночном экстракте видит хорошее средство для лечения тбк у крупного рогатого скота. Все вышеприведенные авторы указывают на благоприятные результаты при проводимой ими терапии тбк в тех случаях, когда коляпсотерапия была невозможна. Байль, самый настойчивый поборник селезеночной опотерапии тбк, считает даже, что он достигает 100% излечения тбк первой стадии и в 75% на всем его материале (в том числе кавернозной тбк).

К сожалению, в работах преобладают чисто эмпирические наблюдения, хотя и на большом материале, и недостаточный анализ действия селезеночной опотерапии.

О применении лизатов селезенки при тбк пока еще в литературе не имеется указаний. Между тем в основу терапии лизатами кладется не обычный для органотерапии принцип заместительной терапии, а принцип активного воздействия на организм и в том числе активного влияния на одноименный орган или гомологические ткани. Если последнее обстоятельство не является еще безусловно доказанным, то все же в клинической практике, на основании опыта, можно считать принятой точку зрения об относительно специфическом избирательном действии лизатов на однородные или близкие ткани. Конечно, даже априори нельзя себе представить узко избирательного действия лизатов в организме только на один орган, но известная ограниченная избирательность действия тканевых продуктов мыслима теоретически и подтверждена на практике.

После первого Всесоюзного съезда эндокринологов нужно полагать принятой точку зрения, высказанную проф. Сахаровым о действии лизатов на весь организм с «акцентуацией» эффекта на одноименном органе. В этом смысле делаются теперь выводы в многочисленных экспериментальных и клинических работах последнего времени. Действие селезеночных продуктов, а особенно лиенолизата, распространяясь на весь организм, дает, по ряду авторов, «акцентуированный» эффект на ретикуло-эндотелиальную систему. Объяснение этому факту, с нашей точки зрения (на основании нашего экспериментального исследования в Центральном тубинституте, которое будет сообщено), лежит в специфическом изменении ферментативных (протеолитических) свойств сыворотки. С этим согласуются известные работы проф. Богомольца о так называемой «антиретикуло-эндотелиальной» сыворотке. Это цитотоксическая сыворотка животных, иммунизированных эмульсией селезенки и костного мозга. Малые дозы сыворотки, через действие на ретикуло-эндотелиальную систему, ведут к значительной стимуляции соединительнотканного развития в местах поражения тканей.

По Фаерману «селезенка исключительно богата ретикуло-эндотелием и выполняет очевидно значительную часть функций всей ретикуло-эндотелиальной системы и может быть отчасти регулирует деятельность последней». Отсюда важно представление о

значении ретикуло-эндотелиальной системы и самой селезенки при тбк.

С положительной и многосторонней ролью РЭС в иммунитете при тбк мы подробно знакомимся в работе Г. Платонова (Борьба с тбк, 1933). Иностранные авторы Виганд и Гейтц вместе с Адлером и Рейманом видят причину прогрессирования тбк в декомпенсации ретикуло-эндотелиальной системы. Это положение поддерживается рядом экспериментальных работ. Блокирование ретикуло-эндотелиальной системы тушью или красками ухудшает течение туберкулеза у животных (Кересцтес, Фортунато, Костырко и Кересцтес и др.).

Точно так же удаление селезенки способствует прогрессированию туберкулеза (Бремер у больных, Зубин и др. в эксперименте на животных). Вообще известно, что удаление селезенки ведет к снижению резистентности организма к различным инфекциям (Кричевский, его сотрудники и др.). С удалением селезенки падает выработка иммунтел (Шредер, Кауфман, Бочкарев и Чернозатонская и др.). С другой стороны, при туберкулезе как в эксперименте на животных, так и у больных в клинике отмечают понижение функции ретикуло-эндотелиальной системы. Чем выраженнее туберкулез, чем тяжелее его течение, тем ниже функция РЭС. В частности резко снижается адсорбционная и фагоцитарная способность ретикуло-эндотелиальных клеток (Виганд и Гейтц, Гейманн, Гейтц, Виленский, Плисецкий, Шаврова, Музыка). Это находит отчасти свое объяснение в патолого-анатомических данных. Безансон при хроническом тбк находит атрофическое состояние селезенки, Любарш отмечает, что селезенка и ретикуло-эндотелиальные клетки у погибших от тбк заняты гемосидерином от 72,5% до 82,6% при разных формах тбк. Таким образом РЭС как бы блокирована железом-содержащим веществом. В этой связи интересно вспомнить утверждение Тушнова, что «лизаты препятствуют блокаде РЭС, а в заблокированной системе открывают ее».

Функциональное значение самой селезенки многообразно и выпадение отдельных ее функций может весьма существенно сказаться на развитии туберкулезного процесса. Повидимому существует тесная функциональная связь между селезенкой и легкими. Бремер, вслед за операцией удаления селезенки у 8 из 11, наблюдал послеоперационные пневмонии. Широкогоров пишет: «все случаи смерти, последовавшей спустя несколько месяцев после спленектомии у маляриков, бывшие у нас на секционном столе, произошли от крупозной пневмонии».

С другой стороны, благоприятный исход пневмонии в значительной мере зависит от функции селезенки, так как с ее помощью организм компенсирует недостаток окислительных процессов (Леон Бинэ). Вопрос об отношении селезенки к органам эндокринной системы является еще, можно сказать, «белым пятном» в наших знаниях о ней.

Очень демонстративны данные, которые показывают влияние функции селезенки на состояние щитовидной железы (Щедровицкий и Зельцер (1932), Куковеров (1934), Лагов, Казаков, Гаспари-

ни (1933), Л. Ашер (1935), Фельдер (1934) и др.). Внешне это влияние сказывается антагонистическим образом. Известно, какое большое место занимает дисфункция щитовидной железы при тбк.

Переходя к данным, полученным разными авторами при парентеральном введении селезеночных продуктов, и в особенности лиенолизата, мы укажем, что отмеченные изменения могут рассматриваться как благоприятные с точки зрения влияния на туберкулезный процесс, с одной стороны, и, с другой стороны, они подтверждают концепцию о действии селезеночных продуктов на ретикуло-эндотелиальную систему.

Так, по данным Егорова, введение лиенолизата повышает фагоцитарную способность клеток крови, что не выражено в такой степени при введении других лизатов. Белоусова и Татарский, исходя из намерения активировать ретикуло-эндотелиальную систему, вводили лиенолизат животным при иммунизации их брюшным тифом и получали усиление и ускорение выработки антител. Экспериментальные работы Руфимского дают прямые указания на влияние лиенолизата на ретикуло-эндотелиальную систему (гистологические данные, удлинение жизни при заражении животных сибирской язвой и при введении дифтерийного токсина). Хрусталев считает, что характерной реакцией на однократное введение лиенолизата является рост лимфоцитов в крови.

По данным наших опытов (проведенных в патологическом отделении Центрального тубинститута), у морских свинок и кроликов при длительных систематических инъекциях лиенолизата, как у здоровых, так и зараженных туберкулезом, наступает через 3—4 недели резкий лейкоцитоз с выраженным ростом процента лимфоцитов за счет снижения процента сегментоядерных лейкоцитов. В опытах с морскими свинками мы получили задержку развития тбк, вводя в течение нескольких месяцев лиенолизат (через день по 0,5 см³ в разведении 1 : 10). При введении малых доз (по 0,5 см³ разведения 1 : 250) развитие туберкулеза принимало резко фиброзный характер с обильным развитием рубцовой соединительной ткани в местах поражения, в то время как у контрольных животных туберкулез имел экссудативно-казеозный характер, обычный для экспериментальных животных. При остром, быстро прогрессирующем тбк лиенолизат не оказывал заметного влияния.

Обращаясь к различным экспериментальным работам по испытанию селезеночных продуктов, мы видим как они согласуются между собой, и сочетанное представление их рисует нам довольно полную картину. Камслер, добавляя селезеночный экстракт к туб. культуре на Гоновской среде, на 5-й день получал смерть бацил. Рише видел потерю вирулентности БК от прибавления к ним селезеночного экстракта, а Фонтес — от вытяжки из лимфатических желез. Байль, Шредер отмечали развитие соединительной ткани при введении селезеночных экстрактов туберкулезным животным. Каррель находил, что добавление селезеночного экстракта к тканевой культуре *in vitro* активизирует рост соединительной ткани. В больших опытах на животных Халецкая показывает, что селе-

селезеночный экстракт задерживает развитие экспериментального рака за счет усиления соединительнотканного развития. Уже упоминалось о стимуляции соединительной ткани антиретикулоэндотелиальной сывороткой Богомольца.

Наконец, интересно отметить недавние работы Коздоба, в которых мы видим, что введение селезеночных продуктов ускоряет заживление ран у животных и у человека как при первичном натяжении, так и при гнойных ранах. Гистологические исследования показывают, что дело здесь—в развитии соединительной ткани. При удалении селезенки заживление раны замедляется из-за недостаточного развития рубца. О значении потенции соединительной ткани при тбк говорить не приходится. Закрытие дефектов без интенсивной соединительнотканной реакции немыслимо.

Все имеющиеся в литературе теоретические данные о действии селезеночных продуктов не могут быть освещены в кратком очерке. Из приведенного выше уже с достаточной убедительностью вытекает желательность испытания селезеночных продуктов, особенно лиенолизата, при туберкулезе, где функция ретикуло-эндотелиальной системы и состояние репаративных процессов часто имеют решающее для исхода болезни значение.

Однако перенесение в клинику экспериментальных данных не так просто. Серьезным затруднением кажется то обстоятельство, что лиенолизат является продуктом белкового происхождения. Он не содержит цельного белка, но состоит на ряду с глубокими продуктами белкового распада также из высокомолекулярных фракций.

Противопоказания к протеинотерапии туберкулеза заставляют при всей желательности убедиться в терапевтических свойствах лиенолизата отнестись к нему с осторожностью, особенно в случаях свежего туберкулеза.

Проведенные нами клинические испытания (в Центральном тубинституте; диссертация) в общем показали, что лиенолизат не обладает раздражающими свойствами, присущими белкам (в дозах до 1,5 г через день, внутримышечно). При разных формах легочного тбк, проводя лиенолизатотерапию в течение месяцев, мы не получали ни местной, ни общей, ни очаговой реакции, которая бы могла рассматриваться как ухудшение процесса.

Суждение о результатах терапии тбк не так легко, поэтому мы, получая в общем благоприятное впечатление, высказались только в предварительной форме и не рекомендуем лиенолизата для широкого практического применения. Дальнейшее же испытание его в клинических условиях весьма желательно, что послужит темой и нашей дальнейшей работы.

Выводы: 1. По литературным источникам и по нашим данным следует считать показанным дальнейшее изучение влияния селезеночных продуктов при тбк.

2. Лиенолизат не обладает раздражающими свойствами, присущими белкам, и поэтому может быть применен при туберкулезе.

Из клиники горла, ушей и носа Пермского мединститута.

Из практики бронхо-эзофагоскопии

Проф. Б. Н. Лебедевский

Метод эндоскопического исследования трахеи, бронхов и пищевода является ценнейшим приобретением современной ларингологии и одним из лучших ее украшений. Он достаточно разработан и вошел, вернее, входит в быт рядового ларинголога. Казалось бы, что при этом положении излишне затрагивать еще раз тему о бронхо-эзофагоскопии (б.-э). Тем не менее необходимо считать, что вопрос этот, во-первых, является достаточно актуальным, особенно сейчас, когда б.-э. начинает проникать в практику врача периферии (правлением РОЛО эта тема рекомендована для районных научных конференций), а во-вторых, даже в технике б.-э., т. е. в наилучше разработанной части вопроса, не сказано еще последнее слово (нижняя, верхняя бронхоскопия или прямая ларингоскопия у детей при ин. телах трахеи). Поэтому взаимный обмен б.-э. опытом надо считать желательным.

Советская ларингология получила скудное наследство в отношении популяризации б.-э. Достаточно указать хотя бы на то, что в монографии Венгловского 1915 г. („Повреждения и заболевания пищевода“) нет даже упоминания об инструментарии Брюнинга. Б.-э. была методом привилегированным и применялась лишь в клиниках и некоторых больших больницах. Обусловлено это было, конечно, рядом объективных причин—единичные лор-клиники, не было ларингологов, не было инструментария. Но нельзя обойти молчанием и некоторые моменты субъективного порядка. Мне кажется, что сюда надо отнести взгляды основоположников б.-э. и крупных современных ларингологов на чрезмерную сложность прямого исследования трахеи и пищевода, на чрезмерную трудность этого метода, на его малую доступность.

Джексон считает за противопоказание к б.-э. неловкого, неуклюжего эзофагоскописта. Белинов придерживается подобного же взгляда: „б. и э. представляют, может быть, один из труднейших и деликатнейших искусственных приемов, которыми может владеть врач. В этом искусстве больше, чем где бы то ни было, имеет значение индивидуальная ловкость, сообразительность, талант и темперамент оператора“.

Этот ореол недоступности, сложности метода не может не препятствовать внедрению ценного диагностического и терапевтического приема в практику рядового ларинголога и хирурга. Доступность б.-э. лимитируется каким-то пределом, определяемым врожденными качествами оператора.

Так ли это? Ведь каждое хирургическое вмешательство также предъявляет определенные и не малые требования к хирургу, его индивидуальной ловкости, сообразительности, таланту и темпераменту. И не хочется думать, чтобы врач, овладевший с успехом лапаротомией, цистоскопией и другими оперативными приемами, не мог бы освоить с успехом б.-э. Необходимо соблюдение лишь одного условия—тщательная методическая подготовка: „достать инструментарий и думать, что пользоваться им можно без достаточных знаний и навыка, это значит испытать ряд неудач и разочарований... Б. и э., выполненная технически правильно и умелой рукой, не является опасной“ (Киллиан).

В условиях нашей действительности изучить элементы б.-э. нетрудно, т.к. этот метод широко применяется во всех лор-клиниках и лор-отделениях больниц Союза, а недостатка в инструментарии не должно ощущаться в связи с налаженным отечественным производством его.

Чем объяснить как не слабой еще популяризацией б.-э. следующий факт: в коллекции лор-клиники Пермского мединститута имеется инородное тело (половина скорлупы лесного ореха), легко удаленное из глубокого отдела правого главного бронха 32-летнего мужчины. Диагностика не представляла затруднений. Больной являлся носителем ин. тела в течение 1½ месяцев (ист. бол. № 476, 1936). Лишь через 1½ месяца с начала болезни лечащий врач вспомнил о бронхоскопии!

Метод прямого исследования дых. путей и пищевода действительно требует большей его популяризации в широких врачебных массах. В каждом нужном случае, а не как исключение или крайняя мера, больной должен быть направлен лечащим врачом в ближайший б.-э. пункт.

Естественно и понятно, что причиной, обуславливающей задержку ин. тела в пищеводе, является несоответствие между размерами ин. тела и просветом пищевода: чаще застревают большие ин. тела. Естественно также, что предмет с острыми краями имеет полную возможность задержаться в пищеводе, зацепившись своими остриями за стенку пищевода. Но и какие-то другие моменты, не всегда нам ясные, обуславливают застревание ин. тела.

Примеры: трехлетний мальчик проглотил двухкопеечную монету (диаметр 2,3 см), монета без особых затруднений прошла весь ж.-к. тракт и выделилась рег ани; десятилетний мальчик, кушая компот, подавился семечком урюка (длина 1,7 см), застрявшим на втором сужении пищевода и потребовавшим для удаления его эзофагоскопии. Не только размеры и форма ин. тел решают вопрос о механизме застревания их в пищеводе.

Если при подозрении на ин. тело пищевода отмечаются усилившиеся за несколько дней объективные признаки осложнения—боли по ходу пищевода, особенно ощутимые при проглатывании пищи или слюны, повышение температуры, запах из рта,—то вопрос о показаниях к эндоскопии решается здесь просто и бесспорно: эзофагоскопия действительно необходима. Вмешатель-

ство в этих случаях сопровождается нередко приятным для оператора сознанием исключительной рациональности его (вмешательства).

Примеры: эзофагоскопия на 3-й (женщина 47 лет), и на 4-й день болезни (женщина 49 лет), в том и другом случае при удалении рыбных с острыми краями костей выделился в просвет пищевода гной (до чайной ложки) из абсцесса, видимо, в стенке пищевода. В ближайшие за этим дни быстрое исчезновение всех болезненных симптомов. В острых и диагностически ясных случаях вопрос о вмешательстве также просто решается в пользу эзофагоскопии.

Затруднения и сомнения вызывают т. наз. „парадоксальные“ случаи (Хилов) и именно те, где ин. тело сопровождается слабо выраженными симптомами. Приходится иногда поражаться, насколько мало может дать себя чувствовать ин. тело.

Мужчина 53 лет, несколько часов назад подавился костью камбалы; субъективно—слабые, при глотании, болезненные ощущения в горле; при ларингоскопии—крупная кость одним краем упирается в переднюю стенку гортани на уровне почти ложных связок, другой конец ее, перекидываясь через черпал, скрывается в устье пищевода; без анестезии кость захвачена гортанными щипцами (обратная ларингоскопия)—никакого намека на рвотный или кашлевой рефлекс; кость оказалась дугообразно изогнутой, длиной 5,4 см.

В этом случае ларингоскопия дала исчерпывающие диагностические данные.

А как поступать при более глубокой локализации ин. тела в пищеводе? Эндоскопировать или выжидать?—Женщина, 42 лет, жалуется на то, что сегодня подавилась костью крупной рыбы и, как-будто, ощущает сейчас боли в горле при проглатывании твердой пищи; объективных признаков ин. тела не определяется. Эзофагоскопия; из верхнего отдела пищевода удалена рыба с острыми краями кость размерами 2,0×0,8 см.

В случаях ин. тел пищевода осложненных, а также диагностически ясных, острых показана немедленная эзофагоскопия. *Рассценивая это вмешательство, выполненное технически правильно, неопасным для больного, надо считать его показанным во всех случаях малейшего (анамнеза) подозрения на ин. тела, наиболее застревающие в пищеводе.*

Из различных положений больного при операции б.-э. надо считать наиболее удобным положение „лежа на животе.“ И не потому только, что оно удобно для исследующего и „облегчает задачу для менее опытных, т. к. при этом условия введения трубки остаются приблизительно теми же, как и в привычном сидячем положении.“ (Воячек). Особенно выгодно положение „лежа на животе“ тем, что оно позволяет почти не прибегать к помощи отсасывателя, значительно суживающего и без того малое операционное поле и усложняющего операцию. На 56 эндоскопий за 1935/36 уч. год нами лишь в одном случае был

применен отсасыватель для удаления гнойных скоплений через бронхоскоп у бронхоэктатика. Во всех остальных случаях даже при затянувшейся операции была нужна лишь в нескольких ватных тампончиках для осушения пищевода или бронха. Устраняя возможность затекания слюны в пищевод или скопления ее во рту больного, положение „лежа на животе“ является наилучшим.

Значительно облегчается удаление инородных тел трахеи у детей применением метода прямой ларингоскопии. Операция подкупает своей простотой и отсутствием осложнений. В Перми мало ин. тел трахеи по понятным причинам: мало арбузов, тыкв, нет подсолнухов—а семена этих растений представляют собою подавляющее большинство ин. тел трахеи. За год было зарегистрировано клиником 4 баллотирующих арбузных семени в трахее детей возраста 1 г. 3 м., 2½, 3 и 5 лет. Во всех этих случаях удаление было легко произведено методом прямой ларингоскопии без анестезии в положении больного „лежа на животе“ (инструментарий—шпатель и осветитель Брюнингса). Никаких осложнений. Простота метода подкупила нас и в случае ин. тела (3-х коп. монета) пищевода у ребенка 2½ лет.

Оказалось, что при отдавливании надгортанника шпателем для прямой ларингоскопии устье пищевода в момент глубокого вдоха зияет, что позволило хорошо видеть ребро ущемленной в верхнем отделе пищевода монеты, захватить ее ложечкообразными щипцами и удалить. Прямая ларингоскопия, как оперативный прием при удалении подвижных ин. тел трахеи у детей, заслуженно должна встретить со стороны ларинголога всяческое сочувствие.

Из хирургического отделения Плетеневской рабочей б-цы
(зав. отд. проф. Домрачев).

Случай двойной самоампутации червеобразного отростка слепой кишки.

Г. И. Мухамедьяров.

О самоампутации червеобразного отростка в доступной мне литературе имеются скудные данные. Мощицкий в 1925 г. насчитал 18 опубликованных случаев плюс 2 своих случая. В 1930 году Панкратьев описал два собственных случая. К опубликованным наблюдениям надо причислить наш случай.

Больной Р., 35 л., инженер-дорожник, поступил в хирургическое отделение Плетеневской рабочей больницы 25/XI 35 г. по поводу хронического аппендицита. Анамнез: жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, плохой аппетит и запоры. Впервые заболел в 1928 г. Боли разлитого характера по всему животу, больше справа, рвота, высокая температура, по поводу чего больной находился в постели в течение 10 дней. Врачом констатирован острый аппендицит. Лечение консервативное. С этого времени боли то появлялись, то утихали, причем в последнее время боли усилились. Болезни детства: корь, воспаление легких. В 1921 г.—сыпной тиф. Венерические болезни отрицает. Не курит и не пьет. Холост.

Больной среднего роста, телосложения правильного; питание удовлетворительное. Пульс 80, сердце и легкие в пределах нормы. Живот не вздут. При пальпации имеется болезненность в точке М. Burney'я. Нерезкий *defens musc.* справа. Печень и селезенка не прощупываются. Кровь: лейкоцитов 9200.

27/XI 35 г. больному под местной анестезией по методу проф. Вишневского произведена операция (оперировал проф. Домрачев). Разрезом по М.-В. вскрыта брюшная полость; по вскрытии брюшины обнаружено соесит спайках; спайки разъединены. Отростка на месте не оказалось, на его месте имеется небольшой рубец. В трех сантиметрах от слепой кишки медиально к пупку обнаружена подвижная жировая ткань с ясновыраженными, хорошо развитыми сосудами (остаток брыжейки червеобр. отростка), при препаровке которой найдены 2 сильно измененные отрезка отростка слепой кишки, сидящих на фоне этой брыжейки, причем друг с другом эти 2 отрезка непосредственной связи не имеют, а только с сосудами брыжейки. После изолирования от сосудов отрезки удалены. Кисетный шов на основании отрезка вокруг рубца. Рана зашита наглухо. Рана зажила *per primam*. Больной 8/XII выписался домой в хорошем состоянии.

Удаленные отрезки (длина одного 2 1/2 см, ширина 1 1/2 см, второго—2×1) подвергнуты гистологическому исследованию проф. Васильевым. Просвет облитерирован совершенно. На месте слизистого и подслизистого слоев сплошная грануляционная ткань, превратившаяся во многих местах в волокнистую рубцевую ткань. Слизистая в состоянии атрофии, местами превращается в волокнистую ткань.

На основании клинической картины и данных патолого-анатомического исследования мы думаем следующим образом объяснить наш случай: самоампутация произошла в момент острого приступа, бывшего у б-ного в 1928 г., сопровождавшегося некрозом стенок отростка у его основания и в середине, что и дало повод к образованию двух изолированных друг от друга отрезков.

Из клиники неотложной хирургии Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (зав. проф. Г. М. Новиков).

К казуистике внутренних грыж брюшной полости.

Ф. Я. Благовидов.

Несмотря на накопившийся практический опыт и исчерпывающее описание грыж брыжейки поперечно-ободочной кишки в новейшей литературе (Менего и Бардеско), все же остается еще много неясного в патогенезе этого заболевания. Внутренние грыжи брюшной полости в подавляющем большинстве случаев являются лишь случайной находкой во время операции. Встретившийся в нашей практике больной с внутренней грыжей брюшной полости несомненно заслуживает того, чтобы напомнить об этой разновидности „острого живота“.

Больной Мухамажанов М, 24 лет, рабочий совхоза, поступил 11/II 36 г. с диагнозом хронической непроходимости. Заболел 2/II после тяжелой работы (копка земли). Придя домой, почувствовал боли внизу живота схваткообразного характера. Была рвота. Стула не было, газы не отходят. Так продолжалось два дня, после чего появился жидкий стул раза два в сутки. Боли стали менее резкими, но временами обострялись. Рвота прекратилась. Б-ной работать не мог, что и заставило его обратиться за помощью. Год назад у больного также были приступы острых схваткообразных болей, продолжавшиеся в течение 1 месяца, которые затем прекратились, но в дальнейшем обострялись под влиянием тяжелой физической работы.

Б-ной удовлетворительного телосложения и питания. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы не отмечается. Пульс 68, ритмичный, среднего наполнения. Живот вздут, имеет форму усеченного конуса, вершиной обращенного к тазу. При пальпации—незначительная ригидность и болезненность в правой подвздошной области. Прощупывается опухоль колбасообразной формы плотной консистенции в правой подвздошной и в подчревной областях. Опухоль вяло перистальтирует. Симптом Валя положительный.

Поставлен диагноз—кишечная непроходимость. Предложена операция. Под местной инфльтрационной анестезией по Вишневскому вскрыта брюшная полость (д-р Благовидов). В рану выступила переполненная калом S-образная кишка. Поперечно-ободочная кишка раздута. При потягивании последней обнаружено отверстие в брыжейке слева от позвоночного столба диаметром 7—8 см с гладкими краями из дупликатуры брыжины. В области верхнего края отверстия прощупывается пульсирующий сосуд—средняя ободочная артерия. Отверстие выполнено свободными петлями тонких кишок. Они располагаются в кармане, передняя стенка которого образована брыжейкой поперечно-ободочной кишки. Заднюю стенку кармана образует передняя поверхность левой почки. Сверху петли кишок прикрыты большим салником, прикрепленным к реберной дуге. У нижнего края отверстия идет терминальный участок подвздошной кишки, вдающийся в слепую кишку. Желудочно-ободочная связка слабо развита, представляет лишь полоску шириной в 0,5 см; от свободной поверхности поперечно-ободочной кишки идет соединительнотканый тяж толщиной в 0,5 см, припаянный к брыжейке толстой кишки, снизу и сзади огибающий подвздошную кишку и S-образную кривизну и прикрепляющийся к передней брюшной стенке в правой подвздошной области. S-образная кривизна ущемлена. Слепая кишка и прилежащая часть подвздошной кишки отечны от сдавления растянутой S-образной кривизны. Тяж с трудом отделен. Обильное лагениматозное кровоотечение из денудированной поверхности бр. толстой кишки остановлено пересадками кусочков салника. После освобождения S-образной кривизны весь толстый кишечник свободно и легко выводится из брюшной полости. Обычных связок в области печени и селезенки нет, и толстые кишки занимают всю брюшную

полость, будучи отделены от места расположения тонкого кишечника указанным выше отверстием в брыжейке поперечно-ободочной кишки. Отверстие в брыжейке ушито. Слепая кишка и подвздошная кишка подшиты к краю отверстия брыжейки. Шов—наглухо. У больного в послеоперационном периоде была пневмония и гнойный плеврит. Выписан через два с половиной месяца в удовлетворительном состоянии.

Наш случай ясно выраженного кармана в брыжейке поперечно-ободочной кишки, вместившего весь тонкий кишечник, приходится трактовать как внутреннюю грыжу брюшной полости—именно как крайнюю разновидность кармана Трейца. Гушке и Трейц—авторы, сыгравшие видную роль в выяснении анатомии, патогенеза и классификации форм *recessus duodeni—jejunalis*. Более подробный анализ патогенеза и клиники грыж поперечно-ободочной кишки принадлежит Менегго и Бардеско, которые дают описание нескольких форм в зависимости от участия в образовании их поджелудочной железы, поперечно-ободочной кишки, желудка и связок этих органов.

В настоящее время в мировой литературе опубликовано 59 случаев грыж брыжейки поперечно-ободочной кишки, причем на долю русских авторов приходится всего 6 случаев,—наш случай является 7-м.

Вопрос о происхождении отверстий в брыжейке кишок освещается различными авторами неодинаково. Теория эмбрионального происхождения объясняет возникновение отверстий либо непропорциональным ростом брыжейки по сравнению с быстро растущим кишечником (Пруц) либо отсутствием вторичных сращений между пристеночной брюшиной и частью первичной брыжейки толстой кишки (Трейц). Теория прижизненного происхождения объясняет возникновение отверстий рассасыванием брюшины на почве атрофических процессов вследствие плохого снабжения сосудами (Рейнгард, Федершмидт). Последний автор утверждает, что дефект в брыжейках есть проявление атавизма и большею частью встречается у животных. Третья теория—это теория предсуществующих отверстий в брюшине (Эндерлен, Гассер). Наконец, 4-я теория объясняет образование отверстий травматическими моментами (Гессе, Симпсон, Стронг).

В нашем случае, несмотря на наличие петель кишок в отверстии, ущемления не произошло. На возможность подобного рода нахождения петель тонких кишок в брыжеечном отверстии без ущемления—указывают опыты Орлова. В искусственно-образованные отверстия брыжейки собак он вводил петли кишок и, несмотря даже на повороты кишок на 180° вокруг оси, явлений непроходимости не получал (Харитонов). Это подтверждает и материал Шумахера, описавшего 19 случаев внутренних грыж. Из этого числа он оперировал только в пяти случаях, остальные же 14 случаев представляли лишь находку на аутопсии. Два случая Огнева также есть случайная находка. Кроме внутренней грыжи брюшной полости у нашего больного мы наблюдали рубцовый тяж, шедший от свободной поверхности поперечно-ободочной кишки к передней брюшной стенке в правую подвздошную область. Он и был причиной непроходимости у

нашего больного. Указанный рубцовый тяж, интимно спаянный с брыжейкой поперечно-ободочный кишки, приходится рассматривать как тяж, получившийся в результате бывших воспалительных изменений в кишках—подобно Леновским тяжам.

Переходя к клиническому рассмотрению нашего случая, необходимо отметить, что диагноз наш был верен только в предположении наличия непроходимости—причина же ее для нас до операции была неясна. Обнаруженная внутренняя грыжа для нас была лишь сюрпризом. Все авторы отмечают затруднительность диагностики внутренних грыж брюшной полости, которые протекают с симптомами либо непроходимости, либо язв желудка.

Из диагностических методов распознавания, кроме методической пальпации (Образцов), существенным является рентгеноскопия. В отношении техники операций—единого мнения нет. Каждый хирург, сообразно особенностям случая, оперирует по-своему, но все же, в конечном итоге, техника сводится к ушиванию и возможной пластике дефекта брыжейки, что мы и сделали у нашего больного. В большинстве случаев прогноз является довольно благоприятным и зависит от времени вмешательства. Так, по статистике Науна, операция в первые 2 суток дает 67—77% выздоровления, через 3 суток—50% и позднее—34%. Прутс из 16 больных потерял 8—50% (Огнев).

Из Чувашского института охраны материнства и младенчества, гор. Чебоксары
(дир. проф. П. В. Занченко).

Случай задержания костей плода в полости матки после аборта в течение шести лет.

Г. А. Гутман.

Случаи с длительным задержанием костей плода в полости матки после аборта описаны многими авторами. Бумм сообщает случай задержки костей трехмесячного плода, пролежавших полтора года после искусственного аборта. Талер описывает трехмесячное задержание костей плода после искусственного выкидыша, Мейер-Ругге—задержку костей трехмесячного плода в течение 16 месяцев после искусственного аборта. Флешлейн сообщает такой же случай, что и М. Ругге. В случае Лацко кости шестимесячного плода пролежали после выкидыша 6 лет. Пролежавшие в течение трех лет кости пятимесячного плода обнаружил Гисс. Маллебрейн нашел в матке кости 6-месячного плода, пролежавшие в ней в течение 11 лет после искусственного аборта.

Л. Я. Цейтлин описывает следующий случай. Крестьянка, 40 лет, поступила 20/1 1922 г. с жалобами на бели, боли в животе, общую слабость и обильное кровотечение, беспокоящие ее в продолжение полутора лет; многогрозавшая (8 нормальных родов и один самопроизвольный выкидыш); выкидыш произошел на 5-м месяце беременности 5 лет назад; последние полтора года месячные стали появляться чаще, продолжаясь по 8—12 дней и перемежались кровоте-

ниями, не связанными с менструациями; 6 месяцев до поступления больной было произведено выскабливание по поводу кровотечений, но облегчения не наступило. Объективное исследование дало следующую картину: *cicatrix post rupturam perinei II, descensus vaginae post., матка в положении retrofl. mobil., слегка увеличена (соответствует полутора месяцам беременности), плотной консистенции, поверхность ее слегка бугриста, шейка плотная, зев закрыт, влагалищная ее часть и своды—нормальные. Д и а г н о з: Fibromyomatosis uteri.*
О п е р а ц и я: *Exstirpatio uteri per vaginam.*

По разрезе матки обнаружено: зловонное отделяемое в полости матки, полость матки слегка увеличена и в ней кости 5-месячного плода; слизистая матки атрофична. Размеры матки: длина 9 см, шир. 5 см, толщина стенки $2\frac{1}{2}$ и шейки—2 см. При микроскопическом исследовании стенки тела матки найдено: резкое преобладание соединительной ткани над мышечной, волокна соединительной ткани утолщены и гиалинизированы, сосуды утолщены и гиалиново перерождены.

П. Я. Лельчук описал шесть случаев задержки в течение длительного периода в полости матки зародышевых хрящей; случай Лельчука интересен тем, что находившиеся в полости матки посторонние тела не помешали новой беременности: во всех случаях Лельчук обнаружил плодовые хрящи случайно, во время искусственного прерывания беременности.

Мы обнаружили в полости матки (удаленной по поводу с. а. colli uteri) задержание костей плода в течение шести лет.

14/XII 1927 г. в клинику Ирк. гос. ун-в. поступила крестьянка (ист. бол. 158) 42 лет, замужняя. Жалобы при поступлении: не обильные, без сгустков кровотечения в течение последних 3-х месяцев, со светлыми промежутками раз в три по 3—7 дней. Первые менструации появились на 16-м году, их тип установился сразу—через 4 недели, по 3 дня, не обильные, без болей и сгустков, 6 лет назад после последнего аборта в течение 3-х месяцев тип месячных изменился—они стали приходить через 2—3 недели, по 5—6 дней, сгустками, обильные и без болей; нормальный тип месячных восстановился после сделанного выскабливания; последние нормальные *menses* 3 месяца назад. Начало половой жизни на 18-м году. В течение последних 5 месяцев идут бели белого, а иногда зеленого цвета, без запаха, не обильные. Год тому назад в течение одной недели были схваткообразные боли внизу живота. Беременностей всего 12, из них 9 срочных родов (все роды и послеродовые периоды протекали нормально, первые роды 23 года назад, последние 9 лет назад) и 3 искусственных аборта (последние 3 беременности). Первые два аборта делались при полуторамесячной беременности, после них осложнений не было. Последний, третий аборт, производился на 5-м месяце беременности 6 лет назад. После него, как уже указывалось выше, появились изменения и типа месячных, вследствие чего понадобилось через 3 месяца повторное выскабливание полости матки и тип месячных установился. Работа кишечника и мочеиспускания нормальны. Плохую наследственность отрицает; муж здоров.

Больная правильного телосложения, питания удовлетворительного. Легкие и сердце нормальны. Наружные половые органы развиты нормально, на промежности рубец после разрыва второй степени; опущение передней и задней стенки влагалища; конфигурация шейки изменена выступающим из цервикального канала плотным и бугристым телом, величиной с голубиное яйцо, кровоточащим при ощупывании; тело матки в *anteflexio dextroversio*; придатки не прощупываются; правая боковая стенка влагалища в области свода уплотнена и инфильтрирована; крестцово-маточные связки уплотнены. Д и а г н о з: *Cancer colli uteri.*

24/XII 27 г. под спинномозговой анестезией операция: *Exstirpatio uteri cum adnexis lateris utriusque modo Wertheim et appendectomia.* Д и а г н о з *sub operatione: Ca. colli uteri, salpingitis et degeneratio cystica ovarii d., tumor tuboovarialis sin., perimetritis adhesiva post. et perisalpingoophoritis bilateralis.*

В послеоперационном периоде незначительное нагноение кожной раны и уплотнение клетчатки слева. Больная была выписана из клиники на 21-й день в удовлетворительном состоянии.

Удаленная матка была разрезана по передней стенке, и в ее полости на задней стенке на 3 мм выше области внутреннего зева обнаружены расположенные одна за другой девять мелких косточек; косточки легко отделились одна от другой и по отделении самой нижней косточки на слизистой матки обнаружено вдавление (10×5 мм).

Профессор анатомии Н. Д. Бушмакин нашел, что мы имели дело с покровными костями черепа плода в начале пятого месяца его развития: 1 лобная косточка, 1 затылочная, 2 теменные и 5 косточек, представляющих частицы различных костей. Для микроскопического исследования были взяты кусочки из стенки матки—1) в области дна, 2) на некотором расстоянии от места расположения костей, 3) граничащей с косточками и 4) в области вдавления.

Микроскопическое строение стенки матки, не прилегающей к вдавлению, представляет следующую картину: слизистая—покровный эпителий выражен хорошо, незначительное количество расширенных желез, железы большей частью расположены в базальном слое слизистой, строма слизистой отечна, значительное количество равномерно разбросанных клеток мелкоклеточковой инфильтрации, просветы сосудов и капилляров расширены, стенки сосудов утолщены; мыш. слой—обильное разрастание соединительной ткани, сосуды с утолщенными стенками и с расширенными просветами. Микроскопическая картина стенки матки, непосредственно прилегающей к вдавлению как сверху, так и снизу: слизистая—желез мало, просветы их расширены, лежат они поверхностно; чем ближе к вдавлению, тем желез обнаруживается меньше, и приближенно на один мм от вдавления они исчезают совсем, клетки мелкоклеточковой инфильтрации располагаются отдельными группами, капилляры и сосуды расширены, стенки сосудов утолщены и соединительнотканно перерождены; мышечный слой—соединительнотканное перерождение, сосуды расширены с утолщенными стенками.

Взятые для исследования кусочки стенки матки в области вдавления дали следующую картину: слизистая—поверхностного эпителия нет, строма отечна, сосуды и капилляры расширены, стенки сосудов утолщены, клетки мелкоклеточковой инфильтрации располагаются группами, желез нет, но в одном месте, где макроскопически видно было, что нижняя косточка прилежала не вплотную к стенке матки, обнаружены три железы, расположенные в базальном слое слизистой; мышечный слой—те же изменения, что описаны выше.

Взятый кроме того для исследования кусочек из влагалищной части шейки дал ясную картину плоскоклеточного рака. Таким образом микроскопический диагноз следующий: *cancer pl. cellul. port. vag. col. ut. et endometritis interstitialis chron.*

Изучая микроскопическую картину исследуемого материала, мы должны отметить следующее: 1) как в слизистой, граничащей с вдавлением, так и в отдалении от последнего наблюдается реакция на присутствие в полости матки постороннего тела (уменьшение желез и групповое расположение клеток мелкоклеточковой инфильтрации; все остальные найденные нами изменения могут быть объяснены наличием в матке хронического воспалительного процесса), 2) в слизистой матки не обнаруживается децидуально-подобных изменений, описанных некоторыми авторами, как реакция на наличие в полости матки постороннего тела и 3) в том месте, где нижняя косточка не вплотную прилежала к стенке матки, обнаружены железы.

Далее заслуживает внимания то, что почти в течение шести лет отсутствовали субъективные признаки присутствия в полости матки постороннего тела (косточки плода). Из анамнеза больной можно предположить, что только в течение трех месяцев после выскабливания (последняя 12-я беременность) матка реагировала на присутствие в ее полости постороннего тела—появились метрорагии: далее, наличие схваткообразных болей

внизу живота в течение одной недели, появившиеся около года назад до поступления больной в клинику, можно также объяснить попытками матки к изгнанию косточек.

Во все остальное время до появления признаков рака шейки матки, несмотря на тщательно собранный анамнез, мы не могли установить признаков присутствия в матке постороннего тела: тип месячных нормальный, отсутствуют схваткообразные боли и бели.

Чем объяснить, что матка, обыкновенно схваткообразными сокращениями оберегающая свою полость от инородных тел, в нашем случае почти не проявляла попыток к изгнанию задержавшихся косточек? Причины, ослабляющие сократительную способность маточной мускулатуры, в таких случаях выставляются различные.

Е. Френкель считает, что ослабление сокращения маточной мускулатуры вызывается ослаблением раздражения ганглиев шейного узла при метритах, при атрофии мышц матки вследствие продолжительного кормления.

Шаффер видит причину отсутствия сокращения маточной мускулатуры в отсутствии давления и раздражения на внутренний зев и шейные узлы Франкенгаузера при метро-эндометри-тах у многоорожавших. Грефе полагает, что *retroflexio uteri* и чрезмерно долгое кормление грудью уменьшает сократительную способность матки. Орлов считает, что частые роды, истощающие мускулатуру матки, вместе с тем понижают и сократительную способность последней. Ануфриев, Сагатов и Пастерн причину ослабления сократительной деятельности матки видят в ее соединительнотканном перерождении на почве частых родов, особенно в возрасте старше 30 лет. Цетлин считает предрасполагающим моментом частые роды и *retroflexio uteri*. Улеско-Строганова полагает, что метрит, угнетая нервно-мышечный аппарат, ослабляет сократительную способность маточной мускулатуры. Лельчук считает, что плотные части плода могут удерживаться на длительное время в полости матки только тогда, когда они не подвергнутся разложению в результате их инфицирования.

Понижение сократительной способности маточной мускулатуры в нашем случае мы можем объяснить большим количеством беременностей (9 родов и 3 аборта), наличием воспалительного процесса в матке и соединительнотканном перерождением ее мускулатуры. Кроме того, отсутствие попыток к изгнанию косточек в нашем случае можно объяснить и тем, что последние, прилегая очень плотно к внутренней поверхности матки, как-бы перестали являться для нее посторонним телом, а также не подверглись разложению на почве их инфицирования.

Из клиники нервных болезней Астраханского мединститута (дир. проф. Г. В. Первушин).

К клинике синрингомиелии.

А. И. Шейман и А. И. Нестерева.

Клиника синрингомиелии в настоящее время изучена довольно хорошо. Еще 30 лет тому назад Шлезингером была представлена классификация этого заболевания с различными комплексами клинических проявлений. За последние годы литература по данному вопросу еще больше обогатилась как в отношении клиники, так и этиопатогенеза (Маргулис, Бремер, Преображенский, Геннеберг и др.).

Существует множество теорий патогенеза синрингомиелии. Так, Минор считал синрингомиелию гематомиелического происхождения. Даркшевич полагал, что полости при синрингомиелии обязаны своим происхождением сдавлению и последующей атрофии мозгового вещества. Исследования Гоффмана, Шульцта, Вестфаля и др. показали, что синрингомиелический процесс начинается с глиозного новообразования, исходящего из эпендимальных клеток. Этот глиоз в дальнейшем постепенно подвергается распаду с образованием вторичных полостей. Случаи наследственной синрингомиелии описаны Преображенским, Крафт-Эбингом, Гольдблаттом и др. Коллер, Пик и некоторые другие авторы придерживаются конгенитальной теории. На основании работ Маргулиса и последних гистопатологических материалов других авторов по данному вопросу, надо считать, что главным фактором в патогенезе синрингомиелии является нарушение замыкания медуллярной трубки—явления дисрафии и аномалии спонгиобластической ткани на основе дисонтогении.

При этом заболевании чаще всего поражаются верхние конечности, в которых появляются диссоциированное расстройство чувствительности, парестезии, дизестезии в отношении холода и тепла и атрофии мелких мышц кисти. Иногда наблюдаются ланцинирующие боли при переходе процесса на задние корешки. При шейном типе нередко отмечается симптомокомплекс Горнера. В зависимости от локализации процесса и дальнейшего его распространения отмечаются симптомы со стороны пирамидной системы, задних столбов и т. д. Распространение процесса на продолговатый мозг дает тип синрингобульбии. При последней чаще всего поражаются п. п. hypoglossus, accessorius и vagus.

Описаны случаи синрингомиелии типа грудного отдела. Осокин на 68 чистых случаях синрингомиелии отметил 4 случая типа нижних конечностей (всего им было описано 75), Шлезингер на 66 сл.—4 случая. Г. В. Первушиным описаны 2 сл. типа нижних конечностей. В литературе имеются и другие типы: лопаточно-плечевой, гиперестезический тип (Куршман, Ветте и др.).

Не приходилось нам встречать в литературе синрингомиелию типа конуса. Последнее обстоятельство, а также некоторые

другие особенности позволяют нам поделить наш наблюдением.

Больной В. К., 25 лет, крестьянин, поступил в клинику нервных болезней 21/II 1935 г. с жалобами на полное постоянное недержание мочи и кала, выпадение прямой кишки при акте дефекации и язвы в области крестца. Наследственность: отец больного умер в возрасте 40 лет от какого-то инфекционного заболевания, мать умерла на 41 году жизни от тифа. Сколько было детей у матери больной не знает. В живых 8 чел., все здоровы. Венерические болезни, туберкулез, алкоголь, душевные и нервные болезни в роду отрицает.

Anamnesis vitae: родился в крестьянской семье, по счету 4-м ребенком. О своем раннем детстве ничего сказать не может. В сельской школе учился до 11 лет. С 9 лет начал работать подпаском, а последние годы занимался крестьянством. В армии не служил. Не женат. Половая жизнь с 22 лет. Вино пьет редко и очень мало, курит с 15 лет. Из перенесенных заболеваний отмечает 7 лет тиф и в юношеском возрасте периодически—малярию. 12 лет упал с воза с сеном и минут пять лежал без сознания. Венерические болезни отрицает.

Больным себя считает с 1924 г. Приблизительно в 15-летнем возрасте у больного появилось недержание мочи, которое постепенно усиливалось и мешало ему работать, так как приходилось постоянно ходить мокрым. Обращался к врачам и знахарям, последние советовали ему ставить горячие горшки на область лобка (остались следы ожогов). Вскоре он придумал перетягивать головку полового органа тряпкой и перестал ходить мокрым. При накоплении мочи половой орган похож на 3—4-унцевую резиновую грушу. 2—3—4 раза в день больной развязывает перевязку, выпускает мочу и снова перетягивает марлевым бинтиком. Через несколько месяцев к недержанию мочи присоединилось недержание кала. Не чувствуя позыва на низ, больной и на сей раз нашел выход. Он стал, в зависимости от количества употребляемой пищи, каждые 3 часа ходить в уборную и, тужась, опорожняться. Спустя год у больного появилась язва на правой области крестца. Через 3 года (в 1927 г.) получил глубокий ожог левой стопы во время ночного сна на печке. Вскоре после появления первой язвы больной стал замечать, что у него худеет левая нога. В 1932 г. половые нарушения, 3 месяца тому назад появилась вторая язва на крестце влево от первой. К своему анамнезу больной добавляет, что перед обнаружением своего заболевания в 1924 г. он в течение 2 недель усиленно и тяжело работал.

Status praesens: среднего роста, удовлетворительного питания, желтоватая окраска обеих ладоней. Со стороны костного скелета имеется кифосколиоз нижнего грудного и верхнего поясничного отдела, большие кисти рук с большими толстыми пальцами, большой череп и широкие челюсти. Крупные черты лица и толстые губы. Своды стоп резко углублены, основные фаланги пальцев гиперэкстензированы, а концевые фаланги в состоянии флексии. Головка penis'a перетянута, выше места перевязки, канал уретры растянут в виде баллона скопившейся мочей.

Двигательная сфера: отмечается небольшой тремор век, асимметрия лица и фибриллярные подергивания мышц языка, больше справа. Активные и пассивные движения в верхних конечностях и правой ноге совершаются в полном объеме, в левой же ноге пассивные движения всюду возможны, активные—несколько замедлены, и сила мышц в ней значительно ослаблена.

Рефлекторная сфера: со слизистых оболочек вызываются, коленные понижены и неравномерны $s > d$, Ахилловы—отсутствуют. Брюшные рефлексы живые. Кремастровые—слева ниже, подошвенный рефлекс справа не всегда вызывается, слева—отсутствует. Патологических рефлексов нет. На верхних конечностях сухожильные рефлексы равномерно понижены с обеих сторон. Periostальные рефлексы вызываются и равномерны. Реакция зрачков на свет как прямая, так и содружественная—живая. Конвергенция и аккомодация достаточны. Тонус мышц понижен в левой ноге. Тазовые органы: недержание мочи, кала и импотенция. Чувствительная сфера: произвольных болей, а также реактивных—при давлении по ходу нервных стволов не имеется. От S_1 до S_5 слева отсутствует болевая и термическая чувствительность, справа в этих же сегментах гипалгезия и гипотермезия. В области L_1 и L_2 отмечается понижение болевой и

температурной чувствительности, а также на обеих ладонях (больше слева) в области нижних шейных сегментов.

Со стороны органов чувств уклонений не имеется. Глазное дно N. Visus и поле зрения N. В. н. с.: гипергидроз в подмышечных областях, стойкий красный дермографизм особенно слева, нерезкий симптомокомплекс Горнера слева. Трофика: диффузная атрофия мышц левой ноги, резко выявляющаяся постепенно по направлению к дистальным отделам. Слабо выраженная атрофия в левой верхней конечности.

		Правая нога	Левая нога
Бедро:	Верхняя треть	52 см	49 см
	Нижняя треть	40 см	36 см
Голень:	Верхняя треть	34 см	26 см
	Нижняя треть	28 см	21 см

Правое плечо и предплечье толще на 2 см левых. На левой стопе грубый рубец от бывшего ожога. На крестце две трофические язвы. Электровозбудимость мышц левой голени—реакция перерождения, с перонеального нерва—невротическая реакция.

Со стороны внутренних органов особых уклонений нет. Рентгенограмма пояснично-крестцовых позвонков—костных изменений не обнаруживает. Реакция Вассермана с кровью и спинномозговой жидкостью отрицательная. Спинномозговая жидкость прозрачна, вытекала частыми каплями, цитоз З. Р. Nonne Apelt, Pandu и Вейхброт—отрицательны. Формула крови: эозинофилов 1, палочкоядерных 5, сегмент. 73, лимфоцитов 17, моноцитов 4%. Исследование мочи: цвет соломенно-желтый, мутная, р. кислая, белка, крови и сахара нет, лейкоцитов до 4 в поле зрения, эритроцитов нет, плоского эпителия 2 в поле зрения, оксалаты кальция в большом количестве.

Итак, перед нами больной, у которого первые проявления болезни начались с расстройства тазовых органов, рефлекторных центров спинного мозга—медуллярного конуса. Интересно отметить, что половая функция расстроилась значительно позже, что лишний раз подтверждает относительную обособленность рефлекторных центров акта дефекации, мочеиспускания и половой функции в спинном мозгу. Затем в продолжение 10 лет постепенно появляется расстройство чувствительности диссоциированного типа, ожоги, язвы, атрофии и костные изменения. Реакция перерождения атрофичных мышц указывает на поражение передних рогов, фибриллярные подергивания языка—на распространение процесса на ядро hypoglossus и целый ряд других характерных симптомов.

Отрицательные серологические реакции, отсутствие белковых реакций и цитоза, неизмененность зрачковых реакций, медленность течения, множественность очагов и распространенность процесса приводят к заключению, что у нашего больного имеется сирингомиелия.

Если допустить, что у нашего больного была гематомиелия, вследствие полученной им тяжелой травмы при падении с воза, превратившаяся в прогрессирующую сирингомиелию, то почему больному, придя в себя, не заметил тогда никаких дефектов и после этого продолжал работать без всяких жалоб и считал себя совершенно здоровым? Надо думать, что травма заняла место в ряде моментов, в результате воздействия которых у нашего больного развилась сирингомиелия на базе аномалий развития спинного мозга.

Среди выше перечисленных типов истинной сирингомиелии, имеющих в литературе, нет указаний на первые проявления

со стороны нижних сакральных сегментов. Г. В. Первушин в своих случаях с поражением нижних конечностей указывает, что тазовые органы были в норме. Такое начало течения процесса не отмечается и другими авторами (Осокин, Шультце, Гоффман, Штрюмпель, Аствацатуров, Шарко, Рот, Лейден и др).

Маргулис указывает, что сфинктеры поражаются очень редко, но это не позволяет нам считать, что эти симптомы появились первыми. Возможно в дальнейшем течении процесса их появление. В нашем же случае мы имеем чистую и вместе с тем необычную сирингомиелию, начавшуюся с *conus medullaris*.

Далее мы можем отметить в нашем случае сочетание сирингомиелии с акромегалоидными явлениями. Такие случаи описаны в литературе Фалькевичем, Петреном, Шлезингером, Маньковским, Черни и др. Петрен полагает, что между сирингомиелией и акромегалией имеется патогенетическая связь. Верзилов в 1927 г. описал случай акромегалии в сочетании с сирингомиелией. Случай этот был патолого-анатомически исследован. Автор на основании своих исследований развитие акромегалии у своего больного ставит в связь с поражением межуточного мозга. В отношении генеза акромегалоидных явлений, встречающихся при сирингомиелии, нет общего мнения, и объясняется он по разному; Димитц считает причиной акромегалоидных явлений гидроцефалию. У нашего больного острота зрения, поле зрения и глазное дно уклонений от нормы не представляют, и поэтому мы можем предполагать у него аналогичный глиоматозный процесс в межуточном мозге.

Третьей особенностью нашего случая является деформация стоп. На связь между аномалией развития спинного мозга и деформацией стоп имеются указания в работах Реклингаузена, Фишера, Клебса и др. авторов. Кинбок назвал эти остеоартропатии, встречающиеся при сирингомиелии „*Trophorathia pedis myelodysplastica*“. И, наконец, о функциональной приспособляемости больных. В 1929 году, в одной из своих работ М. И. Аствацатуров описывал некоторые искусственные приемы, которые изобретают сами больные для устранения своих экстрапирамидных акинезий и гиперкинезий. Для обозначения этих приемов М. И. Аствацатуров предложил термин „уловка“. Небезынтересно отметить у нашего больного вышеуказанную искусственную функциональную приспособленность, своего рода изобретательность, в отношении акта дефекации и мочеиспускания.

Из кардиологической клиники им. Ленина ГЦБИ (г. Кисловодск).

Хронический сепсис как причина тромбоза нижней полой вены.

Д. М. Степухович и Н. В. Руссков.

Больной Ш., 47 лет, по профессии плотник, поступил в клинику 9/IV 1935 г. с жалобами на отеки ног после работы и после длительного пребывания в сидячем положении. Отеки проходят к утру после сна. Боли на ограниченных участках по ходу „жил“ (выражение больного), продолжающиеся по неделе, с преимущественной локализацией в нижних конечностях и внизу живота справа. Боли в суставах ног в ненастную погоду и стреляющие боли в плечевых суставах независимо от погоды. Сильная одышка при подъемах, частые головокружения при ходьбе, иногда настолько сильные, что окружающие принимают его за пьяного, усиленная жажда. Беспокоит больного двусторонняя грыжа. Отмечает появление грыжи после бывшей водянки. Сон, аппетит и отправления кишечника нормальные. С работой плотника справляется с трудом.

Считает себя больным с 1932 г., когда появились боли в пояснице (нижней ее части) и в мошонке, длительностью по два дня. Вскоре присоединились боли в ногах, перемежающегося характера. Через 6 дней после появления болей в ногах обнаружались отеки их. На другой день после появления отеков утром, идя на работу, больной почувствовал резкую боль в пояснице (удар ножом) и онемение всей нижней половины тела. Был отправлен в больницу, где к отекам нижних конечностей присоединился резкий цианоз их до черноты. В больнице ноги обложили грелками, но больной их не чувствовал в течение 4 часов. Спустя сутки по всему телу появились пузыри величиной 2—3 см в диаметре, державшиеся 1—2 дня. В последующем содержимое пузырей становилось гнойным. Онемение ног длилось 7 дней. Пузыри появлялись в течение месяца. Больной находился в больнице 15 дней, затем дома в постели еще 2 месяца. После этого началось некоторое улучшение, стало возможно сидеть. Через 3 месяца стал ходить для самообслуживания, через 4 месяца—понемному работать дома и через 5 месяцев—по своей профессии плотником. В больнице и дома до момента улучшения врачи предписывали высокое положение нижних конечностей, иодистый калий и, при сильных болях, морфий. Вены на животе и ногах впервые заметил, когда явилась возможность сидеть и одновременно отмечает увеличение живота. С момента начала работы после болезни ухудшения в состоянии здоровья не отмечает до 1935 г., когда заметно стал отставать в работе от товарищей и вынужден был по несколько дней отлеживаться в постели, пользуясь отпуском по больничным листам. Наконец, в апреле 1935 г. был направлен на врачебную экспертизу для перевода в инвалиды, откуда и переведен в клинику для тщательного обследования.

Родился в семье рабочего, рос и развивался нормально. Работать начал с 12-летнего возраста. Женат, имеет 3 здоровых детей. Жена здорова. Не курит, алкоголь употреблял очень редко и мало. Инфекции: в детстве — свинка (3 недели), в 12-летнем возрасте — натуральная оспа (1 месяц), 21 года от роду воспаление легких (3 мес.), в 1919 г. — сыпной тиф (1 мес.), в 1920 г. — двусторонний сухой плеврит с последующей водянкой живота (2 мес.) Гонорею и сифилис отрицает.

Статус: астеник, склеры и кожа субиктеричны, выраженный акроцианоз. Тургор мышц ослаблен, подкожная клетчатка слабо развита. Пакеты мелких желез на шее. Значительные отеки нижних конечностей. Легкие: западение над- и подключичных пространств, подвижность нижних краев ограничена, тимпанит с коробочным оттенком. Аускультативно жесткое дыхание по всей поверхности легких.

Сердце: с незначительным увеличением границы вправо и более выраженным влево, поперечник 13 см. У верхушки глухой, короткий первый тон с грубоватым систолическим шумом и усилением второго тона. Акцентуированный второй тон на легочной артерии. На аорте глухой первый тон с систолическим шумом мягкого тембра и выраженным акцентом второго тона. Периферические сосуды уплотнены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. Артериальное давление 110/80—115/90. Венозное давление 0.

Печень — на 2 поперечных пальца из подреберной дуги с острым краем, мелкобугристой поверхностью, болезненна при пальпации, перкуторно с 6-го ребра. Селезенка — на 2 поперечных пальца из-под края ребра, плотна, с тупым краем, неболезненна, перкуторно с 8-го ребра. В нижней половине живота определяется значительное количество асцитической жидкости. На животе значительно расширенная венозная сеть, среди которой ясно выступают: надчревная вена грудной клетки, кожные вены живота, поверхностная надчревная вена, прободающие ветви внутренней вены молочной железы. Все эти вены лучше выражены справа. На нижних конечностях и в паховых областях резко выраженные варикозные расширения вен, с многочисленными местными уплотнениями по ходу сосудов и пигментированными пятнами (места бывших тромбофлебитов). Паховые грыжи оказались при освидетельствовании хирургом расширением семенного канатика и его вен.

Анализ мочи: удельный вес 1009—1010, белка 0,033—0,3, эритроциты единичные, цилиндры гиалиновые единичные и зернистые единичные в препарате. Проба по Зимницкому: 1.300 г—1015, 2.500 г—1015, 3.250 г—1010, 4.500 г—1015, 5.400 г—1012, 6.150 г—1013, 7.300 г—1020. ДД, 1015, НД 1350.

РЭО 3—4 мм через час. Гемоглобин 110% по Аутенригу. Эритроциты 5420000, лейкоцит. 7500, эозин. 5%, палочк. 4%, сегмент. 56%, лимф. 27%, моноц. 8%. Свертываемость крови через 7 минут. Реакция Вассермана, Закс-Георги и Кана — отрицательны. Билирубин крови 0,55 мг%. Реакция Ван-Ден-Берга прямая отрицательная. Сахар с нагрузкой: натощак 79 мг%, через 15 мин. 136 мг%, через 30 мин. 141 мг%, через 45 мин. 159 мг%, через 60 мин. 177 мг%, через 90 мин. 152 мг%, через 120 мин. 138 мг%. Остаточный азот в крови 44,1 мг%. Холестерин 130 мг%, полипептиды 182 мг%, коллоидная реакция максимум 5-я пробирка. Минутный объем опорожнения сердца, лежа 4015, стоя 2987, сидя 2941.

Рентгеноскопия грудной клетки: Сердце приподнято диафрагмой (боль-

шая печень, асцит), по размерам небольшое, пульсации учащены, мелкие. Аорта уплотнена, заметно пульсирует. Легкие—эмфизема.

Вид больного говорит нам о том, что мы имеем дело с тромбозом крупного венозного сосуда и дифференциальная диагностика может вариировать между закупоркой в системе воротной вены или нижней полой вены. Имеющийся у больного гепатолиенальный синдром с сопутствующим асцитом говорит как будто бы за нарушение кровообращения в портальной системе и, следовательно, за место тромбоза в одной из крупных ветвей воротной вены. Но этому не соответствуют коллатерали брюшной стенки, весь анамнез и статус больного. Остается—тромбоз нижней полой вены. Как известно из описанных в литературе случаев, по локализации тромба нижняя полая вена делится на 3 отрезка. Верхняя треть—захватывающая печеночные вены, средняя треть—когда закупориваются почечные вены, и нижняя треть ниже впадения почечных вен, что анатомически соответствует уровню ниже второго поясничного позвонка. Тромбозам в верхней и средней трети соответствует своя очерченная клиническая картина. Тромбозу в верхней трети сопутствует рвота, понос, высокая температура, желтуха и набухание печени и селезенки. Больные быстро погибают.

При тромбозе в средней трети выступают на сцену почечные явления, с быстрым отеком всей нижней половины туловища до грудной клетки, появлением крови в моче и болями в области почек. Больные при медленном развитии тромбоза могут некоторое время жить. Тромбозы в нижней трети могут протекать, по некоторым авторам, бессимптомно, или же, протекая бурно, дают более благоприятный прогноз для жизни и даже работоспособности. Некоторые авторы не склонны придавать особого значения развитию коллатералей при дифференцировании места тромбоза. Но подсобное значение при диагностике этот факт безусловно имеет место. У нашего больного ясно видны: надчревная вена грудной клетки, кожные вены живота, поверхностная надчревная вена, прободающие ветви от внутренней вены молочной железы.

Это как раз те коллатеральные пути, по которым осуществляется кровообращение при тромбозе нижней полой вены и именно в ее нижнем отрезке (Зернов). Как известно, нижняя полая вена начинает плотно прилегать к позвоночнику от 4-го поясничного позвонка, и в анамнезе больного мы имеем указание как бы на удар ножом в поясницу и онемение ног, без каких-либо указаний на рвоту, потерю сознания, боли в животе, кровь в моче, боли в почечной области и повышение температуры. Прибавляя к этим анамнестическим данным описанное развитие коллатералей, а также все течение болезни с исходом почти в полное выздоровление (практически) и сохранившуюся трудоспособность в продолжение более 2 лет, мы получаем право на диагностику тромбоза нижней полой вены и именно в нижней ее трети. Как же объяснить у нашего больного гепатолиенальный синдром, почечный процесс с выраженной функцио-

нальной неполноценностью и выраженные склеротические изменения сердечно-сосудистой системы?

Наша мысль склоняется к тому, что эти явления не имеют отношения непосредственно к тромбозу нижней полой вены, а, наоборот, тромбоз нижней полой вены есть одно из крупных звеньев какого-то общего заболевания организма, начавшегося давно. Невольно нити тянутся к перенесенному больным полисерозиту. Отмечаемое больным появление „грыж“ после водянки, постоянно повторяющиеся тромбофлебиты в различных местах коллатералей брюшной стенки и вен нижних конечностей, наблюдение за больным в клинике, где было отмечено 2 новых тромбоза вен, температурная кривая склоняют нас к мысли о том, что у больного имеется хронический процесс, с преимущественной локализацией в эндотелиальном слое венозных сосудов. Этот процесс и есть причина многочисленных тромбозов до нижней полой вены включительно, он же обусловил явления со стороны гепатолиенальной системы, почек и сердечно-сосудистой системы, а также и раннее выявление неполноценности всего организма, в виде резкого снижения работоспособности, приведшего больного к полной инвалидности в 47 лет.

Больной пробыл в клинике 1 месяц и выписался без изменения состояния здоровья.

Рефераты.

а) Хирургия.

Seemen H. *Операция при Дюпюитреновской контрактуре.* (Dtsch. Z. Chir. 1936, 246, 11—12, 693—696).

В целом ряде случаев Дюпюитреновской контрактуры а. применил следующий способ операции: удаление на всем протяжении пораженной кожи ладони и всего ладонного апоневроза с его отростками во влагалища сгибателей пальцев, к сухожилиям и особенно к *mm. intersei*; при этом в большинстве случаев необходимы дополнительные продольные разрезы на сгибательной стороне 4 и 5 пальцев в области их основных фаланг.

Образовавшийся на ладони дефект кожи закрывается лоскутом с тыла кисти, для чего на сгибательной стороне V пальца, на уровне основного его сустава, делается поперечный разрез, доходящий до IV пальца и переходящий затем на разгибательную поверхность кисти, где он доходит до лучезапястного сустава. Образованный таким образом лоскут отсепааровывается на всем протяжении и вшивается без всякого натяжения в дефект на ладони при разогнутых по возможности пальцах. Дефект на тыле кисти уменьшается, а в некоторых случаях и совершенно закрывается стягиванием кожи; при более значительных дефектах применяется свободная пересадка эпидермиса.

Повязка накладывается при легком сгибании пальцев, лучше всего прибинтовывая их к помещенному на ладонь марлевому бинту, который придавливая лоскут, способствует его приживлению. Спустя 8—10 дней после операции начинают движения пальцами.

Б. Иванов.

Burkle de-la Camp H. *Лечение переломов пяточной кости.* (Zbl. Chir. 1936, 16, 985—987).

Описывается предлагаемый а. способ лечения переломов пяточной кости при помощи особого гвоздя с винтовой нарезкой. На 7—12-й день после травмы, когда спадет отек и рассосется кровоизлияние, перед экраном производится вправление отломков, после чего двумя зондами, накладываемыми снаружи на мягкие ткани в области пятки, определяется направление, в котором должен быть введен гвоздь; зонды плотно прижимаются к отечным еще мягким тканям, оставляя после себя ясно заметные борозды.

Гвоздь вводится сзади через мягкие ткани и несколькими легкими ударами молотка вбивается в кость до начала винтовой нарезки и затем ввинчивается рукой; все это продлевается также перед экраном. При ввинчивании гвоздя исправляется смещение отломков и одновременным вытяжением устраняется укорочение.

По установке отломков в правильном положении, накладывается гипсовая повязка на всю стопу и голень до *tuberositas tibiae*; повязка накладывается без подкладки, за исключением области пятки, куда кладется стерильная подушечка из ваты, во избежание давления повязки на мягкие ткани при вытяжении за введенный гвоздь. Нога укладывается на шину Брауна, и гипсовая повязка с вытяжением в 3—4 кг остается на 4 недели, после

чего она сменяется и гвоздь удаляется; в течение последующих 4—6 недель лечение проводится в гипсовом сапожке без вытяжения.

А., применяя описываемый способ в течение двух лет, получил хорошие анатомические и функциональные результаты. *Б. Иванов.*

Matolcsy, T. Хирургическое лечение костных кист. (Arch. Klin. Chir. 1936, 185, 1, 175—181).

Из 48 случаев серозных костных кист, оперированных в Будапештской хирургической клинике, в 45 случаях в полость кисты была произведена пересадка куска большеберцовой кости. Рентгеновский контроль за дальнейший судьбой трансплантата показал, что перестройка его у лиц с незаконченным еще развитием костной системы происходит в течение 8—10 месяцев, т. е. значительно быстрее, чем у людей старше 24 лет, у которых на это необходимо 2—3 года. На этом основании а. рекомендует производить пересадку кости в полость костной кисты в молодом возрасте до окончания развития скелета, так как здесь можно рассчитывать на более быстрое и надежное выздоровление. *Б. Иванов.*

Gross W. u. Lucken B. Влияние хирургических вмешательств в области корня легких на кровообращение и дыхательный объем. (Arch. klin. Chir. 1936, 185, 2, 334—342).

Наблюдаемые при хирургических вмешательствах на легких в момент перевязки бронха тяжелые расстройства сердечной деятельности, падение кровяного давления, приступы кашля и удушья, геср. остановка дыхания, ведущие иногда к смерти больного, зависят от происходящего при перевязке бронха раздражения расположенных здесь нервных сплетений и рефлекторного и непосредственного действия на кровообращение и дыхание.

В результате исследований на животных, а. пришел к выводу, что при различных хирургических вмешательствах в области корня легких всегда наблюдаются изменения со стороны кровяного давления и дыхательного объема. Кровяное давление сильно падает, а дыхательный объем в результате сокращения мускулатуры бронхов уменьшается. Как то, так и другое зависит от раздражения нервных сплетений, геср. заложенных в стенке бронхов нервных окончаний. Борьба с указанными осложнениями заключается в блокаде соответствующих нервных стволов путем впрыскивания новокаина в область ворот легкого. *Б. Иванов.*

Antonucci C. Токсическое действие остатка желудка после резекции и отношение его к послеоперационному симптомокомплексу гиперазотемии и гипехлоруремии. (Policl. Sez. prat. 1936, 427).

А., на основании большого количества резекций желудка, считает, что жидкое содержимое остатка желудка, всасывающееся после его резекции в кишечник, является главной причиной более или менее тяжелого симптомокомплекса гиперазотемии и гипохлоремии после таких операций. Исследования показали, что фильтрат этого жидкого содержимого остатка желудка, будучи впрыснут 10 кроликам, оказался чрезвычайно ядовитым; один из кроликов погиб спустя одну минуту после впрыскивания 8 см³, второй — через 3 часа после введения 2 см³, а остальные спустя 1—48 часов после впрыскивания.

Азотемия была во всех случаях очень резко выражена; менее резки были изменения в отношении содержания хлора и сахара в крови. Анатомические изменения касались главным образом печени и почек; в последних наблюдалась резкая гиперемия и мутное набухание почечных канальцев; в легких и головном мозгу также отмечена резкая гиперемия. Большое значение

имеет систематическое лечение таких больных аспирацией желудочного содержимого в день операции и в последующие дни. А. совершенно отказался от введения гипертонических растворов NaCl, которые он считает не только совершенно бесполезными, но даже вредными и с успехом применяет вместо них упомянутую выше аспирацию желудочного содержимого. *Б. Иванов.*

Rohl H. 1000 случаев спинномозговой анестезии перкаином. (Chirurg. 1936, 9. 362—364).

В результате проведения в течение последних двух лет 1000 случаев спинномозговой анестезии раствором перкаина 1:1500, а. приходит к выводу, что этот вид анестезии дает хорошее, длительное обезболивание при полном расслаблении брюшных стенок и является идеальным при вмешательствах ниже пупка и в большинстве урологических операций; здесь достаточно введения 11—12 см³ раствора. При операциях в верхней половине живота, где для получения хорошего обезболивания необходимо 13—14 см³, этот вид анестезии не безопасен; поэтому а. в этих случаях рекомендует пользоваться меньшими количествами раствора, добавляя в случае необходимости местную анестезию или общий наркоз.

Спинномозговая анестезия перкаином противопоказана при заболевании сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, а также при желтухе, тяжелых интоксикациях, анемиях и тяжелом перитоните. *Б. Иванов.*

Wiessmann A. Цибальгин для подготовки к спинномозговой анестезии. (Zbl. Gyn 1933, 15 881—883)

Исходя из сообщения Прейссекара об отказе Венской гинекологической клиники от применения для подготовки к спинномозговой анестезии опасных и дающих нежелательные осложнения морфия и скополамина и об успешной замене их цибальгином, а. испробовал этот способ при 400 операциях с хорошим результатом. Первое внутримышечное впрыскивание 1,0 цибальгина вместе с 1,0 смипатоля делается за 1½—2 часа до операции; за ½ часа до начала последней вводится еще 1,0 цибальгина. Крепким и особенно чувствительным женщинам назначают сначала 2,0, а затем незадолго до операции еще 1,0 цибальгина. Никаких осложнений при этом способе а. не наблюдал.

У пожилых и ослабленных женщин, которые безусловно должны быть оперированы по роду своего заболевания, достаточно однократного введения 0,75 см³ цибальгина за ½ часа до спинномозговой анестезии. *Б. Иванов.*

Nille W. Ректидон в ортопедии. (Med. Klin. 1936, 35, 1188).

На основании результатов собственных наблюдений за последние два года, а. приходит к выводу, что при небольших кратковременных вмешательствах у детей ректидон, при правильной его дозировке, дает хороший, глубокий сон; применение средства просто и совершенно безопасно. При более крупных операциях можно, кроме ректидона, воспользоваться и общим наркозом; при этом период возбуждения совершенно отсутствует.

А. ни разу не наблюдал каких-либо осложнений или последовательных заболеваний; дети просыпаются в среднем через 1—2 часа; сколько-нибудь резких последующих болей большей частью не отмечается. *Б. Иванов.*

Bunne. Лечение послеоперационного паралича кишок (Pneus paralyticus) (Zbl. f. Chir. № 19, 1936).

Наилучшим лечебным средством при послеоперационном параличе кишок оказалась высокая люмбальная анестезия, но при условии, если действительно имеется паралитический илеус и если с момента операции прошло

не больше 3—4 дней. Автор рекомендует ставить себя за правило: раньше, чем приступить к энтеростомии, испытать высокую люмбальную анестезию.

Э. Леви (Ленинград).

M. Kirschner. *Обезболивание на фронтах*. Chirurg H. 8, 1936).

В лечучреждениях вблизи передовых позиций самым лучшим средством для наркотизации надо считать хлороформ, благодаря легкой его транспортировке, его огнебезопасности и быстрому наступлению наркоза. В военных лазаретах вдали от фронтовой линии, где имеются уже более спокойные условия для операций, предпочтение нужно давать Eural'u внутривенно, местной анестезии, эфиру и люмбальной анестезии.

При послеоперационных болях наиболее пригодны Scopolamin—Eukodal—Ephetonin.

Э. Леви (Ленинград).

M. Kirschner. *Музыка и операция*. (Der Chirurg. H. 11, 12, 1936).

К операционному столу прикрепляется наушник с комбинированным радио-граммофонным аппаратом, передающим оперируемому музыкальные произведения, доклады, сообщения и т. д. Таким образом звуки не доходят до оператора и ассистентов и не мешают им работать. Выбор подаваемых вещей (музыкальных и др.) должен быть сделан, конечно, весьма тщательно и обдуманно. Это нововведение, применяемое впервые в операционном зале Гейдельбергской хирург. клиники, является для больного как бы психическим наркотизатором.

Э. Леви (Ленинград).

Gudin M. *Кажущаяся асептика и полная стерилизация*. (Presse med. 1936, I, 355—359).

А. указывает, что источником раневой инфекции при стерилизованном материале является не кожа, а окружающий воздух. Поэтому, после операций наблюдаются не асептические, а септические раны, что сказывается покраснением, припухлостью и водянисто-гнойным отделением.

Вследствие этого так часто встречаются нагноения после операций на костях, так легко нагнаиваются послеоперационные гематомы и так опасно оставление в ране инородных тел в форме материала для швов и лигатур и пластинок; поэтому очень часто применяют кетгут, стерилизация которого, однако, не может быть проведена достаточно надежно.

Обусловленное нагноением раны развитие послеоперационных грыж вызывает необходимость новых операций или ношения бандажей. Исходя из этого, а. подчеркивает необходимость производства операций в стерильном помещении. Воздух герметически закрытой операционной нагнетается электрическими насосами, обеззараживается формалином, проводится через аммиак и затем через сосуд с растворенной в стерильной воде виннокаменной кислотой и таким образом делается пригодным для дыхания. Материал для операции обеззараживается химическим путем посредством газа. Помещение для разведения больного, ванная, помещение для наркоза и операционная находятся рядом. Полученные при этом результаты весьма благоприятны; полная стерилизация является новым достижением хирургии.

Б. Иванов.

Kokoris D. *К вопросу об остановке кровотечения влажными шариками* (Zbl. Chir. 1936, 15, 872—874).

Указывая на возможность значительного сокращения в некоторых случаях числа лигатур, накладываемых на кровоточащие сосуды, а. отмечает, что за

исключением сосудов крупного калибра кровотечение из остальных останавливается обычно самостоятельно вследствие сокращения сосудистой стенки. Для остановки кровотечения в операционной ране а. рекомендует пользоваться не сухими, как обычно, а смоченными в физиологическом растворе и тщательно выжатыми марлевыми шариками, прикладываемыми к кровоточащему месту без всякого давления; при этом кровотечение останавливается значительно быстрее и с меньшей травматизацией тканей, чем при надавливании сухими шариками.

Применение таких влажных шариков дает отличные результаты и при открытых, сильно кровоточащих ранах (травмы, оперированные флегмоны, карбункулы), где давящая повязка, затрудняющая отток венозной крови и вызывающая застой, зачастую не дает никакого эффекта. В результате применения влажных шариков в качестве тампонов на рану, удерживаемых умеренно давящей повязкой, кровотечение легко останавливается.

Б. Иванов.

Kneucker A. *Применение трихлоруксусной кислоты при послеоперационных свищах в урологии.* (Med. Klin. 1936, 37, 125.)

Для лечения долго незаживающих свищей мочевого пузыря а. рекомендует применение трихлоруксусной кислоты; он отмечает, что уже после однократного прижигания наблюдается образование хороших грануляций, закрывающих просвет свища, а в дальнейшем—заживление последнего. Техника следующая: трихлоруксусная кислота растворяется в глицерине (аа), этим раствором пропитывается вата, накрученная на Плейфферовский зонд или тонкую деревянную палочку и, по возможности, глубоко вводится в свищевой ход; при этом немедленно же образуется беловатосерый струп. Одновременно желательно обеспечить покой мочевого пузыря введением катетера à demeure. Спустя 1—2 дня образовавшиеся грануляции суживают свищевой ход; тем не менее через этот срок желательно повторить прижигание.

А. указывает, что при применении для лечения свищей азотнокислого серебра на следующий день после прижигания отходит омертвевшая ткань, благодаря чему просвет свищевого хода еще больше увеличивается; этого не бывает при пользовании трихлоруксусной кислотой, почему он горячо рекомендует данный способ.

Б. Иванов.

б) Туберкулез.

Braeuning и Neisen. *Прогноз открытого туберкулеза, техника установления прогноза и рентабельность методов лечения* (Z. tbk. В. 75, Н. 5—6, 1936).

Из поступивших под наблюдение в 1920/21 гг. 607 больных погибло в течение первого года наблюдения 37%, через 2 года—55%, в течение 5 лет—72%, а к концу 10 лет—77%.

После первых 7 лет в среднем ежегодно умирает 3—4% из оставшихся в живых. Считая, что в прогнозе играют важную роль следующие факторы: 1) наличие ВК, 2) одно или двусторонность заболевания, 3) распространение процесса на каждой стороне, 4) наличие каверн, аа. разработали материал 746 бацилл. больных, поступивших под наблюдение с 1.1.27 по 31.XII.29 г., в указанном разрезе. Оказалось, что при односторонних заболеваниях второй стадии без каверн через 4 г. умерло 12%, с каверной—35%; при двусторонних процессах второй стадии через этот срок соответственно умерло 14 и 42%. Большую роль в прогнозе играет протяженность

процесса. Так, при III стадии без каверны на этом сроке погибло 58%, тогда как при второй стадии только 14%.

Анализ рентгенограмм показал, что чем меньшей густоты тени у б-ных с открытым тбк, тем больше у них шансов потерять ВК. Качественная характеристика рентген. теней менее надежна для прогноза. С увеличением размеров каверны падает число больных, потерявших ВК. Так, при каверне в 2 см в диаметре через 4 г. потеряли ВК—36 %, при каверне в 4 см—26%, а в 5 см только 9%. Смертность соответственно увеличивается: при каверне диаметром в 2 см умерло через 4 г.—42%, 3 см—50%, 5 см—75%. Оседание эритроцитов имеет несомненное значение при постановке прогноза. Из больных с РОЭ от 11 до 20 потеряли на указанном сроке ВК—42%, тогда как с оседанием эритроцитов более 20 только 27%.

Часть статьи, где автор занимается подсчетом рентабельности лечения для советского читателя лишена научного интереса, так как наше здравоохранение построено на совершенно другом принципе — заботы о человеке. Работа по выявлению ранних форм, проделываемая Штеттинским диспансером, во главе которого стоит Бройнинг, не дает большого эффекта, вследствие тяжелого положения, в которое поставлены трудящиеся массы в Германии фашистким режимом, — процент запущенных форм туберкулеза в диспансере не снижается.

А. Гильман.

Constantini. Общие критерии классификации легочного тбк (Rev. Pat. e Clin. tbc 9. 489—95. 1935 no Zeitschr. Tbk. В 74. Н. 3. 193).

А. считает классификацию Турбана по стадиям в зависимости от распространения процесса неудовлетворительной, так как тяжесть процесса не всегда зависит от его протяженности. Классификация Неймана слишком сложна для практики. Классификация Michelli, различающая первичный тбк и послепервичный или реинфекционный тбк, удобна для применения. А., известный клиницист из Болоньи, предлагает следующее деление: А) первичный туберкулез с тремя подгруппами: 1) инфильтраты; 2) трахео-бронхиальная аденопатия; 3) плевритические формы; В) Реинфекционный тбк с 4-мя подгруппами: 1) продуктивный тбк легких: а) острый и хронический милиарный тбк, в) крупно-или мелко узелковый тбк легких с каверной или без нее, с) фиброзный тбк; II) эксудативный легочный тбк: а) тбк пневмония, простая или казеозная (с каверной или без нее); в) ранний инфильтрат с каверной или без нее; с) сливная и диссеминированная бронхопневмония. III) Плевритические формы: а) сухой или эксудативный плеврит; в) острый или хронический кортико-плеврит. IV) Аденопатия бронхомедиастинальная.

А. Гильман.

Boquet и Laporte. Экспериментальный костный и костно-суставной тбк у кролика (Rev. tbc № 2, 1936 г.).

До последнего времени не удавалось сисетматически получать тбк поражения костного аппарата в эксперименте. Аа. изменили методику заражения, применяя минимальные дозы очень вирулентных штаммов b bovinus, которые даже в количестве одной миллиардной мг инфицируют свинку. Вводя интрадермально в кожу бедра кролика 0,1 см взвеси в физиологическом растворе, содержащей от 0,00001 мг до одной десятиллионной части мг бацилл, они получали поражения в костях конечностей и позвонках. Первые признаки заболевания обнаруживаются в конце 3-го месяца. Появляется расстройство походки, местная припухлость при поражениях суставов и болезненность при пальпации. Животные погибают между 4—6 месяцами в

состоянии резкой кахексии. Наряду с очагами в костях на вскрытии обнаруживались изодирванные и сливные очаги в легких и почках; напротив, печень и селезенка казались незатронутыми.

Таким образом напрашивается вывод, что тбк костей и суставов является следствием первичной инфекции небольшим количеством бацилл. Наиболее часты следующие локализации: тела позвонков и отростки их, ребра, лопатка, реже бедренная кость. В длинных костях чаще поражения относились к эпифизарной части. По частоте поражения на первом месте (верхний и нижний концы большеберцовой кости, эпифиз луча, верхний и нижний эпифизы бедра). В 6 случ. аа. наблюдали туберкулез сустава, осложнивший эпифизарное поражение. Суставы резко увеличены на вскрытии—в них фугозная ткань и холодные абсцессы. Мышечная ткань вокруг пораженных суставов имела особенный желатинозный вид. Если кролики выживали достаточно долгое время, то суставные абсцессы вскрывались наружу и развивались типичные свищи. По виду локализации, патологоанатомической картине поражения, полученные в эксперименте, сходны с костными процессами, наблюдаемыми у человека. А если принять во внимание легкость получения их в эксперименте и разнообразие в локализации, станет понятной вся важность опытов аа. в деле изучения пато-и гистогенеза костного тбк.

А. Гильман.

Mignot и Mollard. *Новая ориентация в климатотерапии легочного тбк* (Г. Méd., № 42, 1935).

Значение климатических факторов для тбк больного неоспоримо. Аа. обращают внимание на роль ионизации воздуха в активности климата той или иной местности. Резкие изменения ионизации воздуха от положительных к отрицательным цифрам вызывают ряд жалоб у больных как со стороны органов дыхания, так и общего характера. Особенно подтверждается роль изменений ионизации воздуха в появлении групповых кровохарканий. Поэтому аа. считают важным определение ионизации воздуха в курортных местностях (и санаториях местного характера. А. Г.).

Резкие изменения ионизации требуют от тбк больного быстрой функциональной перестройки. В зависимости от кривой ионизации можно различать климат раздражающий и щадящий, тогда как до последнего времени различали морской, горный и т. д. Ионизации воздуха аа. придают большее значение, чем ветру, температуре, влажности и т. д.

А. Гильман.

Werwath. *Новые пути хирургической коллапсотерапии легочного туберкулеза*. (Z. tбk В. 75, Н. 4, стр. 225—230, 1936 г.).

Под несколько претенциозным заглавием а. сообщает о своих попытках в случаях, где искусственный пневмоторакс не удастся, после предварительного френикоэксереза усилить подъем диафрагмы, а следовательно и коллапс легкого дополнительным пневмоперитонеумом. А. в теоретическом обосновании этого метода опирается на наблюдение, что у беременных женщин под влиянием повышенного внутрибрюшного давления часто наблюдается значительное улучшение их легочного процесса. В первую очередь пневмоперитонеум показан у б-ных, где один и. п. и пережигание спаек или френикоэксерез или их комбинация не дали достаточного эффекта.

Предварительный френикоэксерез обязателен по концепции автора, т. к. парализованная диафрагма, как инертная мембрана, легче поддается подъему под влиянием повышенного давления, которое создается в брюшной полости после введения воздуха. Наоборот, на другой стороне нормальная диафрагма, сохранившая свой тонус, меньше поднимется и будет служить регу-

лятором, предупреждающим смещение органов средостения (? А. Г.). Плохое общее состояние, высокая температура, наличие небольшого выпота в плевральной полости не являются противопоказанием к операции. Воздух вводится больному натошак, после хорошего опорожнения кишечника слабительным. За час до операции вводится газоотводная трубка. За $1\frac{1}{2}$ часа — инъекция морфия-атропина. Прокол делается иглой с притупленным концом в *reg. hypogastrica* на ладонь ниже пупка. Манометр дает при проколе непосредственно под диафрагмой колебания, парадоксальные дыханию. В эпигастрии в горизонтальном положении б-ного незначительные отрицательные цифры давления, которые при переводе больного в сидячее положение увеличиваются. В гипогастрии давление, обычно нейтральное, или слегка положительное, поднимается при этих условиях.

В первый раз вводится не более 500—600 куб. см воздуха. Если в брюшной полости нет сращений, вмешательство переносится б-ным без всяких жалоб. Воздух вводится повторно в количестве 400—600 и до 1500 куб. см; промежутками через 2—3 дня до 2-х недель до получения хорошего коллапса легкого *гесп. каверны*. В ближайшие дни после введения газа обязательен рентген — контроль. Воздух рассасывается в брюшной полости быстрее, чем в грудной и уже через 15 дней не обнаруживается.

О показаниях и результатах сообщает следующая статья д-ра Т. Реберг.
А. Гильман.

Реберг. *Значение пневмоперитонеума (п.) в лечении легочного тбк* (там же, стр. 230—237).

С ноября 1935 г. для улучшения результатов в случаях недостаточно эффективного применения других методов коллапсотерапии а. систематически прибегает к п., если можно ожидать благоприятного влияния от подъема диафрагмы. Таким образом п. применялся при: 1) неудержимых кровохарканиях, где и. п. невозможен из-за сращений, а пластика или пломба — из-за состояния больного; 2) для усиления действия после недостаточного эффективного френикоэксереза при нижнедолевых процессах; 3) при неполноценном пневмотораксе с неспадающейся каверной в верхнем поле и сращениями в области диафрагмы. Не рекомендует вводить воздуха, по крайней мере в первый раз, непосредственно под диафрагмой, так как вследствие частого наличия здесь сращения больные жалуются после операции на боли в животе и в области плеча. Благоприятный эффект объясняется не только механическим воздействием на легкое путем подъема диафрагмы, но другими моментами, недостаточно выясненными, аналогично действию п. при кишечном тбк.

Для иллюстрации а. приводит выдержки из 5 историй болезни.

А. Гильман.

в) Кожные и венерические болезни.

Simon I. и Kaplanskaja. *Бессолевая диета при кожном туберкулезе*. (Dermat. Woch. № 43, 1934)

В работе приведена диета больных с указанием продуктов, входящих в нее, а также дан пищевой режим больного за день. Наблюдения над 52 больными с различными формами кожного туберкулеза (сроки этих наблюдений колебались от $11\frac{1}{2}$ до 16 месяцев) позволили авторам сделать следующие выводы. Увеличение в пище углеводов на 30% и уменьшение жиров до 25% оказывает несомненный терапевтический эффект на кожно-туберку-

лезных больных. Этот эффект быстрее наступает при язвенных формах волчанки. Комбинация диеты и местного лечения еще более ускоряет излечение больных. При назначении диеты наблюдается улучшение общего состояния, прибавка в весе, увеличение гемоглобина, красных кровяных телец и уменьшение лейкоцитоза в крови. Реакция оседания эритроцитов уменьшается. Присоединяющаяся у больных рожа протекает легче и быстрее ликвидируется.

А. Д.

Schreus. *По поводу серодиагностики туберкулеза и особенно волчанки.* (Derm. Ztsch. 3, 74, 1936).

Автор предложил принцип сенсибилизации реакции связывания комплекта, основанный на использовании глобулинов сыворотки и в частности специфических туберкулезных реагинов. Изучая реакцию на больных туберкулезом легких (260) и больных волчанкой (200), автор приходит к выводу, что волчанка является формой туберкулезного процесса в организме, однако серологически это удается доказать лишь в 20—25% всех случаев. Серология волчанки и реактивность кожи при ней до настоящего времени мало изучены.

А. Д.

Ikizo Tōyama, Munenori Hasegawa and Tokuji Tchikawa. *Паховая лимфогранулома* (Jap. Journ. Derm. & Urol. 20/V 1936).

Авторы наблюдали 723 случая паховой лимфогрануломы (4-я венерическая болезнь. Реф.) и нашли, что заболевание идентично с тем, что описано в Европе. Пользуясь антигеном из Стокгольма, они наблюдали положительную реакцию у своих больных. Число случаев болезни в Японии увеличивается. Частыми симптомами болезни являются: у мужчин—бубоны, у женщин—стриктуры прямой кишки. В крови наблюдаются антитела, спинномозговая жидкость остается нормальной. У мужчин удается воспроизвести экспериментально суперинфекцию.

Ряду животных удается привить вирус паховой лимфогрануломы: у морских свинок, зараженных вирусом интрацеребрально, через 3—7 дней развиваются спинномозговые симптомы: клонический спазм, паралич ног, опистотонус. В некоторых случаях инфекция протекает бессимптомно. Животных можно заразить, прививая им гной из бубонов, эмульсию из первичных герпетиформных изменений, гной из прямой кишки и асцитическую жидкость при лимфогрануломатозном перитоните.

Методы лечения наиболее эффективны, когда они применяются в ранней стадии болезни при соблюдении правил гигиены и диететики. Оперативное лечение является наилучшим. Эффективны внутривенные вливания антигена Фрея.

А. Д.

Yoneji Miyagawa. *О вирусе паховой лимфогрануломы.* (Jap. Jour. Derm. and Urol., № 5, 20/V 1936).

Авторам удалось обнаружить в кожных проявлениях болезни особый вид гранулотец, сферического вида, 0,3 м в диаметре, окрашивающихся по Гимза. Гранулотец можно отличить от других гранул и патологического детрита благодаря наличию у первых характерной формы.

Автору не удалось видеть подобных образований при других заболеваниях: сифилисе, гонорее, мягком шанкре. Гранулотец удается культивировать у эмбрионов-цыплят, от которых в свою очередь вирус можно передать и мышам. Автору удалось культивировать вирус в ткани.

А. Д.

Yukichi Satani. *Паховой лимфогрануломатоз.* (Jap. Jour. Derm. and Urol. 20/V 1936)

Автор изучил 43 случая болезни. Клинически не дается ничего нового, но заслуживают внимания экспериментальные данные. Тельца Мийагавы были

найжены во всех случаях болезни. Интенсивность реакции Фрея стоит в пропорциональной зависимости от числа теляц. Перенос на животных (мышей) удался во всех случаях. При заражении животных в полость брюшины тельца находили в вагинальной оболочке яичка. Тельца были найдены также в Десцеметовой перепонке. Тельца Мийагавы красятся по Гимза. Реакция Фрея становится положительной. На 3-й неделе болезни, однако, наблюдаются случаи, когда реакция остается отрицательной за все время болезни. При заражении мышей материалом из паховых желез последней группы больных (с отрицательной реакцией Фрея) удается у животных обнаружить тельца. Хороший терапевтический результат был получен при лечении больных препаратами золота.

А. Д.

Takashi Hashimoto. Паховой лимфогрануломатоз. (Jap. Journ. Derm. and Urol. 20/V 193).

Для целей эксперимента наиболее подходящими оказались мыши. Человеческий материал был привит 19 мышам и у 17 получен положительный результат. Вирус изучался на 66 генерациях. При заражении животных интрацеребрально у них наблюдались явления энцефалита, живут 7 — 9 дней. При подкожном заражении наблюдаются регионарные бубоны. Изготовление антигена для внутрикожной реакции лучше всего производить из мозга мышей. При пассивировании вируса на животных его токсичность усиливается: при 54 пассаже в 10 раз. При пребывании вируса в холодильнике в течение 5—7 дней и в инкубаторе в течение 24 часов, он погибает. У подопытных животных симптомы болезни наступают через несколько дней; если же симптомов не появляется, то реакция Фрея все же бывает положительной. Суперинфекцию удавалось вызвать у животных, но у людей ее наблюдать не удалось. Авторы наблюдали тельца Мийагавы, но не убедились окончательно, что именно они являются возбудителями болезни.

Автор наблюдал с 1928 г. 200 случаев болезни, из коих 185 мужчин и 15 женщин. В 191 случае наблюдались бубоны, в 8 случаях—эстиомен, в 2—элефантиаз вульвы, в 4—аноректальная форма и в 2—утеровагинальная форма. Вирус наблюдался во влагалищном и ректальном секрете и у одного больного в околоректальных железах. В 10 случаях при конфронтации удалось обнаружить семейную инфекцию. У женщин этих семей не было бубонов, а наблюдались выделения из прямой кишки. Во всех случаях реакция Вассермана была отрицательной.

Автор считает заболевание *Reginoud* лимфогрануломатозом глаз. Он наблюдал два случая с бубонами в пахах, а затем у этих больных развилось интенсивное припухание конъюнктивы глаз. Антиген, изготовленный из гноя глаз этих больных, был испытан на 10 больных лимфогрануломатозом, и у всех у них наблюдалась положительная реакция. Инокуляция гноя из глаз этих больных в глаза мышам дала положительный результат. А. Д.

Заседания медицинских обществ. Хирургическое общество АТССР (Казань).

Заседание 15 октября 1936 г.

1. В. Н. Помосов—демонстрация больного с адамантиномой нижней челюсти.

Б-ной, 35 л. Поступил во II хирургическую клинику ГИДУВ (проф. В. А. Гусынин) по поводу опухоли нижней челюсти. Опухоль развивалась медлен-

но, в течение 2 лет, и никаких расстройств не причиняла. Опухоль располагается на восходящей ветви левой нижней челюсти, яйцевидной формы, величиной с гусиное яйцо, мягко эластической консистенции. Безболезненна. Со стороны зубов и десен—уклонений от нормы нет.

На рентгенограмме: вздутие челюсти и конгломерат полостей различной величины.

Автор на основании анамнеза, течения, возраста б-ного, данных рентгена—считает случай адамантиномой. Б-ному намечено произвести радикальное удаление опухоли. Кратко коснулся теории развития адамантиномы и привел основные данные литературы, касающиеся этого вопроса.

Прения. Проф. В. А. Гусынин отметил, что у демонстрированного б-ного адамантинома разрешилась в нагноении; из произведенного разреза вытекает мутно-серозная жидкость. Считает показанной радикальную операцию—резекцию челюсти. Проф. Р. Я. Гасуль. Нельзя сказать, чтобы представленная рентгенограмма была типична для адамантиномы. Картина более характерна для *ostitis fibrosa cystica*. Все же до гистологического исследования, которое еще не сделано, следует воздержаться от диагноза.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Для установления точного диагноза необходимо гистологическое исследование; отмечает редкость данного заболевания и останавливается на клиническом его течении. Ввиду того, что отмечены случаи перехода адамантиномы в злокачественные новообразования—оперативное лечение должно быть радикальным.

2. Ф. Я. Благовидов. «К казуистике внутренних грыж брюшной полости». Автор сообщает об оперированном им больном с картиной острой кишечной непроходимости, у которого при операции оказались ущемленными петли тонких кишок в кармане *mesocolon*. Ущемление кишок произошло за счет тяжа, который проходил от свободной поверхности поперечно-ободочной кишки книзу и прикреплялся к передней брюшной стенке. При операции, по освобождению кишок, отверстие кармана зашито. Исход — выздоровление. В заключении автор остановился на литературе вопроса: автору известны 52 случая таких грыж, причем свое наблюдение автор считает седьмым в русской литературе.

Прения. Проф. Б. Г. Герцберг. Диагностика внутренних ущемлений трудна. Чаще всего эти случаи идут под диагнозом непроходимости, и истинный диагноз ставится на операционном столе.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Случай интересен с точки зрения патогенеза и клинического течения. Как справедливо указывалось в прениях, точная диагностика внутренних грыж брюшной полости обычно выясняется на операционном столе.

3. Проф. Б. Г. Герцберг. «О графическом методе исследования кардиального затвора у человека».

В 1934 году на заседании Хирургического общества им. Пирогова автор сообщил о методике записи функций кардии путем введения баллона через желудочный свищ. В 1935 г. автору вместе с Роговым и Рудницким в Пищеварительной клинике ВИЭМ удалось сконструировать зонд-баллон, причем, вводя его через рот, удалось регистрировать движения кардии.

Предлагаемая методика регистрации движений кардии является весьма чувствительной и дает возможность записать малейшие движения в области входа в желудок и пищевода и, таким образом, широко применить ее для

изучения функции кардии у человека под влиянием различных факторов воздействия, а также использовать её для диагностических целей.

Демонстрация диапозитивов: зонд-баллон, методика записи движений кардии, движения кардии у здорового человека, движения кардии под влиянием введения алкалоидов (морфия, атропина, пилокарпина, физостигмина, адреналина), условных рефлексов на кардию; спастические сокращения пищевода у больного с раком пищевода и эзофагоспазм.

Прения. Проф. Р. Я. Гасуль. Доклад Б. Г. Герцберга затрагивает интересную тему о функции того отдела пищевода, который мы называем кардией. Пользуясь двойным зондом по Dahmann'у проф. Герцберг изучал фармакодинамику различных веществ на методику пищевода и кардии. Его кривые очень instructивны. Но вопрос—кардия или hiatus oesophagei—остается, повидимому, решенным в пользу Dahmann'a, который доказал, что кардия не представляет ни морфологического, ни функционального целого, а лишь особой формации дубликатуру стенки из слизистой желудка. Гистологическое исследование подтверждает аналогию структуры стенок желудка в кардиальной части пищевода, которая широкой воронкой открыта в желудок, напоминая подобный же переход мочеточника в пузырь. Правильнее было бы назвать эту часть—pars oesophagealis ventriculi, а не pars abdominalis oesophagei. Все данные опытов над кардией пищевода представляют собой результаты воздействия на hiatus oesophageus, так как всякое раздражение пищевода проводилось только до hiatus включительно, а не дальше на кардию. В вопросе о патогенезе кардиоспазма, конечно, не безразлично, как мы будем решать спор о кардии и hiatus'e. Следует приветствовать работу проф. Герцберга, как стимул к развертыванию у нас этой проблемы.

Проф. А. Н. Миславский. Доклад весьма интересен и затрагивает ряд принципиальных вопросов. Понятие гистологической кардии отлично от анатомической и физиологической.

Кардией называется участок пищевого канала между желудком и пищеводом или, вернее, нижний отдел пищевода, физиологически отличающийся большим градиентом рефлекторной возбудимости. Интересен для гистолога и микроанатома вопрос установления морфологического субстрата рефлекторной деятельности пищеварительного аппарата этого отдела.

Проф. В. Н. Терновский считает, что центр тяжести исследований надо перенести на изучение автономной нервной системы этого отдела. Своими работами докладчик подтвердил исследования Губарева.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Вопрос, изложенный докладчиком, имеет не только теоретический, но отчасти и практический характер, поскольку для клиницистов не безразличен вопрос о кардиоспазме. Докладчик дал много интересного материала, который приближает нас к пониманию патологии кардиоспазма; но он справедливо скромно в своих выводах, так как вопрос о патогенезе кардиоспазма далек от своего разрешения. Следует отметить внешнее оформление доклада.

4. В. М. Осиповский. Доклад о VI Всеукраинском съезде хирургов.
5. Административная часть заседания.

Баллотируется в члены об-ва д-р Э. Э. Бурше. Принимается единогласно.

Председатель проф. Н. В. Соколов.
Секретарь В. Осиповский.

Конференция кумысолечебниц Башкирии.

29 и 30 сентября 1936 г. в Уфе состоялась научно-практическая конференция кумысолечебниц УСПУ Башкирии и Баш.-туберкулезного института со следующей повесткой: 1. Кумысоделие и кумысолечение в Башкирии. Научный руководитель Баш. туб. института—Н. А. Крамов. 2. Физико-химич. состав «диких» кумысов—проф. Н. Ф. Емельянов. 3. Флора кумысов Башкирии—асс. В. Я. Марков. 4. Пораженность тбк кумысных районов—асс. Порховников, д-ра Платкова, Погодин, Элькинд. 5. К вопросу о дозировке кумыса—асс. Огородников, д-р Платкова. 6. О работе кумысолечебниц—«Аксаково» и «Аксеново»—ст. врачи Огородников, Порховников. 7. План научно-исследов. работы кумысолечебниц Башкирии—Н. А. Крамов.

1. В первом докладе Н. А. Крамов дал картину современного состояния кумысного дела в Башкирии. Обследовательская работа летом 1936 г. обнаружила исключительно широкое распространение кустарного кумысоделия в Башкирии. Есть такие районы, где в лето вырабатывается 60—70—100000 литров кумыса, и если принять во внимание, что все кумысолечебницы Шафранова в лето потребляют только 120000 литров, то размеры кустарного кумысоделия Башкирии окажутся колоссальными. Есть районы, где в лето эксплуатируется 400—500 кобылиц для дойки, всего по Башкирии в 3 летние м-ца вырабатывается около 1 000 000 литров кумыса.

В нынешнем году в результате контакта Баш. туб. института и УСПУ БСПС не только изменилась медицинская работа кумысолечебниц, но и проведена научно-исследовательская работа: все темы конференции выполнены, на основании намеченного туб. институтом и УСПУ плана, и научная работа кумысолечебниц стала такой же основной, как и лечебная работа их. Докладчик предлагает ряд мероприятий, изложенных в прилагаемой резолюции.

2. Проф. Н. Ф. Емельянов. Сообщая о физико-химическом составе «диких» кумысов, говорит о их низком качестве и необходимости саннадзора за кумысными очагами.

3. Асс. В. Н. Марков. Характеризуя флору кумысов Башкирии, констатирует разнообразие микрофлоры вследствие загрязненности большинства кумысов.

4. Пораженность тбк населения кумысных районов. Было обследовано 2500 человек на реакции Манту, РОЭ, на ВК, рентгеном, физикально; обнаружено среди них 6 ВК выделителей. Докладчик сообщает полученные цифры пораженности тбк (работа сдана в ж. «Пробл. тбк») и намечает практические мероприятия.

В прениях (Марков, Фильберт, Колотов, Воронов, Крамов) было отмечено высокое оснащение этой работы (рентген, лаборатория).

5. К вопросу «о дозировке кумыса»—На основании клинических наблюдений за кровью, T° , весом, кровян. давлением, сердечными явлениями с нагрузкой и т. п. аа. приходят к мысли о необходимости пересмотра прежних взглядов на дозировку кумыса. Аа. говорят: 4 и 5 бутылок не являются противопоказанными даже при выраженных формах тбк и с искусствен. пневмотораксом, результаты лечения у этих больных по целому ряду показателей были лучше, чем у больных, пивших 3 бутылки.

6. О работе кумысолечебниц «Аксаково» и «Аксеново» доложили старшие врачи Огородников и Порховников.

7. План научно-исследовательской работы кумысолечебниц Башкирии, принятый конференцией: хэ —

I. По теме—Курортология местных районов: а) Изучение макро-и микро-климата кумысолечебниц УСПУ—1937 г. б) Изучение климатич. условий районов БР для организации новых курортов для тбк больных—1937, 1938, 1939 гг. г) Флора пастбищ кумысолечебниц УСПУ—1937 г.

II. По теме—Методика кумысолечения: а) Дозировка кумыса—1937 г. б) Показания к кумысолечению у не тбк больных (кишечных, почечных, печеночных)—1937, 1938, 1939—1942 гг. г) Результаты зимнего кумысолечения—1937, 1938 гг.

III. По теме—Методика кумысоделия: а) Изготовление новых сортов кумыса и изучение их действия—1937, 1938—1942 гг.) б) Консервирование коб. молока и кумыса—1937, 1938 гг. в) Культивирование высокодойных кобылиц—1937, 1938, 1939 гг.

Закрывая конференцию председатель ее—директор УСПУ Баш. СПС тов. Червинский резюмировал: «Конференция впервые в жизни уфимских работников прошла при таком активном участии (присутствовало более 40 врачей), все заслушанные научные доклады прошли под практическим углом производственной жизни кумысолечебниц и наметили конкретные предложения для устранения имеющихся недостатков в работе башкирских санаториев».

Н. А. Крамов.

Хроника.

36) Мартовская сессия физической группы Академии Наук СССР заслушала доклад академика С. И. Вавилова о строительстве физического института Академии Наук и завода точных приборов. В задачи института входят научно-исследовательские работы в области теоретической физики, изучение атомного ядра, космической радиации, электрических и механических колебаний, акустики и т. п. Кроме того, институт должен готовить квалифицированных научных работников.

Здание института намечено построить в Москве на Большой Калужской улице. На крыше трехэтажного здания будет выстроена башня высотой в 40 метров. В первом этаже оборудуется двухсветный зал для работ с токами высокого напряжения. Намечена постройка ряда лабораторий, мастерских, библиотеки с книгохранилищем в 25000 томов. В отдельном здании будет оборудован специальный акустический павильон.

37) В марте проведен первый съезд врачей Армении. До великой Октябрьской социалистической революции Армения имела два-три десятка врачей. Сейчас в республике 2.200 медицинских работников. Деревня, ранее находившаяся в плену у знахарей, теперь имеет широкую сеть лечебных учреждений. Походные палатки здраводелов можно увидеть в самых высоких кочевьях. Усилиями советской медицины полностью ликвидирована натуральная оспа—этот в прошлом страшный бич армянской деревни.

38) По сведениям НКЗдрава Грузии в 1936 году наблюдалось резкое снижение заболеваний малярией, количество заболеваний снизилось на 25% против количества заболеваний прошлого года. Сеть учреждений, ведущих

борьбу с малярией в Грузии, состоит из 27 тропических станций, 25 диспансеров, 84 врачебных и 122 профилактических пунктов.

39) По решению СНК СССР в Тбилиси (Тифлисе) организуется Всесоюзный научно-исследовательский институт бактериофага. Первая очередь строительства должна быть сдана в эксплуатацию в конце первого квартала 1937 г. На сооружение основного корпуса института (строительство первой очереди) ассигновано три миллиона рублей. Стоимость всей постройки определена в 12,5 мил. рублей. По плану намечается постройка научно-исследовательского корпуса, стационара на 50 коек, вивария для экспериментальных животных, клиники для лошадей, небольшого газового завода, электростанции, жилых домов и ряда подсобных построек.

40) Наркомздравом СССР проведено совещание эпидемиологов, микробиологов и врачей-педиатров по борьбе с коклюшем. На этом совещании было заслушано сообщение заведующего детской группой эпидемиологического отдела Ленинградского пастеровского института д-ра Иоффе о последних работах по освоению и усовершенствованию бактериологических методов исследования коклюша. Институт им. Пастера, в результате углубленного изучения свойств коклюшной палочки, пришел к особому методу приготовления коклюшной вакцины. Действие этой вакцины было проверено на белых мышах. Мыши, с предварительно привитой вакциной, коклюшем не заражались. В настоящее время Институт приступает к изучению предохранительного действия этой вакцины на детях.

Совещание пришло к заключению, что для правильного изучения методов лечения и проверки эффективности прививок, необходимо организовать специальные коклюшные стационары.

41) В ВИЭМ доктор Жиру, сотрудник Пастеровского института в Париже, сделал доклад о противосыпнотифозной вакцине, приготовленной знаменитым французским ученым Шарлем Николаем и его сотрудником Легрэ. Прививка вакцины людям дала прекрасные результаты. Оказалось, что она способна оборвать вспышку сыпнотифозной эпидемии.

Проф. В. А. Барыкин (Центральный институт эпидемиологии и микробиологии в Москве) дал характеристику своей сыпнотифозной вакцины, изготовленной из обработанного квасцами мозга морских свинок, зараженных сыпным тифом. Эта вакцина предохраняла от заболевания сыпным тифом всех подопытных свинок.

Микробиолог т. Крантовская сообщила о вполне удовлетворительном предохранительном действии вакцины, приготовленной ею из ослабленной культуры сыпного тифа. Культура была получена по методу американского ученого Карреля.

42) VI Всесоюзный съезд физиологов состоится в Тбилиси в 1937 г. Для подготовки к съезду Совнарком Грузии утвердил организационный комитет.

43) В Ленинграде открылась фабрично-заводская лечебница при фабрике «Красное знамя». Лечебница состоит из трех отделений: углекислых и солено-хвойных ванн, душевого и грязевого.

44) В 1935 году малярийная комиссия Лиги наций организовала массовую проверку лечебного и профилактического действия различных противомалярийных средств—хинина и синтетических препаратов; акрихина, плазмоцида, атебрина и плазмохина. Опыты проводились одновременно в пяти странах:

СССР, Франции (Алжир), Румынии, Италии и Малайских штатах (Малайские острова) и были закончены в мае 1936 г.

При учете результатов выяснилось, что советский акрихин не уступает по своему действию хинину. В случаях комбинированного лечения советским акрихином с плазмоцидом—результаты лечения оказываются лучшими, чем при применении хинина.

45) 70 профессоров, докторов, кандидатов наук и других работников Академии наук БССР изъявили желание изучать летное дело без отрыва от работы. Среди них директор Института биологии проф. Дорожкин, директор Института химии проф. Козлов и др.

46) В конце марта с. г. в Москве на совещании хирургов проф. Пьер Фреде сделал сообщение об общей анестезии посредством внутривенного введения химического препарата нюмаль. Нюмаль применялся совместно с закисью азота. Проф. Фреде утверждает, что при таком сочетании получается безукоризненный наркоз, не представляющий тех опасностей, которыми угрожают прежние способы наркоза.

47) В 1937 г. в Сочи открываются 5 новых санаторий на 500 коек, в Кисловодске и Ессентуках—2 новых санатория на 380 коек. В Сочи, Кисловодске и Железноводске заканчивается стройка новых электростанций. На переоборудование водопроводной сети в Железноводске, Хосте и Кисловодске затрачивается в 1937 г. свыше 14 мил. руб. На новое строительство и оборудование в Сочи и Мин. водах в текущем году будет отпущено до 150 мил. рублей.

48) В 1938 г. Нидерландское гинекологическое общество, основанное в Амстердаме, организует интернациональный конгресс акушеров и гинекологов.

49) В Швеции начато лечение туберкулеза сывороткой. Реенстриерна приготовил антитуберкулезную сыворотку путем иммунизации барана антигеном, состоящим из кислотоустойчивых и некислотоустойчивых форм туберкулезной палочки (кокковидные и дифтероидные). Иммунизация проводится подкожно, с промежутками в 9—10 дней, в течение 4 месяцев. Хансон применил сыворотку, полученную указанным способом, на клиническом материале, состоявшем из 32 больных. Хорошие результаты получены при лечении волчанки. При других формах туберкулеза—результаты менее определенные. При введении сыворотки больным наблюдалась только местная реакция, аналогичная туберкулиновой.

50) В Англии на одной фабрике ковров было несколько случаев заражения рабочих сибирской язвой. При выявлении источника инфекции оказалась зараженной одна партия персидской шерсти. Опыты, произведенные в лабораториях, где воспроизводились условия производства, показали, что горячая мойка шерсти (при температуре около 50°), в растворе соды и мыла, никакого эффекта на сибиреязвенные споры не оказывает, она только ускоряет превращение спор в вегетирующие формы, которые погибают (но далеко не полностью) при последующей сушке (при 80°). Очень хорошие результаты получаются при крашении шерсти кислотными анилиновыми красками при температуре 100°—микробы все погибают. Поскольку обработка формалином (в растворе и паром) дает хороший эффект, были поставлены опыты с добавлением формалина в горячий шлихт; результаты получились очень хорошие: в 92% опытов роста микробов, после шлихтования и последующей сушки,—не получилось.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА
НА
**„ТРУДЫ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА“**

в 1937 г.

ГОД ИЗДАНИЯ VII

Отв. редактор заслужен. деятель науки проф. В. С. ГРУЗДЕВ.

„Труды Казанского государственного медицинского института“ в 1937 году будут рассылаться по мере выхода из печати книжками, объемом каждая в 3—12 печатных листов. О выходе в свет каждой книжки, ее содержании и цене будет своевременно публиковаться в „Казанском медицинском журнале“.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ.

В интересах авторов рукописей редакция настоятельно просит придерживаться следующих правил:

1. Статьи, присылаемые в редакцию без предварительного согласования, не должны превышать $\frac{1}{2}$ печ. листа (20000 печ. знаков), т. е. *10 страниц на пишущей машинке.*

2. Статьи должны быть *перепечатаны на пишущей машинке на одной стороне листа* (первый оттиск, а не копия) с двойным интервалом между строками и небольшими полями (не менее 3 см.) с левой стороны—*на бумаге, допускающей правку чернилами* (не папиросная и не цветная).

3. Переписанные на машинке рукописи *должны быть самым тщательным образом выверены* (особенно фамилии иностранных авторов) и *исправлены вполне разборчиво чернилами* (не красными).

4. Изложение должно быть *ясным и кратким.* Литературное введение и история вопроса допускаются только в самом сжатом виде. Протоколы истории болезни должны быть *средактированы* возможно кратко.

5. *Количество рисунков, диаграмм и таблиц должно быть минимальным* (самые необходимые), причем рисунки должны быть выполнены так, чтобы они допускали непосредственное воспроизведение (контрастные фотографии, рисунки тушью и т. п.).

6. *Фамилии иностранных авторов, упоминаемые в статье, пишутся русским шрифтом.*

7. Библиографические данные—*только самые необходимые*—должны быть написаны *разборчиво* (особенно иностранные источники) и помещены в конце статьи в алфавитном порядке (сначала русские, а затем иностранные).

8. В конце статьи обязательно ставятся *собственноручная подпись автора и его почтовый адрес.*

9. Авторам настоятельно рекомендуется *оставлять у себя копии статей, посылаемых в редакцию.* Редакция оставляет за собой право рукописи не напечатанных работ не возвращать.

10. Редакция оставляет за собой право *сокращать и исправлять* рукописи.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА
НА
КАЗАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
за 1937 г.

ИЗДАНИЕ СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ ТАТАРСКОЙ АССР

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

ГОД ИЗДАНИЯ XXXIII

Журнал выходит ежемесячно книжками до 9 печ.
листов каждая

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА

с доставкой и пересылкой на год (12 №№)—15 руб.;
на 1/2 года (6 №№)—7 р. 50 к.

ПОДПИСКУ НАПРАВЛЯТЬ

ПО АДРЕСУ:

Г. Казань. Редакции „Казанского медицинского журнала“

Ответ. редактор проф. М. И. Мастбаум. Лит. ред. Г. Д. Шапиро. Тех. ред. Г. В. Петров.

8³/₈ п. л. В п. л. 57100 зн. Т. 5000+115. Упол. Татглавлита № 981. Наряд № Б 015. Сдано в произ.
15/I-37 г. Подп. к печ. 9/IV 37 г. Бум. ст. ф. 62X94 см.

Татполиграф при НКМП Тат. АССР. Казань, ул. Миславского, 9. 1937.