

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Орган медицинских обществ г. Казани и Уральского Общества Врачей
в г. Свердловске.

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

РЕДАКЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:

д-р И. С. Ялуф (зав. хоз. частью), проф. В. М. Аристовский, д-р
Э. Н. Блюмштейн (секретарь редакции), д-р И. К. Курдов, проф.
Р. А. Пурия, проф. Л. М. Ратнер и проф. М. О. Фридланд (зам.
зав. хоз. частью).

1926 г.

(Год издания XXII).

№ 5—6.

М а й — И ю н ь.

ПОСВЯЩАЕТСЯ

ПРОФЕССОРУ

ВИКТОРИНУ СЕРГЕЕВИЧУ

ГРУЗДЁВУ

по поводу 35-летия его учено-преподавательской и врачебной
деятельности.

(Вышел из печати 31 мая).

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Цена 1 р. 50 к.

СОДЕРЖАНИЕ.

	Стр.
От Редакционного Комитета „Казанского Журнала“ (с портретом) . . .	477

Отдел 1. Оригинальные статьи.

Проф. А. И. Тимофеев (Казань). XXXV лет деятельности профессора В. С. Груздева.	479
Проф. А. А. Опокин (Томск). Проф. В. С. Груздев, как представитель русской онкологии.	496
Проф. Р. Mühlens (Hamburg). Лечение амёбной дизентерии.	505
П. В. Маненков (Казань). Рагоорфогон, его топография и судьба в различные возрасты внутри- и внеутробной жизни женщины (с табл. рисунков)	511
Проф. В. Н. Терновский и студ. М. Садыкова (Казань). Добавочный m. soleus (с рис.).	514
Г. Г. Непряхин (Казань). К вопросу о множественных злокачественных опухолях и их сочетаниях.	524
Проф. И. Г. Савченко и И. М. Баронов (Краснодар). К учению о лихорадке.	532
Проф. В. М. Аристовский и Р. Р. Гельтцер (Казань). О патогенности наших культур спирохет Obermeiera.	536
✓ Проф. П. Н. Николаев (Казань). Об основных типах высокого кровяного давления.	546
Проф. Р. А. Лурия (Казань). О лечении язвы желудка новопротином.	555
О. Fisher (Hamburg). Прогноз при лечении инсулином сахарного мочеизнурения.	559
Н. Н. Назаров (Саратов). Ранняя операция, как профилактическая мера против тяжелых осложнений при некоторых хирургических заболеваниях.	569
С. А. Драверт (Вятка). К вопросу об эпидуральном крестцовом обезболивании новокаином при хирургических операциях.	581
Б. А. Живова (Ростов н/Д). Изменения лейкоцитарной формулы Schilling'a в зависимости от общего наркоза и местной анестезии (с 3 диаграммами).	587
Е. В. Смирнов и К. М. Климов (Астрахань). К вопросу об измерении кровотоковости.	593
Пр.-доц. Н. В. Соколов (Казань). Опыт лечения гнойных ран антивиром по Безредко.	601
Проф. В. Л. Боголюбов (Казань). Из области хирургическо-гинекологических наблюдений.	611
Проф. М. О. Фридланд (Казань). Новый способ оперативного устранения застарелых латеральных вывихов коленной чашки (с 6 рис.).	623
Н. М. Морозов (Казань). Два случая хинного амавроза.	630
Студ. К. И. Зеленин (Москва). Новый способ определения истинной конъюгаты (С. v.) у женщины (с 6 рис.).	638
В. Е. Одинцов (Свердловск). К лечению рвоты беременных.	641
Г. М. Шполянский (Ленинград). К вопросу о лечении эклампсии щелочно-гипертоническими растворами.	647
Н. И. Дамперов (Кинешма, Ив.-Возн. губ.). Случай декапсуляции почки при эклампсии.	

Настоящим № 5 — 6 заканчивается высылка „Казанского Медицинского Журнала“ тем из гг. подписчиков, кои внесли полугодовую плату (3 руб. 50 коп.) или подписались в рассрочку в 2 срока и внесли 3 р. Последующая высылка **возобновится** по получении очередных взносов до полной годовой платы, именно: **3** рубля для подписчиков **в рассрочку** и **3 р. 50 к.** для **полугодовых**.

Полугодовым подписчикам, продолжившим выписку, доплата снижается до 3 рублей при условии высылки денег до 1 августа.

Редакция просит **поспешить** с присылкой денег, т. к. при слишком большом перерыве возможна нехватка №№ за истекшие месяцы.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

Выходит при ближайшем участии профессоров и преподавателей Медицинского Факультета Казанского Университета, Казанского Гос. Института для усовершенствования врачей и др. высших медицинских школ СССР.

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

1926 г.

(Год издания XXII).

№ 5—6.

М а й — И ю н ь.

ПОСВЯЩАЕТСЯ
ПРОФЕССОРУ
ВИКТОРИНУ СЕРГЕЕВИЧУ
ГРУЗДЕВУ

по поводу 35-летия его учено-преподавательской и врачебной деятельности.

КАЗАНЬ.
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.



ПРОФЕССОР
Викторин Сергеевич
Груздев.

От Редакционного Комитета „Казанского Медицинского Журнала.“

(С портретом).

16 февраля тек. года исполнилось 35-летие врачебной, ученой и преподавательской деятельности ответственного редактора „Казанского Медицинского Журнала“, профессора Викторина Сергеевича Груздева.

В. С. Груздев—выдающийся ученый, талантливый педагог, прекрасный врач, изумительный редактор и прежде всего и главным образом—величайший пример исключительной добросовестности, беспределельной энергии и преданности науке и печатному медицинскому слову.

В. С. родился в 1866 году. Избранный в 1900 году на кафедру акушерства и гинекологии Медицинского Факультета Казанского Университета, В. С., тогда еще молодой ученый, в первой же своей лекции провозгласил основным принципом своей будущей деятельности неразрывную связь теоретической и клинической медицины и этому принципу остался верным в течение всех прошедших лет, занял видное место в первых рядах русских ученых и создал блестящую школу акушеров и гинекологов, многие представители которой занимают самостоятельные кафедры.

35 лет неутомимо работает В. С. Как-бы ни складывались обстоятельства, он неизменно остается на своем посту, раздувая огонь русской науки. Итог: свыше 70 собственных печатных работ, около 100 печатных работ, вышедших из его клиники.

С именем В. С. и его школы связан ряд достижений в области акушерства и гинекологии: желтое тело, рагоорхон, развитие vaginae, опухоли женской половой сферы, в частности рак матки, мочеполовые фистулы, гедоналовый наркоз и множество других вопросов захватывают В. С. и его школа в ряде капитальных исследований.

С именем В. С. связано обширное оригинальное руководство по акушерству и гинекологии, которое многие и многие годы будет напоминать студентам, врачам и специалистам С.С.С.Р. славное имя В. С.

Изумительна, необыкновенно рельефна, ярка и преисполнена величайшего сознания общественного долга работа В. С., как руководителя „Казанского Медицинского Журнала“. Влюбленный в печатное слово, с молодых лет приобщившись к редакторству, с первых шагов своей

сознательной жизни горя стремлением вынести свет знания из тесного круга посвященных в гущу народную, В. С. со дня возобновления „Казанского Медицинского Журнала“ в 1921 году так тесно спаялся с ним, что „Журнал“ и В. С. стали неотделимы. Нет такой жертвы, которой В. С. не принес-бы для „Журнала“, нет такого труда, который он-бы пожалел для него. Вокруг „Журнала“ В. С. сумел объединить все живые научные силы края. Знающие работу В. С., как ответственного редактора „Журнала“, могут ей только изумляться.

60 лет В. С-чу. Он бодр, энергичен и горит жаждой научного исследования, достижений и работы, как в дни молодости. Пусть же он еще долго живет и будит своим примером благородную и прекрасную страсть к всеосозидающему творческому научному труду.

Викторину Сергеевичу Груздеву, своему ответственному редактору, своему дорожному руководителю, Редакционный Комитет „Казанского Медицинского Журнала“ посвящает настоящий номер *).

Редакционный Комитет.

*) К сожалению, предполагавшееся ранее издание „Сборника работ по акушерству и гинекологии“ по поводу 35-летия деятельности В. С. вряд-ли состоится — в виду материальных затруднений. Комитет вынужден ограничиться лишь выпуском настоящей книжки в удвоенном против обычного размере. В виду этого весьма многие из присланных для „Сборника“ работ, особенно более громоздкие по объему и имеющие казуистический характер, не могут войти в нее, и Комитет предлагает их авторам или получить обратно их рукописи для помещения в других медицинских журналах, или ожидать помещения их в „Казанском Медицинском Журнале“ в порядке очереди. В первом случае Комитет просит гг. авторов заявить ему письменно об их желании, — и рукописи немедленно будут высланы по указанным адресам.

XXXV лет деятельности профессора В. С. Груздева^{*)}.

Проф. А. И. Тимофеев.

Знарок истории акушерства и гинекологии в России, проф. В. С. Груздев в историческом ходе развития этих дисциплин различает несколько периодов. Самый последний период, который он называет после-революционным, едва еще начался и историческому обзору подлежать, конечно, не может. Законченный, предреволюционный период русской гинекологии, начало которого В. С. относит к началу антисептической эры в хирургии, характеризуется наивысшим развитием научно-практической гинекологии в России, поставившим ее на один уровень с гинекологией культурных стран Западной Европы. Естественно, что и Гинекологическая кафедра и клиника Казанского Университета в общем прошли те же этапы исторического развития, что и русская гинекология вообще. В последний период своего исторического развития Казанская Акушерско-Гинекологическая кафедра вступила с приездом в Казань проф. К. Ф. Славянского—первого представителя научной гинекологии в современном смысле этого слова. После краткого пребывания проф. Славянского в Казани развитие научного акушерства и гинекологии в Казанском Университете снова остановилось, и новое возрождение в этом смысле кафедры и клиники начинается с 1885 года, при проф. Н. Н. Фенюкове. Фактически с этого времени можно считать начало того исторического периода, когда Казанская Акушерско-Гинекологическая клиника приняла облик клинического учреждения современного типа, сделалась рассадником врачей-специалистов в области акушерства и гинекологии и центром научной разработки различных вопросов, касающихся этих дисциплин. С тех пор прошло почти полвека, и больше половины этого периода Казанская кафедра акушерства и гинекологии возглавляется профессором В. С. Груздевым. Будущий историк русской гинекологии оценит, конечно, значение Казанской Акушерско-Гинекологической кафедры в развитии русской гинекологии, мы же хотели-бы вкратце отметить здесь то, что сделано Казанской акушерско-гинекологической клиникой в научно-учебно-практическом отношении за то время, когда она находилась под руководством настоящего своего директора, приветствовать которого в знаменательный день его жизни мы собрались здесь сегодня.

В одной из своих статей, относящихся к началу его академической деятельности, наш уважаемый юбиляр, указывая те пути, которые, по его мнению, должны вести к прогрессу акушерства и гинекологии, как практических отраслей медицины, в качестве *conditio sine qua non* указал на необходимость разработки чисто-научных основ их, причем в этой разработке акушеры и гинекологи должны принять живое участие наряду

^{*)} Речь, произнесенная на торжественном юбилейном заседании Совета Казанского Медич. Ф-та, Совета Гос. Ин-та для усоверш. врачей, Совета Ветерин. Ин-та и научных обществ г. Казани 16 февраля 1926 г.

с бактериологами, патологами и другими представителями чистой науки. Глубоко убежденный, что практические результаты этой дружной работы должны послужить на благо страждущего человечества и страждущей женщины в частности, В. С. этот принцип неуклонно проводил в течение всей своей жизни, и тот период в истории Казанской кафедры и клиники, когда они имели своей главой профессора Груздева, протекал под знаком искания научных истин и подведения прочных научных оснований под все стороны практической клинической деятельности.

Еще молодым врачом первое свое крупное научное исследование В. С. посвятил изучению патологической анатомии сарком яичника, представив его в виде обширной монографии, доставившей ему степень доктора медицины. Во время своей заграничной командировки он много внимания уделил изучению патологической анатомии, гистологии и эмбриологии, и относящаяся к тому времени его совместная с проф. Werth'om работа о развитии и морфологии мускулатуры человеческой матки представляет капитальное исследование, основные положения которого сохранили всю свою ценность до настоящего времени. Уже эти первые крупные работы В. С. определили его в его исследовательской работе, как морфолога. И впоследствии, возглавляя Акушерско-Гинекологическую кафедру Казанского Университета, В. С. в работах своих и своей школы остается преимущественно морфологом, — большинство работ, выпущенных его клиникой, касается различных вопросов патологической анатомии, гистологии и эмбриологии.

В своих научных исканиях В. С. всегда останавливался на таких вопросах, которые были еще мало освещены в науке или же являлись вопросами большого научного спора. И трудности избранной темы не останавливали настойчивого искателя научной истины. Не имея совершенно возможности хотя-бы перечислить все работы учителя и его школы, мы позволим себе кратко указать на главные работы монографического характера, выпущенные учениками В. С. в качестве диссертаций.

В группе работ, трактующих различные вопросы гинекологии с патолого-анатомической и клинической стороны, отчасти подкрепленных экспериментальными наблюдениями авторов, прежде всего следует отметить диссертацию покойного д-ра Кадыгробова об эндотелиомах женского полового аппарата. Это исследование составляет первый опыт составления полной патолого-анатомической и клинической характеристики данного заболевания, до того времени описанного в литературе лишь в виде казуистических случаев. Труд д-ра Кадыгробова, явившийся первой диссертацией из клиники проф. Груздева, представляет вполне законченную главу современной гинекологии и служит основной работой для дальнейших исследований других авторов по тому же вопросу.

В диссертации д-ра Горизонтова, ныне профессора Томского Университета, затронут и разработан экспериментально вопрос о вторичной бугорчатке женских половых органов. Работа эта имеет большое научное и практическое значение, так как касается такого важного клинического вопроса, который в то время совершенно не был разработан в научной литературе. Автор доказал клиническое значение вторичного туберкулеза, выяснил условия, пути распространения и патологическую анатомию процесса, указал клиническую картину и наметил пути терапии его.

Исследование д-ра Кедровой представляет опыт изучения т. н. гигантских опухолей женской половой сферы, которые всегда привлекали внимание В. С. как по тому значению, которое они имеют для их носительниц, так и вследствие их удивительных биологических особенностей, сказывающихся в резко выраженной склонности к беспредельному росту.

Капитальный труд д-ра Дьяконова посвящен разрешению ряда клинических вопросов по отношению рака матки на основании подробного патолого-анатомического изучения обширного ракового материала проф. Груздева. По количеству обработанного материала, по тщательности патолого-анатомического изучения морфологии, генеза и путей распространения рака это исследование должно быть призвано одним из самых серьезных не только среди русских работ, но и в мировой литературе вообще.

Экспериментальная работа д-ра Козлова, ныне профессора Омского Медицинского Института, касается изучения патолого-анатомических изменений кроличьей матки под влиянием рентгеновских лучей. Работа эта, являясь почти единственной в своем роде, проливает свет на механизм кровоостанавливающего действия лучей при непосредственном воздействии их на матку при различных доброкачественных ее поражениях.

Работы д-ров Тимофеева, Чукалова и Маненкова составляют вторую группу работ клиники и затрагивают гистологические и эмбриологические темы.

Диссертация д-ра Тимофеева, ныне сверхштатного профессора Казанского Университета, посвящена не новому, но спорному вопросу о развитии желтого тела яичника человека. Несмотря на крайнюю трудность работы именно на человеческом материале, она была выполнена, благодаря просвещенному руководству учителя, его настойчивости и опытности в открытии научных истин. Основным результатом работы было подтверждение эпителиальной природы желтого тела у человека и установление отношений во времени между менструацией и овуляцией.

Работой своего ученика д-ра Чукалова В. С. вновь затрагивает некоторые спорные вопросы в развитии влагалища у женщин и получает данные, заставляющие признать наиболее вероятным происхождение этого органа из Müller'овых ходов.

Исследование д-ра Маненкова о развитии и судьбе околотяжечкового придатка, проведенное по точным современным методам эмбриологической техники, является последним словом в этом спорном вопросе и с несомненностью решает его в пользу персистенции этого органа и у взрослой женщины.

Наконец, отдельно в ряде работ диссертационного характера стоит фармако-физиологическое исследование д-ра Малиновского, ныне профессора I Московского Университета, о влиянии питуитрина на сокращения матки при родах. Первичная слабость маточных схваток, являясь иногда крайне тяжелым осложнением родового акта, всегда привлекала внимание В. С., и одна из его первых работ как раз посвящена изучению маисовой головни (*ustilago maydis*), как средства, усиливающего родовые сокращения матки. Открытие в мозговом придатке веществ, способных вызывать физиологические маточные сокращения, тотчас же обратило внимание В. С. на препарат питуитрин, и в клинике его д-ром

Малиновским произведено было научное исследование действия этого препарата при помощи точного токодинамометрического метода на женщинах *sub partu*. Полученные автором данные делают эту работу основной в данной области.

Полагая, что уже этот ряд работ-монографий, многие из которых представляют совершенно законченные, научно обработанные главы современной гинекологии, вполне определяет почетное место проф. Груздева и его школы не только в русской гинекологии, но и в научной гинекологии вообще, мы переходим к изложению клинической деятельности В. С.

Здесь прежде всего мы должны отметить, что по вступлении на кафедру молодой директор клиники немедленно постарался поставить ее на высоту, соответствующую современным требованиям хирургии и успехам гинекологической техники, что стоило ему немало трудов. И в дальнейшем течение четверти века постоянной заботой В. С., как директора клиники, было стремление держать ее на этой высоте, несмотря на встречающиеся на его пути затруднения, главным образом материального характера.

Будучи современным гинекологом, стоящим на высоте знания и техники, В. С., согласно современному хирургическому направлению в гинекологии, естественно и деятельность своей клиники развивал в этом направлении.

Как вдумчивый хирург, В. С. в своей хирургической деятельности всегда проводил и проводывал принципы разумного консерватизма, на которые всегда указывали лучшие хирурги эпохи расцвета русской хирургии с великим учителем Н. И. Пироговым во главе.

Как ученый, выше всего ставящий интересы науки и признающий за истину лишь то, что строго доказано наукой, В. С. и в чисто-клинической работе остался верен своему принципу, что прогресс акушерства и гинекологии в их практическом применении может идти только при условии строго-научного их обоснования.

Вводя и разрабатывая в своей клинике новые методы, устанавливая новые принципы по разным вопросам клинической гинекологии, он всегда старался обосновать их научно, возвращаясь к наиболее важным и волнующим его вопросам неоднократно, предпринимая нередко специальные экспериментальные исследования и представляя свои наблюдения в ряде работ своих лично и своих учеников. Здесь можно указать исследования его личные и покойного ученика его д-ра Натевича по вопросу о промываниях брюшной полости, экспериментально-клиническое исследование о гедоналовом наркозе д-ра Болондзя, химические исследования обмена веществ при остеомалиции, произведенные д-ром Ключевским, в особенности же труды самого В. С. и его клиники по борьбе с раком матки и мочеполовыми фистулами у женщин. Одно из опаснейших заболеваний у женщин, рак матки, проблема которого не разрешена и до настоящего времени, всегда интересовало В. С., потерявшего горячо любимую мать от этой болезни, и на протяжении всей своей деятельности он усердно и настойчиво занимался разрешением вопроса о рациональной борьбе с этим ужасным злом, уносящим тысячи жизней. Целый ряд работ по этому вопросу самого В. С. и его учеников Дьяконова и Тимофеева представляет ценный материал большого научного и практического значения. Другое заболевание, мочеполовые свищи у женщин,

делающее несчастных их обладательниц истинными страдальцами, всегда вызывало у В. С. стремление избавить их от этих страданий. Открывая широко двери своей клиники для подобного рода больных, он неустанно разрабатывал и совершенствовал методы оперативного лечения этого страдания. Работы В. С. и его учеников и сотрудников, д-ров Козлова и Малиновского, содержащие научную разработку вопроса о мочеполовых фистулах, являются единственными в современной русской литературе, как по количеству накопленных ценных наблюдений, так и по тщательности обработки материала.

Мы зашли-бы слишком далеко, если-бы захотели перечислить все вопросы научно-практического значения, затрагивавшиеся и разрабатывавшиеся в клинике проф. Груздева. Достаточным считаем сказать, что ни один операционный препарат не остался без подробного патолого-анатомического обследования и ни один более или менее интересный клинический случай — без подробного изучения, а все достойное внимания опубликовано было в ряде работ, выпущенных Казанской Акушерско-Гинекологической клиникой, длинный перечень которых служит лучшим украшением к отчету о деятельности клиники.

При такой постановке дела в клинике, когда чисто-практическая работа неразрывно была связана с работой научного характера, центром, объединяющим эти два направления, сделалась лаборатория клиники. В соответствии с общим направлением деятельности своего шефа лаборатория клиники сразу же приняла характер научно-исследовательского учреждения, не только служащего клиническим целям, но главным образом ведущего чисто-научную работу. Любимое детище В. С., для которого он всегда умел уделить нужные средства, несмотря на более чем скромный бюджет клиники, клиническая лаборатория никогда не прерывала своей работы. Даже в годы тяжелой разрухи, когда клиническая жизнь почти остановилась, когда кругом все замерзало, не потух огонь лабораторных термостатов, не потух огонь научных стремлений. Профессор Груздев, верный их хранитель, сумел поддержать и в это тяжелое время потухающее пламя для того, чтобы оно вновь ярко вспыхнуло.

Считая, что обработка клинического материала должна подкрепляться изучением этиологии, генеза, путей распространения болезненного процесса, каковы моменты для большинства случаев могут быть выяснены патолого-анатомическим изучением операционных препаратов, В. С. тщательно всегда собирал и хранил эти препараты, для чего при клинике им организован был патолого-анатомический музей. Когда, с течением времени, накопилась целая коллекция препаратов, многие из которых по своей демонстративности, а некоторые и редкости представляют большую ценность, В. С. решил выделить эти препараты в особый показательный музей, который мог-бы служить целям обучения студентов. Не жалея средств, уже в годы мировой войны он положил начало музею, организация которого еще не закончена, но который и в настоящем своем виде является гордостью клиники и едва-ли имеет много равных себе учреждений в русских университетах.

Безупречный ученый, неутомимый клинический работник, проф. В. С. Груздев, при его строгих понятиях о долге преподавателя, и дело преподавания студентам поставил в своей клинике на большую высоту. Считая, что окончивающим Университет врачам, главная масса которых немедленно по окончании курса должна ехать в захолустные участки,

необходимо прежде всего приобрести навык к правильному подходу к больной и умение практически применить приобретенный запас знаний. В. С. всегда особое внимание обращал на практическую работу студентов в клинике. Обязательные практические занятия студентов, как по курированию больных, так в особенности по проведению различных неоперативных методов гинекологической терапии, давно уже введенные в клинику, несомненно сослужили немалую пользу участковым врачам и в достаточной мере оценены и студентами, самый наплыв которых в клинику профессора Груздева свидетельствует об этом.

Полагая, что обучающийся в теоретической части курса должен получить необходимый минимум знаний, строго соответствующих данному состоянию науки, В. С. строил свои лекции именно так, что слушатели получали самое необходимое и научно строго проверенное.

Озабоченный отсутствием русских учебников по читаемым им дисциплинам и не находя возможным приступить к изданию собственного руководства, пока не будет накоплен достаточный личный опыт, В. С. этот дефект в преподавании в первое время своей деятельности выполнял изданием переводных немецких учебников Nagel'a, Küstner'a и Schtödeger'a, выпустив их под своей реакцией и со своими дополнениями. Учебники эти, на которых воспитались целые поколения врачей, вполне заслуженно получили всеобщую известность. Уже во время мировой войны, когда накоплен был достаточный личный опыт, приступил В. С. к выполнению своей заветной мечты дать своим ученикам такое руководство, которое удовлетворяло-бы всем строгим требованиям, каковые он предъявлял к подобного рода произведению и которые он подробно изложил в своем предисловии к русскому изданию учебника Küstner'a. Годы войны, революции и последовавшей всеобщей разрухи задержали издание руководства, но, благодаря неутомимой энергии составителя, не помешали ему появиться в свет в 1922 году в виде „Курса акушерства и женских болезней“, являющегося заключением многолетней клинической деятельности и отражением громадного опыта его автора. Завершением этого колоссального труда проф. Груздев до конца выполнял перед учениками долг преподавателя, который он понимал всегда так строго.

Мы не считали-бы нашу задачу—дать характеристику деятельности проф. Груздева—вполне законченной, если-бы ограничились изложением ее в пределах его кафедры и клиники. Академический учитель в лучшем смысле слова, проникнутый стремлением передать возможно шире свои знания и свои научные и врачебные принципы, В. С. не мог удовлетвориться изложением лишь их в университетской аудитории. Это его стремление широко сеять семена знания ярко выразилось в его неустанных, на протяжении всей жизни, литературных занятиях не только как ученого, но и как руководителя-издателя. С молодых лет сотрудничая в различных периодических изданиях, он уже студентом участвует в создании журнала „Природа и Люди“, который впоследствии получил такую общую и заслуженную известность. Упомянутые уже нами русские издания переводных учебников тоже носят на себе печать редакторского таланта и искусства В. С. Высший подъем этой общественно-литературной деятельности выявил В. С. в последние годы, в особенности в годы наибольшего застоя, охватившего все стороны жизни нашей страны. В годы всеобщей разрухи, в период полного застоя в науке и осквещения печатных научных изданий, В. С. один из первых поднял свой

голос на защиту русской медицинской науки и мощно и энергично принялся за возрождение общественно-научных организаций и органов медицинской печати. В самое тяжелое время он становится во главе погибающего Общества Врачей при Университете и быстро оживляет его деятельность. По его почину и под его непосредственным руководством, при просвещенной поддержке высших государственных органов Татареспублики, возрождается к жизни прекративший, было, свое существование „Казанский Медицинский Журнал“, и вскоре, благодаря необыкновенной энергии, исключительной преданности делу и таланту своего ответственного редактора, достигает такого развития и успехов, о которых основатели журнала могли только мечтать. Верный заветам своего любимого учителя, покойного профессора В. А. Манассеина, В. С. Груздев сумел придать „Казанскому Медицинскому Журналу“ характер не только местного органа с узкими задачами, но характер обще-медицинского журнала, который представляет интерес для всех врачей, как с научной, так и с врачебно-бытовой стороны. В области крупных врачебно-общественных заслуг В. С. нельзя не отметить тех трудов, которые понес он по созыву, организации и проведению имевшего такой успех I Поволжского Съезда Врачей.

Стоя на страже академических интересов и в то же время учитывая потребности жизни, властно указывавшие на необходимость создания таких учреждений, которые могли-бы дать врачам возможность освежить и пополнить свои знания и практически ознакомиться с новейшими достижениями медицинской науки, В. С. был в числе первых, поддержавших идею необходимости организации в Казани Клинического Института, по основании которого он вошел в него преподавателем, не считая для себя возможным отказать стекающимся сюда врачам в приобретении от него своих знаний.

Заканчивая наш краткий очерк многогранной, разносторонней, яркой деятельности В. Г., как ученого, врача - клинициста, преподавателя, идейного литератора - редактора и общественного работника, мы не коснулись его личных качеств, как человека, товарища и руководителя младших. Эти всем известные качества его найдут, конечно, достойный отклик в тех приветствиях, которые мы здесь услышим, нашей же задачей было обрисовать его дела, и думается нам, что мы с полным правом можем сказать, что дела профессора Груздева являются лучшей для него характеристикой.

Дорогой учитель! В сегодняшний день благодарные ученики Ваши и вся русская медицинская семья хотели-бы засвидетельствовать, что, приняв на себя 25 лет назад долг руководителя Казанской Акушерско-Гинекологической кафедры, Вы с честью и славно выполняли его перед русской наукой, Казанским Университетом, перед целыми поколениями русских врачей и той частью страждущего человечества, служению которой Вы беспрдельно себя посвятили.

Да здравствует русская медицинская наука!

Да здравствует старый Казанский Университет и его славный представитель профессор Груздев!

Проф. В. С. Груздев, как представитель русской онкологии.

Проф. А. А. Опокина (Томск).

В разработке учения об опухолях, кроме специалистов патолого-анатомов, значительное участие приняли представители других дисциплин, в том числе акушерства и гинекологии. Нужно, однако, отметить, что даже в мировом масштабе строителей чистой онкологии среди гинекологов и акушеров не так много. Если мы обратимся к иностранным представителям акушерско-гинекологической науки, содействовавшим успехам онкологии, то здесь должны будем с признательностью назвать имена Pfannenstiela, Säuger'a, Fraenkel'a, Kehrger'a, R. Meyer'a, Werth'a, Winter'a и др. Среди русских гинекологов назовем проф. К. Ф. Славянского, проф. Д. Д. Попова, проф. В. Н. Орлова, К. П. Улезко-Строганову, в особенности же мы должны отметить здесь проф. В. С. Груздева, который отдал такую большую дань вопросам гистопатогенеза, клиники и терапии опухолей женской половой сферы.

В своих работах проф. Г. сумел быть оригинальным и обнаружил себя глубоким исследователем в данной области. В своих описаниях макро- и микроскопических картин опухолей он является, далее, образцом и художником слова. Этим описаниям может позавидовать даже специалист патолого-анатом. Гинекологическая литература по вопросу об опухолях очень часто имеет узко-казуистический и слишком специальный характер, что делает ее представляющею интерес только для специалистов. У проф. Г., во-первых, всюду проявляется стремление к широкой монографической обработке вопроса: во-вторых, выступает чрезвычайно ценная черта — подойти к самой сути клеточных разрастаний, к анализу всей морфологии и биологии опухолевых тканей. Отдаться изучению опухолей с точки зрения их морфологии и биологии очень трудно для клинициста, — надо любить это дело, надо родиться морфологом-диагностом, чтобы начать творить, как это можно сказать о проф. Г. К сожалению, для чистых клиницистов та или иная опухоль дает лишь повод говорить о дифференциальной диагностике случая, повод к оперативному ее удалению или специальному лечению. Иногда можно и теперь еще слышать взгляд на опухоль просто как на „шишку“, „тumor“, без точного определения ее патолого-анатомической природы. А между тем данные гисто- и патогенеза опухолей рисуют многое даже в особенностях технического оперирования данного случая. С этой точки зрения понятно стремление некоторых гинекологов и хирургов (проф. Eiselsberg) ставить срочный микроскопический диагноз уже в операционной. Зная хорошо патологию опухолей, можно вперед наметить себе, какая опухоль встретится при операции и даже чутьем морфолога мысленно, так сказать, промикро-скопировать ее.

Хирургам и особенно гинекологам выпала счастливая доля работать с онкологическим материалом, можно сказать, в живом его виде. Как известно, женская половая сфера таит в себе замечательное разнообразие и богатство встречающихся здесь опухолей. Мысль гинеколога-патолога все время наталкивается на обширное поле изучения онкологического материала, — особенно, если смотреть на этот материал под углом эмбриопатогенеза, на каковую точку зрения очень часто и становится современная онкология.

В самом деле, каких только опухолей не встречается в мочеполовом аппарате женщин! Каждая часть его и вся система в целом постоянно дают материал для разработки со стороны патолого-анатома и клинициста. Над этой-то разработкой и потрудился много проф. Г. Подготавливая к печати свой труд „Частное учение о новообразованиях“, я очень часто встречался в литературе с его именем, и для меня стало ясным его значение в русской онкологии. Еще на студенческой скамье, [кроме того, проводимые им на лекциях взгляды на опухоли женской половой сферы, — взгляды, основанные на личных наблюдениях, — невольно обратили на себя мое внимание, и теперь я считаю своей приятной задачей дать обзор деятельности проф. Г. и его школы в данной области.

В своем дальнейшем изложении мы коснемся лишь того, что вновь было изучено самим проф. Г. и его учениками, что содержит или новые мысли и исследования, или новые, для своего времени, предложения.

Из свыше 70 оригинальных печатных ученых трудов проф. Г. 14 относятся к разработке опухолевого материала: сюда же могут быть отнесены и 33 работы, принадлежащие ученикам проф. Г., — работы, из числа которых 3 представляют собою диссертации, посвященные различным вопросам онкологии. Это — диссертации: Б. А. Кадыгробова „Эндотелиомы женского полового аппарата в патолого-анатомическом и клиническом отношении“ (Казань, 1908), Н. И. Кедровой „Опыт разработки учения о гигантских опухолях женской половой сферы“ (Казань, 1914) и В. В. Дьяконова „Материалы к учению о раке матки“ (Казань, 1914).

В числе работ самого проф. Г. прежде всего обращает на себя внимание его большой труд монографического характера под заглавием „Саркомы яичников“ (Дисс., СПб., 1894 г.). В этой работе тщательно собран материал в 217 случаев сарком яичников, и описано 6 собственных случаев с подробными микроскопическими исследованиями имевших здесь место опухолей. Собранный из литературы материал изложен автором по первоисточникам, имеющимся в литературах немецкой, французской, английской, испанской и польской. Этот капитальный труд проф. Г. сыграл видную роль и вполне справедливо считается весьма ценной монографией; описание различных форм сарком яичников до его появления страдало неполнотой, и опухоли эти были мало исследованы. Из русских авторов об этом труде с похвалой упоминает, между прочим, проф. Е. М. Курдиновский в своем „Кратком курсе патологической гистологии женской половой сферы“ (СПб., 1910).

Монография о саркомах яичника открыла проф. Г. путь ко многим последующим работам онкологического характера, среди которых упомянем прежде всего об исследованиях, посвященных опухолям желтых тел, — лютеиновым кистам и пролиферирующим яичниковым опухолям из лютеиновых

клеток. Работы эти, относящиеся к 1903 и 1905 гг., следующие: 1) „Pro-lieferende aus Luteinzellen bestehende Ovarialgeschwülste“ (Arch. f. Gyn., 1903, Bd. 70, H. 3) и 2) „К вопросу о кистах желтых тел“ (Журн. Ак. и Ж. Бол., 1905 г.; по-нем. Arch. f. Gyn., Bd. 79, H. 2). Указанные работы проф. Г. широко цитируются в литературе как русской, так и иностранной наряду с работами видных патолого-анатомов. Эти труды легли в основу последующих работ проф. Д. Д. Попова („Исследование, развитие и строение кист и кистоадеом желтого тела“, Изв. В.-М. Ак., т. III, № 4.), В. Д. Брандта („К вопросу о патологии желтых тел“, Журн. Ак. и Ж. Бол., 1909), К. П. Улезко-Строгановой („К патологии лютеиновой ткани“, Юбил. Сборн. проф. Д. О. Отта, 1906), А. П. Осякиной („Кисты желтого тела“, Труды VI Съезда акуш. и гинек., 1925). Правда, некоторые из иностранных авторов, напр., Pfannenstiel, несогласны с проф. Г. в толковании наблюдавшихся им микроскопических картин: Pfannenstiel, напр., считает опухолевые клетки последнего за пигментные клетки старых желтых тел, оставшиеся после резорбции лютеинового слоя.

Лютеиновые кисты достигают, по Г., большой величины, напр., величины детской головки и больше; они почти всегда однокамерные, стенки их состоят из двух слоев: наружного соединительнотканного и внутреннего лютеинового (этот внутренний слой представляется складчатым и состоит из массы лютеиновых полигональных клеток, в цитоплазме которых иногда имеются капельки жира). Иногда внутри от лютеинового слоя имеется еще гиалиново измененная ткань, — третий, внутренний соединительнотканый слой. Проф. Д. Д. Попов на этот слой смотрит, как на непостоянное явление, видя в нем результат организации пристеночного фибрина от бывших кровоизлияний в желтое тело. Проф. Г. в изученных им лютеиновых кистах описал еще внутренний слой эпителия, который лежит на лютеиновом слое и который он производит из эндотелия капилляров лютеинового слоя. Находил проф. Г. лютеиновые клетки также и в стенках опухолей типа кистоадеом.

Из других исследований проф. Г., посвященных опухолям женских половых желез, заслуживают внимания те, в которых затрагивается вопрос о диагностике этих опухолей: „К вопросу об отличительном распознавании доброкачественных опухолей яичника от злокачественных“ (Врач, 1898) и особенно — „Бугорчатая киста яичника или осумкованный брюшинный выпот?“ (Врач, 1899; по-нем. в Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. XII). В этой последней работе описывается загадочный случай, в свое время возбуждивший немало споров в том медицинском обществе, где он был доложен автором; в случае этом не только *sub operatione*, но и после секции и микроскопического обследования всех половых органов нельзя было установить, с чем здесь имелось дело, — с пораженной бугорчаткою кистой яичника, или с осумкованным тбс перитонитом.

Заслуживают внимания и интересные наблюдения проф. Г. над перекручиванием ножки яичниковых опухолей. В одном случае (Врач. Газ., 1903) он наблюдал, напр., такое перекручивание ножки дермоидной кисты, что оно повело к полному *situs inversus viscerum* малого таза: матка очутилась спереди мочевого пузыря, между ним и симфизом.

Далее, упомянем о работе проф. Г., посвященной фибромиомам рукава (Врач, 1900), — работе, имеющей монографический характер и без-

спорно важнейшей в русской литературе по данному вопросу,—а также о статье, предметом которой являются т. наз. рецидивирующие фиброиды (recurrent fibroids) матки (Русск. Вр., 1904, № 9). Опухоли эти, как оказалось, представляют собою ничто иное, как саркоматозно измененные фибромиомы матки.

Особенно интересным, однако, является раковый материал клиники проф. Г. Материал этот уже количественно значителен и разнообразен: по данным самого проф. Г. (см. его „Гинекологию“, 1922) за время с 1900 по 1917 г. в его клинике стационарно наблюдалось—случаев рака матки 294, рака яичников—93, рака вульвы—9, первичного рака влагалища—5, рака фаллопиевых труб—4, из которых первичных 2. По вопросу о гистогенезе этих опухолей проф. Г-м был сделан интересный доклад на основании данных, полученных работавшим в лаборатории его клиники д-ром Rottger'ом. Последний, изучая как самые ранние стадии развития хвостовой части эмбрионов, так и более поздние стадии, обнаружил первичные половые клетки не только в области половых желез, но и в других, даже отдаленных местах, напр., в печени, в желудке. Эти-то клетки Rottger и считает за источники развития рака,—взгляд, хотя и не доказанный с несомненностью, но все же,—если принимать во внимание исследования в этом же направлении проф. Рубашкина,—заслуживающий внимания.

Случаи рака матки, наблюдавшиеся в клинике в первые 10 лет заведывания ею проф. Г-м, он разработал с патолого-анатомической и клинической стороны сам в статье „К патологии и терапии рака матки“ (Русск. Вр., 1911, № 13), впоследствии же в этой области им был разработан вопрос о радиотерапии раков матки, которую проф. Г. проводит довольно широко благодаря тому, что клиника его обладает некоторым количеством радия (см. работы: „Радиотерапия рака матки“, Каз. Мед. Журн., 1922 г., № 1, и „К радиотерапии раков матки“, Доклад на I Поволжском Съезде врачей, Каз. Мед. Журн., 1924, № 1). Материал, положенный в основу этих работ, довольно значителен,—180 случаев, причем он разбит на 4 группы: первая группа, в 56 больных, обнимает случаи рака шейки матки, где была произведена влагалищная экстирпация или операция Wertheim'a, и где радиотерапия была предпринята в видах профилактики рецидивов болезни; вторую группу—26 больных—составляют случаи рецидивов рака после операции Wertheim'a; третья группа содержит 85 случаев неоперабельных раков маточной шейки и четвертая, из 13 больных, касается случаев операбельных раков шейки матки и первичных раков влагалища. В своих работах проф. Г. отмечает, что этот род терапии рака имеет крайне важное значение, и пропаганда в пользу того, чтобы иметь радий по крайней мере в крупных лечебных учреждениях, напр., областных, должна быть приветствуема. Для успеха радиотерапии громадное значение имеет точная дозировка,—по мнению проф. Г. повышение дозы лучистой энергии должно проводиться с осторожностью в виду сильного действия лучей на ткани. Что касается групп раковых заболеваний, подлежащих радиотерапии, то наиболее подходящими для этого проф. Г. считает первичные раки влагалища, т. е. как раз ту форму ракового поражения полового канала, которая обычно дает очень плохие результаты при оперативном лечении. Сравнивая результаты оперативного лечения рака и его лечения лучами радия, проф. Г. вместе

с авторитетами немецкой гинекологии (Döderlein, Kehrer, покойный Krönig) отдаст пальму первенства лечению рака матки лучами радия: непосредственные результаты радиотерапии лучше, чем оперативного лечения, если особенно принимать во внимание высокую первичную смертность от операций, а отдаленные результаты не хуже. Сказанное относится уже к незапущенным случаям, но особенные выгоды представляет радиотерапия в запущенных случаях, где операция бессильна доставить больным стойкое излечение, а при радиотерапии оно, хоть изредка, да достигается. В профилактическом отношении проф. Г. в России, как и проф. Winter в Германии, стоит за улучшение быта женщин, за поднятие их культуры, с чем прежде всего связана ранняя обращаемость к врачебной гинекологической помощи, имеющая особенное значение именно при раках матки.

Заклучим свой обзор упоминанием о работе проф. Г., предметом которой являются гигантские опухоли женской половой сферы (Журн. Ак. и И. Бол., 1910) и в которой фигурируют железистые кистомы яичников в 2 и даже 3 пуда и фибромиома матки в 1 п. 18 ф. весом, с успехом удаленные автором, а также о недавнем труде проф. Г. по вопросу о связи между развитием фибромиом матки и бесплодием у женщины. Вопрос этот поднят и разработан проф. Г-м на материале в 542 случая. Побудительными поводами к этой работе послужили исследования авторов последних лет, особенно Hindermann'a, о роли бесплодия в этиологии миом. Работавшие в этом направлении авторы резко разделились на два лагеря—защитников связи бесплодия и возникновения фибромиом (Nagel, A. Meyer, Bayle, Schneider) и противников этого учения, во главе с Hindermann'ом, отрицающим всякую связь фибромиом с половой и родовой деятельностью женщины. Данные проф. Г. заставляют думать, что бесплодие является важным предрасполагающим моментом к развитию фибромиом. Проф. Г. присоединяется к мысли, высказанной еще давно Sohnheim'ом, что матка является органом, которому присуща склонность к периодической гипертрофии в форме беременности; если тенденция эта не находит себе удовлетворения в физиологических формах, то выливается в уродливые формы гипертрофии, в виде опухолей типа фибромиом.

Перейдем теперь к разбору значения проф. Груздева, как представителя разработки вопросов о новообразованиях женской половой сферы при участии своей школы. Будучи воспитан в строго-лабораторном духе, проф. Г. всю свою жизнь держится прекрасного принципа микроскопически обследовать весь материал, который проходит через клинику. Всестороннее исследование интересных опухолевых препаратов дало повод многим ученикам его, при ближайшем участии самого учителя, опубликовать в литературе свои ценные наблюдения, причем интересно отметить, что материал этот как-бы преемственно изучался учениками проф. Г-ва. То, что составляло предмет особого изучения со стороны самого проф. Г., на то направлялось главным образом внимание и его учеников, благодаря чему детальная разработка того или другого вопроса часто шла по определенным заданиям. Для примера укажу на разработку вопросов об эндотелиомах полового аппарата женщины (Б. А. Кадыгров, проф. А. И. Тимофеев), о раке матки (В. В. Дьяконов, А. И. Тимофеев), о гигантских опухолях половой сферы (Н. И. Кедрова),

о рентгено—и радиотерапии опухолей матки (А. К. Софотеров, проф. И. Ф. Козлов) и др.

Вопрос об эндотелиомах поставлен широко сначала в обширной работе д-ра Кадыгробова, напечатанной в „Русск. Хир. Архиве“, 1903, кн. 5, а затем в его диссертации, где собрано 127 случаев эндотелиома женского полового аппарата. Автор относит эти опухоли к солидным новообразованиям, несмотря на присутствие в них нередко кистовидных полостей. Хотя и существует взгляд на эндотелиомы, как на саркомы, особенно альвеолярные, но д-р Кадыгробов, с нашей точки зрения вполне справедливо, выделяет их в особую группу. Наиболее часто, по Кадыгробову, встречаются лимфангиоэндотелиомы, реже гема ангиоэндотелиомы. Интересно, что иногда эндотелиомы матки встречаются в виде комбинированных опухолей, как это имело место в случае проф. А. И. Тимофеева, где наблюдалась комбинация эндотелиомы с фибриомой, и как на это указывает и Pfannenstiel. Нередко мы можем встретить в эндотелиомах саркоматозные участки, а в саркомах—очаги эндотелиомы. Изучая опухоли околоушной железы, я неоднократно наталкивался на такого рода морфологические находки.

Весьма интересным вопросом, разработанным школой проф. Г., является, далее, вопрос об аденомиомах женского полового аппарата (проф. Н. И. Горизонтов, проф. А. И. Тимофеев, д-р Н. Н. Чукалов). Опухоли этого типа и по настоящее время вызывают еще сомнения в отношении своей неопластической природы,—есть некоторые основания говорить иногда о гиперпластических разрастаниях железистых образований в миометрии или в мускулатуре рукава, т. е., иначе говоря, предполагать воспалительную природу этих разрастаний и говорить об adenometritis, adenomyositis. Трудными названных учеников проф. Г. подтверждается неопластическая природа тех из этих образований, в основе которых лежат эмбриональные включения участков Müller'овых ходов и остатков первичных почек или Wolff'овых тел (теория Recklinghausen'a). Опухоли эти имеют особое строение, часто напоминая железистые ходы извитых канальцев первичной почки и как-бы почечные клубочки. Им присуща особая, им одним свойственная локализация (трубные отделы матки, или места прикрепления круглых связок, задняя стенка матки, рукав). Гистогенез этих опухолей, по теории R. Meyer'a и Pick'a, подтверждают случаи раздвоения полового канала с находкою в его стенках остатков Müller'овых ходов. Такой именно случай аденомиомы, развившейся в перегородке раздвоенной матки, был описан из школы проф. Г-ва Н. Н. Чукаловым. Сюда же можно отнести ценные наблюдения д-ра В. В. Дьяконова, изложенные в его труде „К вопросу об опухолях женской половой сферы эмбрионального происхождения“ (Каз. Мед. Ж., 1925, № 12) и д-ра Е. Л. Полякова „К учению о кистах маточной шейки“ (Сбор. работ по Акуш. и Гинекологии, посвящ. проф. В. С. Груздеву). Описанная последним опухоль представляла интерес как с точки зрения ее гистогенеза,—такие опухоли с характерным четкообразным расположением полостей обычно производятся из остатков Gartner'овского хода,—так и в клиническом отношении (большинство гинекологов высказывалось здесь за мною, и больная подвергалась рентгенотерапии).

Довольно широко и глубоко был затронут учениками проф. Г. и вопрос о раковом перерождении дермоидных кист яичников. Сюда относятся

работы: проф. Н. И. Горизонтова „К вопросу о первичном раковом перерождении дермоидных кист яичника“ (Врач. Газ., 1906, № 15), Т. В. Заленского „К вопросу о раковом перерождении кожевиков яичника“ (Русск. Врач, 1903, № 46) и Ю. А. Лейбчика „К вопросу о злокачественном перерождении яичниковых дермоидов“ (Сборн., посвящ. проф. В. С. Груздеву). В указанных работах приведена, помимо личных наблюдений авторов, вся имеющаяся в литературе казуистика вопроса (22 сл. у Н. И. Горизонтова). Из числа особенностей в случае Горизонтова отмечается отсутствие паренхиматозного бугорка, являющегося, очевидно, результатом того, что раковое перерождение началось именно с области этого последнего. В работе д-ра Лейбчика заслуживает особенного внимания указание автора на частоту злокачественного перерождения дермоидов яичника.

Из работ, вышедших из школы проф. Г. и касающихся дермоидов яичника, заслуживает быть отмеченным также описание 2 случаев редкой разновидности дермоидных кист яичника с жировыми шариками, принадлежащее проф. А. И. Тимофееву; подобный же случай дермоидной кисты с жировыми шариками был сообщен Ю. А. Лейбчиком, который собрал в литературе 23 случая дермоидных кист этого рода. Химическим исследованием жира, произведенным в случае д-ра Лейбчика проф. Бенингом, проливается свет на механизм образования шариков.

В онкологическом отношении важное значение имеют также два сделанных в клинике проф. Г. д-ром П. В. Занченко (ныне профессор Иркутского У-та) наблюдения над метастатическими раками яичника (опухоль Krukenberg'a). Опухоли этого рода впервые в России были описаны Т. А. Бурдзинским, в 1907 г., и совершенно независимо от него, в том же году, проф. П. В. Занченко (Журн. Ак. и Ж. Бол., 1907). Сам проф. Г. в своем руководстве по гинекологии отмечает, что за 17 лет он встретился с этими опухолями 5 раз.

Случаи первичных раков фаллопиевых труб, наблюдавшиеся в клинике проф. Г., были обследованы и сообщены в печати П. Д. Левитским („К вопросу о первичном раке фаллопиевских труб“, Журн. Ак. и Ж. Бол., 1913) и М. П. Бушмакиной („Первичный рак фаллопиевых труб“, Сборн., посвящ. проф. В. С. Груздеву), причем из двух случаев Бушмакиной в одном раком были поражены трубы и совершенно независимо от них тело матки, и, что особенно интересно, — гистологическая структура этих раковых опухолей была различная. По Бушмакиной, в русской литературе подобных случаев первичного рака труб описано всего 11, а в мировой — до 150. В клинике проф. Г., по данным, имеющимся в его „Гинекологии“, за период времени с 1900 по 1917 г. было 4 случая первичного рака яйцеводов.

Первичному раку влагалища, в связи с учением о прививаемости рака, посвящена интересная статья В. В. Дьяконова („К вопросу о первичном раке влагалища в связи с учением о прививаемости рака“, Русск. Врач, 1903, № 48).

Учение о раке матки нашло себе солидную разработку в диссертации того же д-ра В. В. Дьяконова („Материалы к учению о раке матки“, Казань, 1914) и в двух работах проф. А. И. Тимофеева: 1) „Деятельность Казанской Акушерско-Гинекологической Клиники по

борьбе с раками матки за пятнадцать лет (1900—1915).“ Сборн., посвящ. проф. В. С. Груздеву, и 2) „Обзор случаев рака матки в Казанской Акушерско-Гинекологической Клинике с 1900 по 1923 г.“ Каз. Мед. Журн., 1923, № 6.

Диссертация д-ра Дьяконова представляет собою солидный труд, единственный в русской литературе по данному вопросу; да и в иностранной печати, по словам проф. А. И. Тимофеева, есть только одна работа, затрагивающая вопрос о раке матки столь же всесторонне,—это работа Schottlaender'a и Kermauner'a под заглавием „Zur Kenntniss des Uteruscarcinoms“, Berlin, 1912. Диссертация эта основана на изучении материала в 983 сл. раков тела и шейки матки, проф. же А. И. Тимофеев за 1914 и 1915 уч. годы прибавил сюда еще 88 случаев, а весь материал клиники с 1900 по 1923 г. составляют 1559 сл. рака матки, в том числе 400 наблюдавшихся стационарно. Патолого-анатомически д-ром Дьяконовым изучено 100 сл. рака шейки и 21 сл. рака тела матки, проф. А. И. Тимофеевым—24 сл. рака шейки и 4 сл. рака тела. Оперативное лечение из 400 стационарных случаев рака матки было применено в 300 сл., в остальных же 100 сл.—различные методы консервативной терапии (в последнее время рентгено—и радиотерапия).

В отношении классификации раков матки и д-р Дьяконов, и проф. Тимофеев примыкают к классификации Schottlaender'a и Kermauner'a, разделяя их на раки шейки и раки тела матки и различая среди первых эндофитную, экзофитную и смешанную формы. Из гистологических разновидностей рака матки можно говорить о более редкой первично-железистой (аденокарцинома) и более частой первично-солидной форме (карцинома). Деление раковых клеток на зрелые, средне-зрелые и незрелые, как это делает Schottlaender и Kermauner, а к ним присоединяются д-р Дьяконов и проф. Тимофеев, с нашей точки зрения противоречит гистопатогенезу раковых элементов вообще. Интересно отметить, что, по наблюдениям д-ра Дьяконова и проф. Тимофеева, раки шейки матки дают сравнительно частый переход на рукав (46,5%), причем задняя стенка рукава является особенно частым местом перехода. Переход на параметрии отмечен в 63,4%, поражение лимфатических тазовых желез наблюдалось в 32,9%, раковое поражение яичников имело место при раке маточной шейки только один раз. Сочетание рака тела матки с фибромиомами было в 20,3% случаев. В этиологическом отношении на возникновение рака матки оказывают, по Дьяконову и Тимофееву, особенное влияние следующие моменты: 1) многократные роды (по Тимофееву на каждую большую раком матки приходилось 6,4 родов), 2) воспалительные процессы (в 55% сл.) и 3) пожилой возраст (5-е десятилетие для рака шейки, 6-ое—для рака тела матки). Что касается процента общей смертности для 270 радикальных операций, то она равнялась в клинике проф. Г. 17,8%.

Для понимания гистогенеза т. наз. хорион-эпителиом матки важное значение имеет выпшедшее из клиники проф. Г. исследование проф. А. И. Тимофеева „О доброкачественных разращениях воронистой оболочки“ (Журн. Ак. и Ж. Бол., 1912). Смешанные новообразования матки были наблюдаемы в клинике проф. Г. и описаны проф. М. С. Малиновским („К учению о т. наз. гроздевидных саркомах маточной шейки“, Журн. Ак. и Ж. Бол., 1912) и д-ром Л. Е. Кутасовым, исследовавшим

2 опухоли матки с содержанием жира („К вопросу о гетерологических сочетанных жиросодержащих опухолях матки“, Журн. Ак. и Ж. Б., 1911). Профессор же Малиновский обследовал очень интересный и в патолого-анатомическом, и в клиническом отношении случай саркомы влагалищной части матки (Р. Вр., 1911).

Среди посвященных опухолям женской половой сферы работ, вышедших из школы проф. Г., упомянем, в заключение, работу д-ра Кадыгробова о нагноении яичниковых кист (Журн. Ак. и Ж. Бол., 1904). Сообщение проф. П. В. Занченко об одном случае нагноения кисты яичника, где в качестве возбудителей нагноения были доказаны палочки Eberth'a (Р. Вр., 1903, № 30; по-нем. Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. XIX), работу д-ра Н. Ф. Козлова (ныне профессор Омского Мед. Института) о лечении фибромом матки (Каз. Мед. Ж., 1924), экспериментальное исследование его же о действии рентгеновских лучей на матку у животных (Дисс., Казань, 1922), бросающее свет на причину терапевтического эффекта рентгенизации при фибромиомах матки, и работу д-ра А. К. Софотерова (ныне директор Акушерско-Гинекологической клиники Самарского Ун-та) „К вопросу о действии радия на раковые клетки и другие ткани пораженной раком матки“ (Ирк. Мед. Ж., 1924). Наряду с этими работами заслуживает, наконец, внимания сообщение Н. И. Горизонтова „Об одном редком случае ложного слизевика брюшины—pseudomuxoma peritonei“ (Сборн., посвящ. проф. В. С. Груздеву). Как известно, вопрос о ложном слизевике брюшины в прошлом решался просто,—его развитие ставилось в связь с разрывом псевдомуцинозных кистом яичника. Наблюдения хирургов над ложными слизевиками брюшины, являвшимися результатом заболеваний червеобразного отростка, заставили, однако, призадуматься над патогенезом этого заболевания. R. Meuer одно время был склонен даже к мысли и самые псевдомуцинозные кистомы яичника считать за вторично происшедшие опухоли, а первичным заболеванием считать поражение червеобразного отростка. Проф. В. С. Груздев смотрит на происхождение ложных слизевиков брюшины двояко: или это—попавшие в брюшную полость при разрыве кистомы и осумковавшиеся, благодаря ограниченному перитониту, студенистые массы, или это—привичные метастазы на брюшине эпителиальных элементов, попавших в брюшную полость из лопнувших кистом яичника или червеобразного отростка. Н. И. Горизонтов приводит лишь два известных ему случая из литературы, где при кистоме яичника были и ложный слизевик брюшины, и кистообразное изменение червеобразного отростка (случай Rothe и Кривского); к ним он присоединяет свой случай, оперированный проф. Груздевым.

Работы проф. В. С. Груздева и его школы по вопросам об опухолях.

1. Труды проф. В. С. Груздева.

1) Саркомы яичников. Дисс., СПб., 1894.—2) К вопросу об отличительном распознавании доброкачественных опухолей яичника от злокачественных. Врач., 1898.—3) Бугорчатая киста яичника или осумкованный брюшинный выпот? Врач., 1899 (по-нем. Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. XII).—4) О фибромиомах рукава. Врач., 1900.—5) К вопросу о перекручивании ножки яичниковых опухолей. Врач. Газ., 1903, № 17.—6) Prolif. aus Luteinzellen. bestehende Ovarialgeschwülsten. Arch. f.

Гун., Bd. 70. 1903.—7) К вопросу о т. наз. возвращающихся фибромах матки. Русск. Врач., 1904, № 9.—8) К вопросу о кистах желтых тел яичника. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1905 (по-нем. в Arch. f. Gyn., Bd. 79).—9) К диагностике и терапии гигантских опухолей женской половой сферы. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1910.—10) К патологии и терапии рака матки. Русск. Врач., 1911, № 13.—11) Доклад работы Rottger'a «К вопросу о гистогенезе злокачественных новообразований». Реф. Мед. Журн., 1921, № 4—5.—12) Радиотерапия рака матки. Каз. Мед. Журн., 1922, № 1.—13) К радиотерапии рака матки. Каз. Мед. Ж., 1924, № 1.—14) К учению о фибромиомах матки (фибромиомы матки и бесплодие). Каз. Мед. Ж., 1925, № 1.

Труды учеников проф. В. С. Груздева.

1) Бушмакина М. П. Первичный рак фаллопиевых труб. Сборн., посвящ. проф. Груздеву.—2) Горизонтов Н. П. К вопросу о первичном раковом перерождении дермоидных кист яичника. Врач. Газ., 1906, № 15.—3) Он же. К вопросу об аденомиомах рукава. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1909.—4) Он же. К вопросу о глубоких диффузных разращениях слизистой оболочки матки в толщю миометрия (аденомиомиотетрии diff.). Журн. Ак. и Ж. Бол., 1911.—5) Он же. Об одном редком случае ложного слизевика брюшины (pseudomyxoma perit.). Сборн. проф. Груздева.—6) Дьяконов В. В. К вопросу о первичном раке влагалища в связи с учением о прививаемости рака. Русск. Вр., 1903, № 48.—7) Материалы к учению о раке матки. Дисс., Казань, 1915.—8) Он же. К вопросу об опухолях женской половой сферы эмбрионального происхождения. Каз. Мед. Ж., 1925, № 12.—9) Заленский Т. В. К вопросу о раковом перерождении кожевиков яичника. Русск. Вр., 1903, № 46.—10) Заиченко П. В. К вопросу о бршиноэпифимном нагноении яичниковых кист. Р. Вр., 1903, № 30 (по-нем. в Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. XIX).—11) Он же. К вопросу о метастатических раках яичников. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1907.—12) Кадыгров Б. А. Эндотелиомы яичников в патолого-анатомическом и клиническом отношении. Русск. Хир. Арх., 1903, кн. 5.—13) Он же. О нагноении яичниковых кист. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1904.—14) Он же. Эндотелиомы женского полового аппарата в патолого-анатомическом и клиническом отношении. Дисс., Казань, 1908.—15) Кутасов Л. Е. К вопросу о первичных злокачественных опухолях большого сальника. Журн., № 161. 1910.—16) Он же. К вопросу о гетерологических сочетанных жиросодержащих опухолях матки. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1911.—17) Козлов П. Ф. О лечении фибромиом матки. Каз. Мед. Ж., 1924, № 7.—18) Он же. Влияние рентгеновских лучей на матку животных. Дисс., Казань, 1922.—19) Кедрова Н. П. Опыт разработки учения о гигантских опухолях женской половой сферы. Дисс., Казань, 1914.—20) Левитский П. Д. К вопросу о первичном раке фаллопиевых труб. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1913.—21) Лейбчик Ю. А. К вопросу о злокачественном перерождении яичниковых дермоидов. Сборн. проф. Груздева.—22) Он же. Редкий случай дермоида яичника с дериватом кистичника и жировыми шариками. Каз. Мед. Ж., 1924.—23) Малиновский М. С. К учению о т. наз. гроздевидных саркомах маточной шейки. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1912.—24) Он же. К учению о саркомах влагалищной части матки. Р. Вр., 1911, № 13.—25) Поляков Е. Л. К учению о кистах маточной шейки. Сборн. проф. Груздева.—26) Роттер Н. К вопросу о гистогенезе злокачественных новообразований. Реф. Мед. Журн., 1921, № 4—5.—27) Софотеров А. К. К вопросу о действии радия на рак, клетки и другие ткани пораженной раком матки. Ирк. Мед. Ж., 1924.—28) Тимофеев А. П. Эндотелиома матки в сочетании с фибромиомой. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1911.—29) Он же. О доброкачественных разращениях ворсистой оболочки. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1912.—30) Он же. Об одной редкой разновидности дермоидных кист яичника. Вр. Газ., 1914, № 9—10.—31) Он же. Деятельность Каз. Ак.-Гинека. Клиники по борьбе с раком матки. Сборн. проф. Груздева.—32) Он же. Обзор случаев рака матки в Каз. Ак.-Гинека. Клинике с 1900 по 1923 г. Каз. Мед. Журн., 1923, № 6.—33) Чукалов Н. Н. Adenomyoma uteri bicornis bicolis. Сборн. проф. Груздева.

Prof. A. A. Opokin (Tomsk). Prof. V. S. Grusdeff, als Vertreter d. russischen Onkologie.

Лечение амёбной дизентерии.

Проф. P. Mühlens'a *).

С величайшей радостью иду я навстречу предложенной проф. Аристовского написать статью о лечении амёбной дизентерии для юбилейного номера в честь моего высокопочтенного друга, профессора Груздева. С благодарностью вспоминаю я в эти часы тот товарищески-дружеский прием, который я, вместе с экспедицией немецкого Красного Креста, нашел в 19^{21/22} гг. именно в кругу лиц Медицинского Факультета Казанского Университета, сгруппировавшихся около проф. Груздева. Незабвенным остается для меня также воспоминание о том героизме, с которым русские ученые переносили создавшееся тогда катастрофическое положение вещей и прежде всего—духовный голод, для них еще более ужасный, чем голод телесный. Несмотря ни на что, годами отрезанные от мировой литературы, имея под рукой только самый примитивный, самодельный инвентарь, в неотапливаемых, замерзающих лабораториях, большую часть без газа и электричества,—продолжали они неустанно работать; бесстрашно и неутомимо шли они на помощь голодающим и заразным больным, поскольку это только было возможно без медикаментов и инструментов.

Многие пали тогда в Татарской Республике жертвой неумолимого сыпного тифа и других инфекций, вместе с нашим со товарищем, д-ром Wolfom Gärtner'om. Память о них свято будет храниться как в России, так и в Германии.

Сегодня вместе с нашими пожеланиями счастья высоко-заслуженному ученому, гинекологу и учителю, проф. Груздеву, шлем мы также и свой привет завоевавшему наши симпатии Медицинскому Факультету Казанского Университета.

К сожалению, в настоящий момент, в виду предстоящей мне операции, я лишен возможности дать совершенно оригинальную работу и вынужден в данной статье повторить то, что было мной опубликовано в другом месте. Но это—единственное, что для меня возможно при условии своевременного доставления статьи.

Амёбная дизентерия с ее разнообразными последствиями, в особенности же лечение нередко затягивающихся на десятки лет тягостных и опасных хронических ее форм—издавна привлекали к себе живейший интерес со стороны врачей, работающих в теплых странах. Наблюдения,

*) Перевод с нем. проф. В. М. Аристовского. Редакционный Комитет считает уместным поместить эту статью вне обычного предметного порядка, наряду с статьями биографического характера, так как во введении к ней имеются штрихи, характеризующие проф. В. С. Груздева.

сделанные во время и в особенности после мировой войны, научили нас, далее, что инфекции амебами также и в умеренной зоне встречаются чаще, чем это предполагалось до сих пор. Случаи амебной дизентерии занесены во многие европейские страны, даже северные, напр., в некоторые области СССР (Южная Россия, Кавказ), а из других стран—прежде всего на Балканы, в Турцию и Палестину. Благодаря точным изысканиям, открыты, затем, такие очаги дизентерии, о существовании которых раньше и не подозревали, причем дизентерия была обнаружена не только у взрослых, но и у детей. Упорные кишечные катарры, даже у детей грудного возраста, как установлено, могут быть обусловлены *Entamoeba histolytica* и излечены помощью соответствующей терапии. Таким образом и для нас в Европе амебная дизентерия приобретает все увеличивающийся интерес.

Этот „настоящий крест“ некоторых стран интересует практических врачей прежде всего с точки зрения лечения.

Если бросить взгляд на историю т. наз. специфической терапии амебной дизентерии, то в отношении ее методов мы можем отметить следующие 3 этапа:

1) лечение ипекакуаной, гранатной коркой и *simarub'ой*;

2) введение Rogers'ом, с 1912 г., лечения зметинном;

3) открытие Mühlens'ом и Menk'ом (Троппинский Институт в Гамбурге), в 1921 г., специфического лечебного действия у патрена 105.

Кроме того в различное время был предложен еще целый ряд лечебных методов и средств, из которых большинство никоим образом не может претендовать на специфическое действие, хотя часто и нельзя отрицать известного клинического эффекта после их применения, как, напр., после дачи слабительных и прежде всего *salina* (большие дозы карлсбадской соли).

Такие *salina* являются, кроме того, прекрасным вспомогательным диагностическим средством для провокации и микроскопического распознавания амеб. Уже больше 20 лет мы в каждом неясном или подозрительном случае даем больным утром натощак большие дозы карлсбадской соли. Во многих случаях только после такого рода провокации мы и были в состоянии обнаружить в испражнениях наличие дизентерийных амеб и их кист, часто в большом количестве. Эта провокация служит нам также контролем результатов нашего лечения.

Из других методов лечения коротко упомянем здесь о лечении висмутом, особенно горячо рекомендуемом Desck'ом, а также Ziemann'ом. При строго проводимой молочной диете Desck дает большие дозы висмута: сначала через каждые 3 часа по чайной ложке висмута в молоке или минеральной воде, затем ту же самую дозу 3—4 раза *pro die*. Молочная диета должна при этом проводиться до тех пор, пока не будет достигнуто однократное втечение дня опорожнение кишечника. Помощью такого лечения смертность от дизентерии была понижена с 18% до 6,2%.

Ziemann назначает после предварительного опорожнения кишечника касторовым маслом меньшие дозы висмута в комбинации с карлсбадской солью: каждое утро и вечер по одной чайной ложке соли и одновременно 6—10 раз в день по 0,5 *bismuthi subnitrici*.

На более старых методах лечения ипекакуаной здесь нет нужды останавливаться. Однако я хотел-бы упомянуть еще о следующем рецепте,

который нам в Тропическом Институте вот уже в течение долгих лет оказывал в некоторых упорных случаях прекрасную услугу, по крайней мере иногда, при условии применения свежих фармацевтических препаратов:

Rp. Cort. simarubae.

cort. granati aa 15,0.

Macera cum vino rubro

pro horis XXIV.

D. S. Принимать через 1—2 часа
по полной столовой ложке.

Введение в терапию дизентерии эметина, деятельной составной части корня шикакуаны, знаменует собой огромнейший шаг вперед. Первые результаты, полученные при инъекциях эметина как в острых и хронических случаях дизентерии, так и при осложнениях ее (гепатиты, абсцессы и т. д.), вызвали огромное воодушевление в кругу лиц, интересующихся тропической медициной.

Раствор солянокислого эметина, содержащийся в стерильных ампулах, применяется для инъекций, лучше всего интравенозных, у взрослых обычно в количествах 0,05—0,1 pro die (редко больше)—или подряд на протяжении 4—5 дней, или через день. Далее, целесообразно бывает после 5-дневной паузы проделать еще 2—3 дополнительных курса лечения в 2—3 дня. Дети получают соответственно меньшие дозы, всего лучше внутримышечно.

Хотя со времени введения эметиновой терапии смертность от дизентерии резко понизилась, все же заболеваемость продолжала оставаться еще очень высокой. Оказалось, что эметин не в состоянии был излечивать надежно, в паразитологическом отношении, все острые случаи; в хронических же случаях он еще чаще обнаруживал свою несостоятельность, и нередко его применение оставалось без стойкого эффекта. Пациенты из Нидерландской Индии, также из Средней и Южной Америки, сообщали мне, что в течение 2—3 лет они получали свыше 150 инъекций эметина, не излечившись от амебной дизентерии, причем в конце концов этот медикамент не оказывал уже вообще никакого действия кроме токсического.

Много раз пытались такого рода случаи с отрицательным эффектом объяснять „резистентностью“ или „привыканием“ дизентерийных амев к эметину. Можно, пожалуй,—и даже с большим правом,—говорить о подобном привыкании или притуплении чувствительности к медикаменту и больных. Как и хинину по отношению к плазмодиям малярии, я не приписываю эметину прямого паразитицидного действия, но считаю его скорее непрямым, и в этом смысле,—во всяком случае до известной степени,—специфичным для дизентерийных амев.

Превосходным, прямо-таки поразительным оказывается в некоторых случаях действие эметина при наступающих, как следствие дизентерийной инфекции, поражениях печени, при которых мало знакомые с дизентерийными осложнениями часто не распознают причинной зависимости от перенесенной 10—20 лет тому назад амебной дизентерии. В Тропический Институт неоднократно являлись к нам для лечения подобные пациенты с септической лихорадкой и соответственно этому, бледно-желтыми покровами, значительным увеличением числа полинуклеарных лейкоцитов, неопределенными явлениями со стороны печени, иногда при наличии

увеличения ее. Иногда нам удавалось анамнестически доказать у них перенесенную много лет и даже десятков лет тому назад дизентерию,— правда, не всегда с достоверностью. Еще в последние месяцы двух подобных больных, у которых все, до сих пор применявшиеся, методы лечения оказывались напрасными, нам удалось быстро излечить путем однократных инъекций эметина; этим путем была одновременно доказана у них дизентерийная природа заболевания печени. Таким образом у всех лихорадящих больных из дизентерийных местностей с поражениями печени должно предполагать наличие гепатитов или абсцессов печени после амёбной дизентерии. Даже после вскрытия печеночного абсцесса в кишечник или легкое можно иногда, не прибегая к операции, наблюдать прямо-таки чудотворное действие от инъекций эметина.

В противовес этому, так часто наблюдающаяся полная несостоятельность эметина, в особенности в застарелых, хронических случаях, а также его токсичность при слишком длительном применении—уже давно побуждали нас и других авторов искать других средств для лечения хронической амёбной дизентерии. В Тропическом Институте на протяжении ряда лет нами испробованы многочисленные методы, рекомендованные отчасти другими клиницистами, напр., промывания различными вяжущими и дезинфицирующими средствами; однако столь желанный стойкий результат получался у нас редко. В двух безнадежных случаях мы даже последовали, в конце концов, предложению американцев прибегнуть к местным промываниям после предварительного удаления червеобразного отростка геср. слепой кишки. Именно эти-то два случая и привели нас к открытию, в 19^{20/21} гг., нашего нового метода лечения: после того, как мы безуспешно испробовали в течение долгого времени всевозможные промывания через операционное отверстие, мы подметили, после клизм из 2¹/₂ 0/0—5 0/0 раствора натрена,—который был рекомендован хирургами в качестве прекрасного antisepticum,—быстрый и прямо-таки поражающий эффект: оба больных в течение немногих недель освободились от тяжелой, застарелой формы дизентерии ¹⁾.

Вслед за этими наблюдениями мы тотчас перешли к опытам лечения натреном—как при помощи клизм, так и per os—застарелых случаев дизентерии (без оперативного вмешательства). И здесь мы были поражены столь же верным и быстрым эффектом.

Со времени первого опубликования результатов наших исследований теперь прошло 5 лет, и за это время лечение хронической амёбной дизентерии натреном 105 завоевало себе первое место, как это совершенно единодушно подтверждает богатейшая литература многих тропических и субтропических стран. Равным образом и в случаях острой амёбной и даже бациллярной дизентерии средство это оказывает почти постоянно такой же быстрый лечебный эффект, и многими авторами ему отдается предпочтение перед всеми другими средствами.

На состоявшемся по случаю 25-летия Гамбургского Тропического Института VIII заседании Германского Общества Тропической Медицины Нирренбауер сообщил исчерпывающий реферат об этом методе ле-

¹⁾ См. также R. Ruge „Natrien 105 in der Behand. d. Amöbenruhr“, Verl. d. Behring-Werke, Marburg, 1925. а также Ruge, Mühlens и zur Verth. „Krank. und. Hyg. d. war. Länd“, Verl. Dr. W. Klinkhardt, Leipzig, 1925.

чения и его результатах, полученных как в Германии, так и за границей. Все участники дискуссии сообщили также о благоприятных наблюдениях.

Наблюдения за последние 5 лет вместе со всей, относящейся сюда, литературой собраны и критически обработаны мною в обзоре, напечатанном в № 10 Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene за 1925 год.

Большинством авторов указывается еще, как на особенно важный факт, на быстрое исчезание дизентерийных амб и цист, а также скоро наступающее формирование каловых масс и освобождение их от крови и слизи. Равным образом и в смысле стойкости эффекта натрен оказался гораздо более действительным, чем эметин и его препарат Emetinwismutjodid, считавшийся еще более верным средством.

Этим, однако, мы еще никоим образом не хотим сказать, что натрен 105 с абсолютной верностью всегда излечивает клинически и паразитологически все острые и хронические случаи амебной дизентерии. Но даже при самой строгой критике¹⁾ окончательный лечебный эффект при хронической амебной дизентерии, после основательного индивидуализированного курса, согласно нашим наблюдениям, по меньшей мере в 2 раза лучше, чем после курса лечения эметином. При этом укажем прежде всего, что натреном были излечиваемы и такие случаи, которые совершенно не поддавались действию эметина.

В литературе до сих пор еще не отмечалось случаев привыкания к натрену. При наступивших рецидивах в большинстве случаев обыкновенно действие нового курса лечения оказывается столь же верным, как и при первом применении средства. Как на особенно благодарную область применения натреновой терапии, нужно указать на амебную дизентерию у детей, где она очень часто без исследования стула не может быть диагностирована, как таковая.

Во время моей научной поездки в Южную Америку, в 1924 г., сперва д-р Garcia (Лима, Перу), а позднее также один чилийский и один аргентинский collega обратили мое внимание на то обстоятельство, что они во многих случаях жестокой детской диарреи, даже у грудных детей, распознавали амебную инфекцию и с успехом применяли лечение натреном, причем даже грудные дети хорошо переносили препарат в небольших дозах (3 раза в день по 0,05—0,1). Очень благоприятные результаты лечения детской амебной дизентерии сообщены также из Палестины д-ром Buchsbaum (Arch. f. Schiff. u. Trop.-hyg., № 4).

Несомненно амебиазы у грудных детей и вообще детские амебиазы встречаются гораздо чаще, чем это мы думали до сих пор. Поэтому я настоятельно рекомендую производить исследование на амебную дизентерию и применять лечение натреном при упорных кишечных катаррах у детей во всех странах, где существует эпидемическая амебная дизентерия.

С другой страны мне удалось, в особенности за последнее полугодие, систематическими исследованиями установить, что также и некоторые взрослые обитатели дизентерийных местностей, страдающие самыми

¹⁾ Я разумею провокацию карлсбадской солью. Мы считали за рецидив, т. е. относили случай к неизлеченным, когда, — даже при отсутствии всяких клинических симптомов, — после такого рода провокации появлялись в испражнениях или амобы, или цисты. При этих условиях мы в застарелых, хронических случаях получили от натреновой терапии только около 33 1/3 % рецидивов.

разнообразными расстройствами желудка и кишечника (спазмы, запоры), при отсутствии клинических симптомов дизентерии, после точного исследования оказываются носителями амёб. Часто мы обнаруживали последних впервые благодаря провокации после сильного раздражения кишечника большими дозами карлсбадской соли.

У трех такого рода частных пациентов, которые несомненно раньше (несколько лет назад) страдали дизентерией, лечение натреном, вводимым в клизмах и *per os*, дало прямо-таки поразительный результат. Не только паразиты, но также запоры и спазмы у больных, у которых уже течение долгого времени невозможно было добиться опорожнения кишечника без применения слабительного или клизм, были полностью устранены. Такой же результат был получен и у одной пациентки, направленной в Тропический Институт из Южной Бразилии с целью наложения, в качестве *ultimum refugium, anus praeternaturalis*. Вместе с устранением тягостных кишечных явлений и быстрым восстановлением телесных сил у больной исчезли также тяжелые явления невращения, бывшие следствием хронических запоров, и она вскоре после этого стала невестой.

Таким образом и здесь мы имеем широкие и многообещающие возможности для применения натрена.

Наконец, в литературе есть сообщения и о результатах применения натрена при гепатитах и абсцессах, находящихся в связи с амёбной дизентерией, каковые результаты наблюдались и нами.

По недостатку места я не могу здесь более подробно входить в рассмотрение вопроса о многообразных методах применения, а также о способах действия натрена. Достоверно, что не удастся получить эффекта (Mühlens-Menk, Olpp-Nurpenbauer, Kuenen) при подкожном и интравенозном введении его, как то бывает при эметине. Остается поэтому применять натрен только *per os* или при помощи клизм. Почти все авторы согласны в том, что в большинстве случаев для взрослых бывает вполне достаточно принимать натрен *per os* ежедневно 3 раза по 1,0 или 6 раз по 0,5 в облатках или кератиновых пилюлях по 0,25 (оригинальная упаковка Behring-Werke). Дети в зависимости от возраста и конституции получают меньшие дозы. Также и некоторые взрослые обходились меньшими дозами натрена, чем только что указано. Так, Katsurada в Японии получил хороший эффект при применении натрена уже в дозе 0,6 3 раза в день. В некоторых упорных случаях применялись также более высокие дозы—в 6,0—10,0 *pro die*.

Следует упомянуть здесь несколько слов о сильных, иногда профузных поносах, „диарреях вследствие раздражения“, наступающих у некоторых больных после первых приемов натрена. Повидимому, в подобных случаях дело идет об индивидуальной повышенной чувствительности к препарату (быть может, о роде подизма), как это наблюдается и при других медикаментах (напр., хинине, эметине и др.). Соответственно с этим в случае, если сильные поносы будут грозить истощением, нужно перейти на меньшие дозы—4—8 раз по 0,25 *pro die*, или, если и такие дозы не будут переноситься, попытаться приучить организм пациента к натрену. В одном случае это мне удалось очень хорошо: сильно ослабленная вследствие многолетнего страдания дизентерией пациентка реагировала сильными поносами на приемы 1,0 натрена *per os* или в клизме, постоянно становясь при этом совершенно беспомощной.

Чтобы приучить ее к средству, я начал с 0,05 *pro die* и постепенно повысил дозу до 5 раз по 0,05 *pro die* без всяких жалоб с ее стороны. Тогда я назначил клизму с 0,25 натрена и в конце концов достиг того, что 1,0 *pro die* переносился неделями без всяких осложнений.

В противовес отдельным таким случаям повышенной чувствительности большинство авторов отмечает, что натрен неядовит и хорошо переносится больными.

Лично я не являюсь сторонником клизм из растворов с высоким содержанием натрена и обычно не перехожу концентрации 5:200,0. Лучше даже, если только это возможно, и если клизмы хорошо удерживаются кишечником, назначать 5,0 средства на 300,0 воды в виде высоких клизм (с кишечной трубкой), после предварительного очищения кишечника.

При лечении клизмами важнее всего по возможности дольше или даже совершенно удерживать содержимое клизмы. От клизм, которые очень скоро отходят, нельзя ждать никакого толку. Так же мало пользы можно ожидать от лечения клизмами и в тех застарелых случаях, когда болезненные очаги (нарывы) располагаются в высоких частях кишечника, недоступных действию клизмы. Несомненно, некоторые неудачные случаи нужно, в связи с этим, объяснять именно неправильной техникой или неправильной постановкой показаний, другие же, может быть, одновременно наличием различных осложнений.

Как при всяком разумном применении лечебного средства, так и при натрене назначение средства должно быть строго индивидуализировано после внимательного клинического, ректоскопического и паразитологического анализа. Так, в острых случаях (а равно при бациллярной дизентерии) я рекомендую вводить натрен только *per os* приблизительно 4—6 раз в день по 0,5 или 8—12 раз по 0,25 (если в комбинации с эметинум, то на первые дни по 0,05—0,1). В хронических случаях внутреннее лечение большей частью также приводит быстро к цели, притом даже без помощи эметина. Лечение клизмами находит свое главное применение в застарелых, хронических случаях с наличием ректоскопически констатируемых нарывов. В случаях бациллярной дизентерии вопрос о лечении клизмами возникает поэтому чрезвычайно редко. В застарелых случаях амёбной дизентерии особенно действительной оказывается часто комбинация внутреннего лечения с клизмами: 1,0—2,0 *per os* и, кроме того, ежедневно 3,0—5,0 *per rectum*.

Многие авторы ограничиваются единственным курсом лечения в течение 6—10 дней подряд. Однако большинство советует для верности результатов лечения применять дополнительные 2—5 курсов в 3—6 дней с перерывами в одну неделю. Аналогичное предложение было и нами сделано в первых наших сообщениях. Тогда же мы указывали и на то, что в течение курса лечения натреном очень часто совсем не нужна строгая диета, и это подтверждается также Нирренбауером и de Langen'ом. Многим больным мы вообще не даем никаких диетических предписаний. Т. о. совершенно очевидно, что благоприятные результаты лечения не стоят ни в какой зависимости от диеты.

Другим преимуществом этого лечения является простота его применения, в особенности при внутреннем назначении, а также возможность успешно пользоваться им в амбулаторной обстановке, на что также обра-

щено внимание многими авторами. Так, de Langen приводит следующий факт, который я передаю здесь в переводе: „Один collega, которого я лечил этим средством, без особенного труда справлялся во время курса лечения со своей довольно большой сельской практикой: он продолжал также оставаться здоровым после этого первого курса лечения в то время, как другие, предпринятые им до того, попытки (комбинированные даже с абсолютным покоем) не имели успеха“.

На Конгрессе Тропической Медицины в Сингапуре (в 1923 г.) Kessel и Wilder подчеркнули еще в особенности то обстоятельство, что лечение натреном много экономичнее, чем лечение эметином. Интересным является следующее их сопоставление:

	Эметин	Натрен
Цена лечения в мекс. долл.	5,60	6,40
Время пребыв. в госпитале	12 дней	7 дней
Потерянные рабочие дни.	26 дней (в сред.)	9½ д. (самое большое).

Заклучение.

До последнего времени при амёбной дизентерии специфическим средством, подобно хинину при малярии, считался эметин,— тот самый препарат, о котором Ког на Дальневосточном Конгрессе Тропической Медицины в Сингапуре сказал: „Инъекции эметина очень редко приводят к полному излечению болезни, хотя обычно ими достигается хороший временный результат; в хронических случаях его ценность невелика. Применение висмут-иод-эметина почти всегда сопровождается неудачей: обычно пациент не бывает в состоянии его удержать, или, если и удерживает, то и это не приносит никакой пользы. По крайней мере я сам никогда не получал хороших результатов от этого средства“.

Если, в противовес этому, тот же самый автор об натреновой терапии сказал: „Этот метод дает очень хорошие результаты, по моему мнению наилучшие“, то такая характеристика позволяет нам теперь вместе с другими цитированными выше многочисленными знатоками амёбной дизентерии сделать заключение, что натрену 105 подобает еще более почетное положение, как лечебному средству при дизентерии. Соответственно этому мы теперь вправе внести поправку в наше первоначальное определение натрена, как „adjuvans“ при амёбной терапии, и можем назвать его самым лучшим из известных теперь терапевтических средств для лечения хронической амёбной дизентерии и многочисленных, связанных с нею, хронических страданий кишечника.

Проф. Manson-Bahr¹⁾, из Лондонской Школы Тропической Медицины, пишет мне следующее: „Несомненно, что натрен в настоящее время является самым лучшим средством против амёбной дизентерии и гораздо выгоднее, чем emetinwismutjodid“.

В только что появившемся реферате (Tropical. Dis. Bull., 1926, № 1, p. 34) англичанин Н. М. Hamshell говорит об натрене: „Его по справедливости называют настоящей победой германской химии и фармакологии“.

¹⁾ Ср. также Manson-Bahr, Lancet, 12 сент. 1925 г., стр. 544.

В смысле длительности результатов при острой амёбной дизентерии иатрен 105 является, повидимому, по меньшей мере равноценным эметину, если даже не превосходит его.

Наконец, большинство лечившихся у нас до сих пор от бациллярной дизентерии пациентов также быстро реагировало на иатреновую терапию.

До настоящего времени медицина вообще еще не знает специфических средств с универсальным действием в том смысле, чтобы они действовали с абсолютной верностью во всех случаях болезни. Иатрен 105 не является в этом отношении исключением, и все-таки нельзя отрицать, что он в высокой степени удовлетворяет предъявляемым специфическим средствам требованиям,—наибольшему действию при наименьшей ядовитости.

Какое специальное значение в деле борьбы с амёбной дизентерией имеет возможность уничтожения амёб и их цист у большинства больных и паразитоносителей, про то знает каждый тропический врач, хорошо осведомленный об огромной опустошительной роли дизентерии,—этого, вряду с малярией, самого распространенного бича тропических стран.

Prof. P. Mühlens (Hamburg). Traitement de la dysenterie amoebique.

L'auteur recommande chaudement Yatren 105 dans le traitement de la dysenterie amoebique. Dans les cas graves et aussi dans les cas de dysenterie bacillaire il conseille d'appliquer ce remède exclusivement per os, 4 à 6 fois par jour 0,5 ou 8 à 12 fois 0,25. Un tel traitement conduit très vite au but même dans les cas chroniques; et dans les cas de dysenterie amoebique ancienne la combinaison du traitement intérieur avec les lavements est surtout efficace: au malade on introduit 1,0—2,0 per os et on y additionne 3,0—5,0 de ce remède chaque jour per rectum.

Paraophoron, его топография и судьба в различные возрасты внутри-и внеутробной жизни женщины.

(Предварительное сообщение).

Ассистента клиники П. В. Маненкова.

(С 4 рис.).

Под названием paraophoron'a известен один из остатков Wolff'ова тела, обнаруженный у индивидуумов женского пола Waldeyer'ом ¹⁾ 50 с лишним лет тому назад. Остаток этот локализируется в широких маточных связках и гомологичен paradidymis'u или органу Giralde's у мужчин.

Литература о paraophoron'e невелика. Большинство авторов касается вопроса об этом образовании лишь мимоходом, работы же, более или менее специально посвященные paraophoron'y, — единичны. Среди них можно особенно указать труды Tournеux ²⁾ (1888 г.), Swital'sk'oro ³⁾ (1898 г.), Aschoffa ⁴⁾ (1900 г.), Rieländer'a ⁵⁾ (1905 г.) и Forssner'a ⁶⁾ (1921 г.). Но и эти работы, с одной стороны, не все имели целью всестороннее изучение вопроса о paraophoron'e, а с другой — авторы их чужды согласия в основных пунктах данного вопроса, касающихся морфологии, топографии и судьбы paraophoron'a. Такое разногласие, естественно, находит себе отражение в учебниках и руководствах. Правда, после обстоятельного сравнительно-анатомического изучения paraophoron'a Rieländer'ом большинство авторов следует в этом вопросе за ним; однако, есть даже среди новейших авторов и такие (Jung ⁷⁾, Поляков ⁸⁾ и пр.), которые во взглядах на те или другие стороны данного вопроса расходятся с Rieländer'ом.

Так как, во всяком случае, труд Rieländer'a является наиболее солидным из всех исследований, посвященных paraophoron'y, то я и позволю себе привести здесь главнейшие из его выводов, дающие понятие

¹⁾ Eierstock und Ei. 1870, § 140.

²⁾ По раб. Rieländer'a.

³⁾ Journ. de l'anat. et de la phys., 1888, t. 24.

⁴⁾ Verh. d. Deut. Path. Gesellsch., Bd. II, 1900.

⁵⁾ Diss., Marburg, 1905.

⁶⁾ Halban's and Seitz Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. V. H. 1, S. 217.

⁷⁾ Menge и Opitz. Руководство по гинекологии, русск. пер. 1914 г., стр. 724.

⁸⁾ Основы гистологии, 1909, ч. II, стр. 1336.

об интересующем нас образовании. Изучив на сериях срезов маточные придатки у женщин, коз, свиней, телят, овец и морских свинок, Rieländer пришел к следующим заключениям:

1) Параорфогон, по исследованиям на плодах телят и овец, происходит в раннем эмбриональном периоде скорее из каудального отдела Wolff'ова тела.

2) У человека, как и у исследованных животных, он находится между последними ветвями *art. spermaticae*, перед входом их в яичник и несколько кнутри от свободного края *lig. lati*, как это установлено было Switalsk'им, Aschoff'ом и Meyer'ом в противоположность Waldeyer'y, который находил параорфогон лежащим медиально от ероорфогон'a, часто у самого ребра матки.

3) Перемещение параорфогон'a из первоначального каудального (медиального) в дорзальное, почти краниальное (латеральное) положение относительно ероорфогон'a объясняется опусканием зародышевой железы.

4) Параорфогон у человека и исследованных животных бывает развит различно, причем это различие зависит, повидимому, от возраста и от вида животного: менее всего он оказался развитым у свиньи и овцы, затем следуют в восходящем порядке коза, теленок, морская свинка и человек.

5) Параорфогон состоит из слегка извитых, соединенных в небольшие группы, часто параллельных друг другу канальцев, которые отличаются от эпифоральных (паровариальных) полным или почти полным отсутствием соединительнотканной стенки, меньшим диаметром и очень узким просветом, выстланным лишенным ресничек, кубическим или низко-цилиндрическим эпителием: среди канальцев у человека встречаются и клубочки.

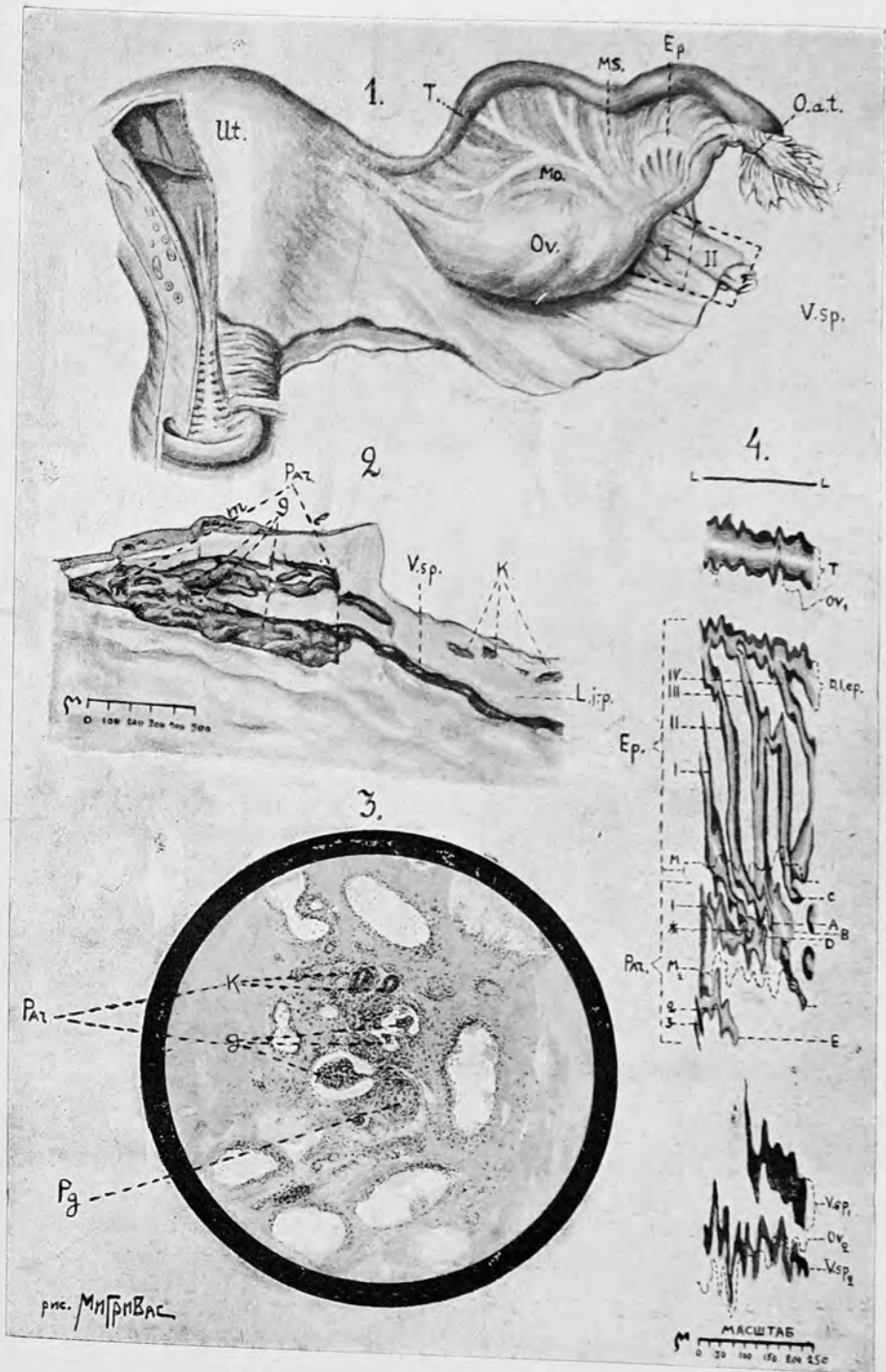
6) Связи параорфогон'a с ероорфогон'ом ни у человека, ни у животных Rieländer'ом не было найдено.

7) Во внеутробной жизни параорфогон претерпевает быстрое обратное развитие, начинающееся с клубочков и переходящее на канальцы. Ясные, хотя и скудные, пареофоральные остатки были обнаружены Rieländer'ом до 5-го года жизни ребенка; у взрослых эти исследования, по его мнению, нужно продолжить.

8) Опухоли, исходящие из параорфогон'a, редки.

Уже из этих выводов ясно, что вопрос о параорфогон'е человека не может считаться вполне решенным, ибо генез и судьба этого образования остались еще не выясненными. Отсюда и разногласия по этим пунктам в новейших учебниках и руководствах. Но этого мало. Даже несомненный, казалось-бы, вывод Rieländer'a о топографии данного образования в последнее время оспаривается Forssner'ом, который полагает, что параорфогон не является органом, имеющим постоянное местоположение, а представляет собой исчезающий остаток первичной почки, лишенный определенной локализации.

Таким образом в результате знакомства со всей, относящейся сюда, литературой пред нами возник ряд еще не выясненных окончательно вопросов в учении о параорфогон'е женщины. Эти вопросы следующие: 1) Происходит ли параорфогон у человеческих плодов из каудального отрезка Wolff'ова тела, или из секреторной части краниального отрезка последнего? 2) До какого возраста внутри-или внеутробной жизни женщины он



может быть обнаружен тем или иным путем? 3) Представляется ли он ограниченным, компактным образованием, состоящим из канальцев и клубочков, или рассеянным, и как изменяется с возрастом индивидуума его структура? 4) Занимает ли paroophoron строго определенное местоположение в lig. latum по отношению к мезоварию, ребру матки, eroophoronу, vasa spermat. int. и переднему листку широкой маточной связки, или положение его изменчиво? В последнем случае—как оно изменяется и чем эта изменчивость обуславливается?

Выяснить на человеческом материале эти спорные вопросы мне и было поручено моим глубоковажаемым учителем, профессором Викторином Сергеевичем Груздевым. К этому меня немало побуждало также и то, что некоторые из новейших авторов, напр. Pujula¹⁾, подвергают еще сомнению, следует ли смотреть на остатки первичной почки, как на образования рудиментарные, т. е. ненужные, лишённые функций.

Материал, послуживший для моих исследований, обнимает 32 случая плодов, новорожденных, детей и взрослых (от 5-недельного эмбриона до взрослой женщины 58 лет). При изучении его я пользовался главным образом, сериями срезов в различных плоскостях из каудальной половины туловища эмбрионов и из маточных придатков более взрослых объектов. Для выяснения 1) морфологии и топографии paroophorona и 2) связи последнего с eroophoron'ом, помимо изучения серий срезов, я использовал в данной работе методы пластической восковой и графической реконструкции, причем мною были выполнены в лаборатории эмбриологии и генетики Казанского Университета, под руководством профессора А. М. Завадского, две реконструкции: 1) пластическая восковая—левой широкой маточной связки с яичником, маткой и отрезком гесты от 12-недельного плода (рис. 1)²⁾ и 2) графическая—части левой широкой связки в области связи paroophorona с eroophoron'ом от 13-недельного плода (рис. 2).

Результаты моих исследований могут быть формулированы в следующих положениях:

1) Между тем как eroophoron (parovarium) развивается из экскреторной части краниального отдела первичной почки, resp. epigenitalis, paroophoron женщины, гомолог paradymis'a (органа (Giraldès) мужчины, происходит из секреторной части каудального отдела Wolffова тела, resp. paragenitalis, в период между 8-ю и 12-ю неделями внутриутробной жизни индивидуума.

2) Paroophoron обнаружен нами не только у плодов, новорожденных и детей до 5-го года жизни (Rieländer), но также у девочек старше 5 лет и у взрослых женщин до 58 лет, за исключением одной девочки 2 лет и одной женщины 43 лет.

3) В виду того, что paroophoron локализуясь вдоль ветвей внутренних семенных сосудов в латеральном участке собственно-широкой связки, с возрастом индивидуума смещается относительно mesovarium'a, eroophoron'a и свободного края lig. lat.,—строго определенного и притом типичного для всех возрастов местоположения его относительно указанных опознавательных пунктов дать невозможно. В целях наиболее точного макроскопического определения топографии paroophorona, которое

¹⁾ Реф. в Zentr. f. Gyn., 1924, № 4.

²⁾ Anat. Anz., 1924—1925, Bd. 59.

очень важно для выяснения генеза патологических образований женской половой сферы, мы, однако, находим целесообразным, на основании своих исследований, установить ту область латерального участка *lig. lat.*, где это образование всегда, независимо от возраста, находится. Эта область (рис. 3), расширяющаяся с возрастом женщины, соответствует месту расположения дистального отрезка внутренних семяных сосудов, гесп. их ветвей, заключенных в латеральном участке собственно-широкой связки на протяжении от боковой стенки малого таза до места входа их в мезоварий. Она простирается от линии прикрепления мезовария к *lig. latum* в дорзальном (каудальном) направлении на 0,5—2,5 мм. во внутритрубнобной жизни и на 2,5—8 мм. — во внеутробной жизни индивидуума, а в медно-латеральном направлении — от линии, проведенной перпендикулярно к предыдущей на 1,5—4 мм. медиальнее свободного края *lig. lat.*, до боковой стенки таза. В пределах данной области *paroophoron* лежит всегда вдоль ветвей *vas. spermat. int.* и почти всегда под передним листком *lig. lat.* (*Rieländer*), причем у плодов, новорожденных и детей он занимает обычно медиальную часть данной области, располагаясь медиально от свободного края широкой связки, ближе к мезоварию, и медно-дорзально (медно-каудально), редко дорзально (каудально) от *eroophoron'a*, у взрослых же — латеральную часть ее, находясь у самого свободного края *lig. lat.* или в *lig. infundibulo-pelvicum* дальше от мезовария и каудально или латеро-каудально от *eroophoron'a*. Вне указанной области *paroophoron* (гесп. его остатки) нами ни разу обнаружен не был.

4) При перемещении *paroophoron'a* из первоначального каудального (медиального) в кранно-дорзальное (латеро-каудальное) и почти краниальное (латеральное) положение к *eroophoron'у*, а также в смещении его относительно *mesovarium'a* и свободного края *lig. lat.* главную роль играют вначале процесса — опущение половой железы, сопровождающееся опущением и поворотом *lig. lat.*, впоследствии же (у детей) — удлинение (рост) внутренних семяных сосудов, причем здесь и там немаловажное значение имеет тесная связь между *paroофоральными* элементами и семяными сосудами, хорошо выраженная в некоторых из наших случаев.

5) Морфология и структура *paroophoron'a* во внутри- и внеутробной жизни женщины различна. *Paroophoron* у плодов и новорожденных представляет собой резко ограниченное, компактное, продолговатое образование, длиной в 240 μ —1,86 мм., состоящее из тесно расположенных, небольшими группами, канальцев (в количестве от 5 до 19) и клубочков (числом от 1 до 14—15), а иногда — только канальцев. Пароофоральные канальцы оканчиваются слепо (иногда только впадают в полость капсулы клубочков), извилисты, лежат почти параллельно друг другу, иногда содержат пигмент и отличаются от эпоофоральных канальцев полным или почти полным отсутствием соединительнотканной муфты, малым диаметром и узким просветом, выстланным немерцательным кубическим или низкоцилиндрическим эпителием. Наиболее извилистые и тонкие, лишённые муфты, канальцы прилежат обычно к капсулам клубочков. Клубочки *paroophoron'a* обнаруживают следы обратного развития и с возрастом плода исчезают. *Paroophoron* у детей и взрослых представляется сильно удлиненным, прерывистым образованием, длиной в 2,23—7,54 мм., состоящим из одних только канальцев (в количестве от 4 до 25), к которым редко присоединяются облитерированные клубочки. Пароофоральные канальцы в этой стадии также оканчиваются слепо, вытянуты

и разбросаны по длиннику образования то по одному, то, реже, по 2—3 рядом, с перерывами от 30 μ до 1,65 мм., причем количество их в некоторых случаях увеличивается в сравнении с числом канальцев в рагоорфогон'е плодов. Наряду с типичными пареофоральными канальцами—с узким просветом и без муфты—с 5 лет внеутробной жизни встречаются в каждом случае кистовидно измененные канальцы, а также отдельные канальцы с толстой муфтой.

6) Процесс обратного развития начинается в рагоорфогон'е с 23—32-й недель внутриутробной жизни индивидуума и выражается в атрофии клубочков и исчезновении их следов. Несомненные следы клубочков были обнаружены нами до 1 года внеутробной жизни. Пареофоральные канальцы значительно дольше, чем клубочки, противостоят процессу обратного развития и образуют рагоорфогон детей и взрослых. Атрофия их, выражаясь в удлинении канальцев, в распадения на отдельные следы отрезки, в кистовидном изменении и утолщении муфты, наступает с 5 лет внеутробной жизни женщины и продолжается до старости.

7) Увеличение длины рагоорфогон'а, а также увеличение количества пареофоральных канальцев и их разбросанность—являются, вероятнее всего, результатом атрофии и пассивного растяжения данного образования на удлиняющихся отрезках ветвей *vas. spermat. int.*

8) Из патологических образований рагоорфогон'а нами обнаружены: кистовидно растянутые канальцы—в 6 случаях и плоско-эпителиальный шар с орогованием в центре—в 1 случае. Параанглий в области рагоорфогон'а найден в 2 случаях.

9) Существовавшая связь у *paragenitalis* с *Wolff*'овым ходом и *epigenitalis* не всегда исчезает при образовании и смещении рагоорфогон'а, но иногда сохраняется и в первые недели существования последнего. Подтверждением этому являются один наш случай, где сохранился след связи рагоорфогон'а, *resp. paragenitalis*, с остатками *Wolff*'ова хода, и другой, где было обнаружена между рагоорфогон'ом и *epioorhophon*'ом связь, установленная путем графической реконструкции (рис. 2).

10) Что касается выстланных эпителием канальцев, расположенных в *mesosalpinx*'е, медиально от *epioorhophon*'а и вблизи ребра матки, то таковые нами были обнаружены в 3 случаях, причем все они, несомненно, являются остатками *Wolff*'ова хода и не имеют ничего общего с пареофоральными канальцами.

P. W. Manenkoff (Kasan). Das Paroophoron, seine Topographie und sein Schicksal auf den verschiedenen Altersstufen des intra—und extrauterinen Lebens des Weibes.

Das Material des Autors umfasst 32 Fälle von Föten, Neugeborenen, Kindern und Erwachsenen (von 5-wöchentlichen Embryonen an bis zu einer 58-jährigen Erwachsenen). Aus den Schlussfolgerungen, zu welchen der Autor auf Grund seiner Forschungen gekommen ist, verdienen folgende Beachtung: 1) Während sich das Epioophoron (Parovarium) aus dem exkretorischen Teil des Kranialabschnittes der Uterus, *resp. des Epigenitalis*, entwickelt, entsteht das Paroophoron des Weibes aus dem sekretorischen Teil des Kaudalabschnittes des *Wolff*'schen Körpers, *resp. des Paragenitalis*, in der Periode zwischen der VIII—XII Woche des intrauterinen Lebens des Individuums. 2) Das Paroophoron wurde von dem Autor nicht nur bei Föten, Neugeborenen und Kindern bis zum Alter von 5 Jahren

(Rieländer), sondern auch bei Mädchen, die älter als 5 Jahre waren, und bei erwachsenen Frauen bis zu 58 J. entdeckt. 3) Da das längs der Zweige d. Vasa spermatica int. im lateralen Teil des eigentlichen Ligamentum latum lokalisierte Paroophoron mit zunehmendem Alter des Individuums in seinem Lageverhältniss zum Mesovarium, Epoophoron und dem freien Rand des Lig. latum sich verschiebt, so kann man für dasselbe keine genau bestimmte und dabei für alle Altersstufen typische Ortslage in Bezug auf die erwähnten Orientierungspunkte angeben; im allgemeinen entspricht die mit zunehmendem Alter der Frau sich erweiternde Region des Paroophorons der Lage des Distalabschnittes der Vasa spermatica int., resp. ihrer Zweige, welche in einer Ausdehnung von der Seitenwand des kleinen Beckens bis zur Stelle ihres Eintritts in das Mesovarium im lateralen Teil des eigentlichen Lig. latum eingeschlossen sind. 4) In der Verschiebung des Paroophorons spielen anfangs die Hauptrolle der Descensus ovariorum, später aber die Verlängerung der Vasa spermatica int. 5) Die Morphologie und Structur des Paroophorons sind im intra—und extrauterinen Leben des Weibes verschieden. 6) Der Process der Rückbildung des Paroophorons beginnt von der 23.—32. Woche des intrauterinen Lebens an und äussert sich in der Atrophie der Knäulchen. 7) Die Vergrösserung der Länge des Paroophorons, wie auch die Vergrösserung der Zahl der Paroophoronkanälchen und deren verstreute Lage erscheinen am wahrscheinlichsten als Resultat der Atrophie und passiven Ausdehnung dieses Gebildes auf den sich verlängernden Abschnitten der Zweige der Vasa spermatica int. 8) Von den pathologischen Bildungen des Paroophorons hat der Autor in 6 Fällen die cystenartige Erweiterung der Kanälchen und in 1 Falle eine flachepitheliale Kugel mit Verhornung im Centrum beobachtet. 9) Die bei dem Paragenitalis existierende Verbindung mit dem Wolff'schen Gang und dem Epigenitalis verschwindet nicht immer bei der Bildung und Verschiebung des Paroophorons. 10) Die mit Epithel belegten im Mesosalpinx medial von dem Epoophoron nahe vom Rande der Gebärmutter angeordneten Kanälchen erscheinen als die Reste des Wolff'shen Ganges und haben nichts mit den Paroophoronkanälchen gemein.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВ.

Рис. 1. *Матка с правыми придатками (вид сзади).*

Ut.—матка. Т.—фаллопиева труба. О. а. т.—абдоминальное отверстие трубы. Ов.—яичник. Мс.—мезосальник. Мо.—мезоварий. Ер.—ероофoron. V. Sp.—внутренние семянные сосуды. I и II—схематическое изображение области локализации paroophoron'a.

Рис. 2. *Paroophoron на восковой модели.*

Par.—paroophoron (м.—медальный конец его и л.—латеральный конец paroophoron'a, г.—клубочки). V. Sp.—вн. семян. сос. К—слепые изолированные каналы. L. i. p.—lig. infundibulo-pelvicum.

Рис. 3. *Срез через paroophoron у плода 31—32 нед. (Reichert, Object. 3, Ocul. 3).*

Par.—paroophoron (к.—каналы, г.—клубочки). Pg.—параганглий.

Рис. 4. *Графическая реконструкция левой широкой маточной связки в области связи paroophoron'a с ероофoron'ом от 13-недельного плода (вид спереди).*

L. L.—верхушка lig. lat. Т.—фаллопиева труба. Ов₁ и Ов₂—контур яичника. Ер.—ероофoron (D. l. ер.—ductus longitudinalis, I, II, III и IV—ductuli transvers). Par.—paroophoron (1, 2 и 3—каналы paroophoron'a, клубочки же не реконструированы). Ж—место слияния I эпоофорального и I пареоофорального канальцев. А, В, С, D и Е—слепые концы канальцев. М₁ и М₂—линии прикрепления листков мезовария к lig. latum. V. Sp₁ и V. Sp₂—ветви внутренних семянных сосудов.

Добавочный *musculus soleus*.

Проф. В. Н. Терновского и студ. М. Садыковой.
(С рис.).

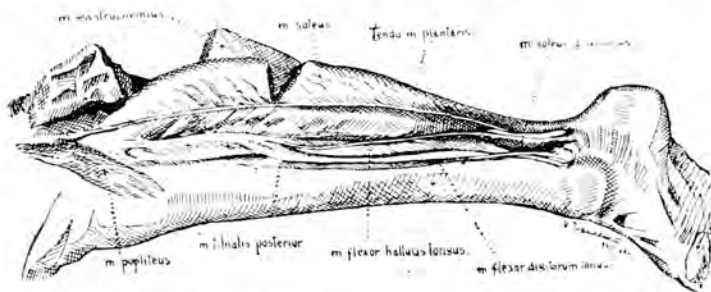
Препаруя мышцы правой нижней конечности неизвестного нам трупа, мы обнаружили на задней поверхности голени добавочную мышцу. Мышца эта (см. рис.) сзади граничила с *m. soleus* и с сухожилием *m. plantaris*, спереди—с *m. flexor hallucis longus*, медиально—с *m. flexor digitorum longus* и латерально—с *m. peroneus brevis*. Она начиналась от внутренней поверхности пяточной кости, впереди Ахиллова сухожилия, мышечным брюшком в 7,5 см. длины, которое расширялось до 2 см.; постепенно суживаясь, мышца эта переходила затем в сухожилие 17,5 см. длиною, которое прикреплялось к задней поверхности *fibulae* в верхней ее трети на 2,5 см. выше начала *m. flexoris hallucis longi*. По отношению мышечных волокон к сухожилию мышца эта—одноперистая (*m. unipennatus*).

Означенная мышца, судя по ее положению и точкам прикрепления, должна быть рассматриваема, как добавочный *m. soleus* такой разновидности, какая, повидимому, еще не была описана в литературе. Что касается окружающих мышц, то их может охарактеризовать следующая таблица:

Название	Н а ч а л о	П р и к р е п л е н и е	Длина
1. <i>M. soleus</i>	Capitulum, facies post. et crista later. <i>fibulae</i>	Tuber calcanei посред-ством Ахиллова сухожилия	37,2 см.
2. <i>M. plantaris</i>	Epicondyl. later. <i>femoris</i>		43,0 см.
3. <i>M. flexor digitorum longus</i>	Facies post. et crista interossea <i>tibiae</i>	Ногтевые фаланги 2—5 пальцев	48,5 см.
4. <i>M. flexor hallucis longus</i>	Facies post. et crista later. <i>fibulae</i>	Ногтевая фаланга большого пальца	42,0 см.
5. <i>M. peroneus brevis</i>	Facies later. <i>fibulae</i>	Tuberositas ossis metatarsalis V	28,0 см.

Таблица эта свидетельствует, что все эти мышцы в данном случае не уклонялись от нормы.

Gaston-Bachmann подразделяет мышечные аномалии на: А) генотипические, среди которых он различает 1) регрессивные и 2) прогрессивные, и В) фенотипические, среди которых можно различать 1) нарушения дифференцировки,—в частности, а) недостаточную дифференцировку (слияния, отсутствие) и в) чрезмерную дифференцировку (двойные и множественные образования).—и 2) нарушения развития.



Следуя этой схеме, мы можем рассматривать нашу мышцу, как чрезмерно дифференцированный *m. soleus*.

В доступной нам литературе мы могли найти следующие случаи аномалий пяточной мышцы:

1) Cruveilhier описывает добавочный *m. soleus*, тонкий и широкий, расположенный впереди *m. soleus*, начинавшийся вместе с ним и прикреплявшийся к пяточной кости изолированным сухожилием.

2—3) Pyc-Smith и Davies-Colley, в 1869 г., наблюдали второй *m. soleus*, отходивший впереди первого от *linea poplitea tibiae* и от апоневроза *m. flexoris digitorum longi*. Мышца прикреплялась с внутренней стороны к пяточной кости изолированным сухожилием. Аналогичный случай был наблюдаем авторами в следующем году.

4) Chassaigues наблюдал самостоятельное сухожилие, отходившее от *m. soleus* к верхней поверхности *calcanei* впереди Ахиллова сухожилия.

5) Beswick-Pegginom описан, в одном случае, мускул, прикреплявшийся к внутренней поверхности сухожилия *calcanei*, но бравший свое начало от передней поверхности сухожилия *m. solei*.

6) Laskowsky описывает веретенообразную мышцу в 14,0 см. длины и 2,5 см. ширины в средней части, отходящую от апоневроза впереди *m. soleus*, идущую по внутреннему краю его и внутри от Ахиллова сухожилия и оканчивающуюся на внутренней поверхности *calcanei*. *M. plantaris* в этом случае был нормальным.

7—8) Testut наблюдал добавочный *m. soleus* в 2 случаях: в одном мышца начиналась от *linea poplitea tibiae* и внутреннего края *m. solei* и прикреплялась к пяточной кости, в другом мышца цилиндрической формы, вверху соединявшаяся с глубокой поверхностью *m. solei*, прикреплялась внизу к пяточной кости внутреннего края Ахиллова сухожилия. В том и другом случае *m. plantaris* отсутствовал. В виду того, что все эти добавочные пучки сливались с *m. triceps surae*, имели связь с внутренней поверхностью Ахиллова сухожилия и оканчивались у внутренней поверхности *calcanei*, автор трактует их, как вариации *m. plantaris*, вследствие большой аналогии с последним.

10) Quain наблюдал мышечные пучки, имевшие вверху самостоятельное начало на *tibia* и прикреплявшиеся изолированным сухожилием к пяточной кости.

10) Windle в одном случае видел, что головка добавочной мышцы проходила вдоль *m. soleus* и прикреплялась под ним впереди Ахиллова сухожилия к пяточной кости и дистальному концу *fibulae*.

11) Frohse и Fränkel описывают у 40-летнего мужчины особый *m. plantaris*, который начинался исключительно от *facies profunda m. solei*, не дости-

гая костей голени; это была двойная мышца, состоявшая из латерального пучка в 4 см. и медиального — в 2 см. длины; оба пучка, пройдя 8 см., соединялись в тонкое конечное сухожилие, которое вблизи calcanei сливались с Ахилловым сухожилием. Автор полагает, что *m. plantaris*, который нормально начинается на *epicondylus lateralis* бедра, спустился здесь через *arcus tendineus solei* в глубь голени.

Вообще, по мнению Frohse и Fränkel'я, мышцы, описанные, как *mm. solei accessorii*, представляют собою лишь спустившиеся на *tibia mm. plantares*, хотя-бы в таких случаях и имелась налицо нормальная головка *m. plantaris*. Testut также рассматривает добавочные пучки *m. solei*, идущие к пяточной кости, как разновидности *m. plantaris*. Le Double держится иного мнения: в виду того, что эти пучки 1) происходят от глубокой поверхности *m. solei*, а не от бедренной кости, как *m. plantaris* человека, и не от голени, как *m. plantaris* у низших млекопитающих, 2) обнаруживаются часто наряду с хорошо развитым *m. plantaris*, 3) удаляются от сгибателей вместо того, чтобы приближаться к ним и, в частности, к короткому сгибателю пальцев,—он считает их за уклонившиеся или добавочные пучки *m. solei*.

В литературе описаны также случаи постепенного исчезновения и полного отсутствия пяточной мышцы, а также случаи прикрепления ее на *calcaneus*, выше *m. gastrocnemii*, отдельным сухожилием.

Что касается функционального значения описанной нами мышцы, то она действует так же, как и *m. soleus*, только на один, именно, голеностопный, сустав. Она участвует в сгибании стопы вместе с *m. gastrocnemius* и *m. soleus* и подкрепляет последний в его действии при стоянии, предохраняя ногу от перегиба вперед. Как известно, *m. soleus* развивает большую силу и весьма приспособлен к длительному действию. Описанная нами мышца еще более укрепляет его в этом последнем.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Backmann. Цит. по Vilde, Anat. Anz., 1925, Bd. 59.—
- 2) Frohse u. Fränkel. Die Muskeln des menschlichen Beines. Iena, 1913.—3) Le Double. Variations du système musculaire de l'homme. Paris. 1897.—4) Poirier. Traité d'anatomie humaine. Paris. 1896.—
- 5) Testut. Les anomalies musculaires chez l'homme. Paris. 1884.

Prof. W. Ternowsky u. Stud. M. Sadykowa (Kasan). Fall eines accessorischen *M. soleus*.

Verfasser beschreiben einen accessorischen *M. soleus*, welcher in der ihnen zugänglichen Literatur in solcher Form noch nicht erwähnt worden ist. Dieser Muskel, vor dem *M. soleus* gelegen, entsprang am *Calcaneus* vor der Achillessehne unmittelbar mit einem Muskelbauch von 7,5 cm. Länge und 2 cm. Breite und ging dann in eine dünne Sehne von 17,5 cm. Länge über, welche an der *Fibula* im oberen Drittel der Hinterfläche, 2,5 cm. über dem Anfang des *M. flexor hallucis longus*, inserierte.

К вопросу о множественных злокачественных опухолях и их сочетаниях.

Ассистента д-ра Г. Г. Непряхина.

Весною 1924 г., при вскрытии трупа одной женщины, у ней было обнаружено наличие двух злокачественных опухолей: гипернефромы почки и хорион-эпителиомы матки. Случай этот следующий:

5/V 1924 в Акушерско-Гинекологическую клинику Казанского Университета (проф. В. С. Груздев) поступила больная С. М., 47 л., с кровотечением из половых органов. Больная—10-рага, последние роды имела 5 лет тому назад, выкидышей не было. Последняя менструация пришла 3 мес. назад, и с тех пор кроили беспрерывно. Три года назад 6-ая заметила у себя в животе справа опухоль, а 3 месяца назад (вместе с началом кровотечения из влагалища) она заметила еще одну опухоль в животе над лобком.

Больная резко истощена. Кожа и слизистые оболочки крайне бледны. Живот неравномерно выпячен. Справа на уровне пупка и выше его определялась опухоль округлой формы, эластической консистенции, величиной немного больше головки новорожденного. Над лобком прощупывалась другая опухоль, величиной с головку новорожденного, неправильной конфигурации, плотной консистенции, малоподвижная и безболезненная. Маточная шейка переходила непосредственно в опухоль над лобком. цервикальный канал был раскрыт (пропускал 2 пальца), в полости матки прощупывались распадающиеся опухолевые массы. Выделения из матки обильные кровянистые, с дурным запахом. Температура все дни пребывания в клинике (5—16/V) была повышена (от 38° до 40° С.). Клинический диагноз: *sarcoma cavi uteri, cystis simplex ovarii dextri (?)*, *sepsis*. В виду тяжелого общего состояния большой оперативное лечение признано противопоказанным, 16/V смерти.

При вскрытии 17/V (проф. И. П. Васильев) обнаружены: *anaemia universalis, degeneratio parenchymatosa myocardii, atheromatosis gradus parvi aortae et vasorum coronarium, tumor lienis septicus, metastases chorion-epitheliomatis pulmonis utriusque, gangraena circumscripta apicis pulmonis utriusque, infarctus partim anaemici, partim haemorrhagici ex emboliis neoplasmatis praecipue marginum anteriorum pulmonum, degeneratio parenchymatosa septica hepatis, hypernephroma malignum renis dextri, nephritis subacuta bilateralis, cystes simplices ovariorum, chorion-epithelioma corporis uteri necroticans et exulcerans*.

Легкие были пушисты наощупь за исключением верхушек и небольших участков в передних краях, где под плеврою прощупывались узлы плотной консистенции. При разрезе уплотненная ткань в обоих верхушках оказалась содержащей в центре полости, величиной с куриный желток, наполненные тканевым расплодом и икхорозною жидкостью, но без запаха. После вымывания водою содержимого этих полостей было видно, что стенки их были образованы уплотненною на $\frac{1}{2}$ см. тканью легких, изъедены, без наслоений. Разбросанные во множестве преимущественно в передних краях обоих легких плотные участки ткани имели в общем форму клиньев с широким основанием под плеврою и вершиною, проникающей на $1\frac{1}{2}$ —2 см. в глубину ткани легких; ширина основания этих клиньев под плеврою достигала 3 см. Ткань легких в этих местах была безвоздушна, плотна, серовато-красного цвета. Очаги эти слабо выпячивались под плеврою, также и на поверхности разреза. Обычно вблизи верхушек этих клиньев обнаруживались несколько растянутые артериальные веточки, выполненные беловатыми крошащимися массами, не выни-

мавшимися при потягивании пинцетом. При выковыривании они распадались на мелкие крошки. Точно такого же характера пробки заметны кое-где в мелких сосудах и в остальной легочной паренхиме, особенно вблизи передних краев легких, однако без связи с клиновидными участками. В остальных участках легочная ткань была серовато-розового цвета, слабо отечна, слегка антракозирована, содержала немного крови.

Правая почка сохранилась только в верхней трети.—остальная ткань ее была занята опухолью величиной с головку новорожденного, мягкой консистенции, шаровидной формы, без выступов и неровностей. Опухоль была покрыта тонкою фиброзною капсулой, которая сливалась с капсулой почки. В глубине опухоли была отграничена от ткани почки также капсулою, но в нескольких местах она проросла эту капсулу и на небольшом протяжении инфильтрировала паренхиму почки. Опухоль вросла и в почечный таз, проросла стенки лоханки и несколько вытягивалась в мочеточник, не закрывая вполне его просвета. Цвет опухоли на разрезе был буровато-желтый, вещество ее без особого рисунка, однообразно, малокровно, большую часть (особенно в центре) представляло признаки омертвения.

Матка величиною в 2 кулака взрослого человека, сохранила свою форму, подвижна, рыхла. Цервикальный канал свободно пропускал 2 пальца. При разрезе оказалось, что внутренняя поверхность тела матки была занята распадающейся крошащейся тканью новообразования, которое захватывало главным образом переднюю стенку тела до цервикального канала. Здесь толщина стенки матки доходила до 6 см. $1\frac{1}{2}$ см. принадлежали наружной части стенки, имевшей обычный мышечный вид. Остальная толща (около $4\frac{1}{2}$ см.), будучи пронизана вышеуказанным новообразованием, вдавалась в растянутую полость матки мелкими, грибовидными, распадающимися кочками. С передней стенки тела матки новообразование переходило на боковые стенки и дно матки, где постепенно сходило на нет. Задняя стенка матки была свободна от опухоли, имела в толщину $2\frac{1}{2}$ см. Опухоль представлялась несколько отечной, крошащейся, в большей части серо-молочного цвета, неправильно концентрически-слоистого вида. В некоторых местах ее были вкраплены участки темно-красного цвета с характером старых кровоизлияний.

При микроскопическом исследовании опухоль правой почки оказалась злокачественной гипернефромой, новообразование матки с многочисленными эмболами в обоих легких—атипической формой хорион-эпителиомы.

Наш случай до некоторой степени похож на случай Brasc he, где в легких были тоже многочисленные эмболы хорион-эпителиомы матки, причем эти эмболы были очень малы—с булавочную головку и иногда с горошину; оттого при разрезе легких на первый взгляд они производили впечатление милиарного туберкулеза.

Сочетание этих двух редких опухолей побудило нас просмотреть весь секционный материал Патолого-Анатомического Института Казанского Университета за все время его 59-летнего существования (1866—1924 г.). Кроме того нами были приняты во внимание отчеты о секциях указанного Института профф. А. В. Петрова и Н. М. Любимова, д-ров А. А. Серебрякова и В. И. Земблинова, так как они касались части указанного материала.

Общее число патолого-анатомических исследований за указанное время равнялось 6453, из них мужчин 4305 (66%), женщин 2035 (32%), и у 113 (2%) пол в протоколах не обозначен. Полных вскрытий было 6048—муж. 4089, жен. 1846 и в 113 случ. пол не обозначен.

По возрасту весь материал распределялся так: до 1 мес.—муж. 79, жен. 50, всего 129; от 1 мес. до 1 года—муж. 61, жен. 51, всего 112; от 1 до 10 лет—муж. 115, жен. 104, всего 219; от 11 до 20 лет—муж. 329, жен. 204, всего 533; от 21 до 30 лет—муж. 982, жен. 437, всего 1419; от 31 до 40 лет—м. 827, ж. 413, всего 1240; от 41 до 50 лет—м. 774, ж. 337, всего 1111; от 51 до 60 лет—м. 498, ж. 202, всего 700; от 61 до 70 лет—м. 222, ж. 78, всего 300; от 71 до 80 лет—м. 61,

ж. 26, всего 87; от 81 до 90 лет—м. 8, ж. 5, всего 13; от 93 до 97 лет—м. 3; от 102 до 107 лет—м. 1, ж. 1, всего 2; возраст не указан—м. 337, ж. 122, всего 459; пол и возраст не указаны—113. Т. обр. наибольшее число падает на возраст от 21 до 30 лет.

Из этого материала в 731 сл., т. е. почти в 11% общего числа, были найдены опухоли.

В частности саркомы были найдены в 126 сл., что составляет 2% общего числа исследований или 17% всех злокачественных опухолей. Процент сарком у мужчин по отношению к общему числу вскрытий их (81 сл. на 4035 вскрытий мужчин) был равен 1,9%, у женщин—2,3% (45 сл. на 2035 вскрытий).

У Медведова на секционном материале одной из больниц г. Одессы за 15 лет (1908—1922 гг.) процент сарком у мужчин (20 сл. на 2898 вскрытий) и у женщин (12 сл. из 1740) оказался одинаковым и равным 0,69%.

По возрасту больных случаи сарком распределялись у нас так: от 4 до 7 лет—м. 2, ж. 2, всего 4; от 13 до 20 лет—м. 12, ж. 5, всего 17; от 21 до 30 лет—м. 16, ж. 7, всего 23; от 31 до 40 лет—м. 21, ж. 14, всего 35; от 41 до 50 лет—м. 13, ж. 12, всего 25; от 51 до 60 лет—м. 5, ж. 2, всего 7; 62 лет—м. 2; 71 года—ж. 1; 85 лет—ж. 1; возраст не указан—м. 10, ж. 1, всего 11. Наибольшее число сарком падало, следовательно, на возраст от 31 до 40 лет.

Из 126 сл. сарком в 43 (33%) были обнаружены метастазы, в том числе у мужчин 31 раз из 81 (38%), у женщин в 12 сл. из 45 (25%). Метастазы 26 раз были в окружающих органах и тканях, 12 раз они распространялись по кровеносным путям, 4 раза были в регионарных лимфатических железах и 1 раз—в регионарных лимфатических железах и в соседних органах и тканях.

Раки были обнаружены в нашем материале в 549 сл., что составляет 8,5% общего числа исследований и 77% всех злокачественных опухолей. У мужчин раки имели место в 333 сл. (61%), у женщин—в 216 (39%). По отношению к числу вскрытий процент раков у мужчин равнялся 8,3% (333 сл. на 4035 вскрытий мужчин), у женщин—9,3% (216 сл. из 2035 вскрытий женщин).

У Говорова из 123.296 вскрытий по Харькову и Петрограду (по другим городам у него число мужчин и женщин отдельно не указано) было 78.445 вскрытий мужчин и 44.851 вскрытий женщин. Среди этого материала обнаружено 10.094 сл. раков, из них у мужчин—5580, у женщин—4514. Следовательно, процент раков по отношению к числу вскрытий у мужчин в материале этого автора был равен 7,1%, а у женщин—10,1%. У Медведова на 2898 вскрытий мужчин пришлось 341 сл. раков, т. е. 7,3%, а на 1740 вскрытий женщин—129 сл. раков т. е. 7,4%.

По возрасту лиц раки распределялись у нас так: от 14 до 20 лет—м. 1, ж. 4, всего 5; от 21 до 30 лет—м. 15, ж. 18, всего 33; от 31 до 40 лет—м. 63, ж. 51, всего 114; от 41 до 50 лет—м. 96, ж. 69, всего 165; от 51 до 60 лет—м. 73, ж. 49, всего 122; от 61 до 70 лет—м. 41, ж. 9, всего 50; от 71 до 80 лет—м. 3, ж. 4, всего 7; 81 года—м. 1; возраст не указан—м. 40, ж. 12, всего 51. Т. обр. наибольшее число раков встретилось в возрасте от 41 до 50 лет.

Из 549 сл. раков в 267 сл. (почти 50%) были найдены метастазы, в том числе у мужчин в 160 сл. из 333 (почти 50%), у женщин — в 108 сл. из 216 (50%). Метастазы 130 раз распространялись по лимфатическим путям и на соседние органы и ткани, 47 раз они были только в окружающих органах и тканях. 31 раз рассеивались по кровеносным и лимфатическим путям и на соседние органы и ткани, 23 раза были только в регионарных лимфатических железах, 16 раз метастазы распространялись исключительно по кровеносным сосудам.

Прочие злокачественные опухоли, кроме раков и сарком (хорион-эпителиомы, гипернефромы и др.) имели в нашем материале место в 32 сл.

Затем у 19 лиц были обнаружены сочетания доброкачественных опухолей со злокачественными. Сочетания эти были следующие: 2 случ. саркомы и миомы матки, 1 сл. саркомы правого надпочечника и фиброаденомы толстой кишки, 1 сл. саркомы и аденомы правой грудной железы, 3 сл. рака и миомы матки, 1 сл. рака шеи и миомы матки, 2 сл. рака матки и кисты правого яичника, 1 сл. рака париетальной брюшины и миомы матки, 1 сл. рака и кисты почки, 1 сл. рака и кисты яичника, 1 сл. рака мочевого пузыря и кисты яичника, 1 сл. рака грудной железы и аденокистомы широкой связки матки, 1 сл. рака пищевода и фиброаденомы толстой кишки, 1 сл. рака пищевода и кисты почек, 1 сл. рака тонких кишок и кисты левого яичника (весом 26 кило), 1 сл. эндотелиомы перикарда, кисты яичника и коллоидной струмы.

Наконец, большой интерес представляют злокачественные опухоли с множественным первичным возникновением, а также сочетания различных злокачественных опухолей, встретившиеся нам 5 раз на 6048 вскрытий (0,08%).

1) 1898 г., прот. № 94. Муж. 65 л. Плоско-эпителиальный рак пищевода и аденокарцинома желудка. Случай описан в печати Ф. Н. Чарушиным.

2) 1904 г., пр. № 76. Женщ. 50 л. Рак шейки матки и эндотелиома твердой мозговой оболочки.

3) 1917 г., пр. № 35. Женщ. 54 л. Гипернефрома правого надпочечника, рак и миома матки и липома толстой кишки.

4) 1924 г., пр. 106. Муж. 43 л. Первично-множественный мозговой рак желудка и тонких кишок.

5) 1924 г., пр. № 49. Женщ. 47 л. Наш случай сочетания злокачественной гипернефромы правой почки и хорион-эпителиомы матки с кистами в обоих яичниках.

У Redlich'a на 5002 вскрытия было 8 сл. первично-множественных раков (0,16%), у Feilchenfeld'a на 5022 вскрытия — 7 таких раков (0,14%), у Harbitz'a на 3613 вскрытий было 16 сл. первичных множественных злокачественных опухолей (0,44%), у Gade на 4219 вскрытий — 32 таких случая (0,76%), у Медведева на 4638 вскрытий — 20 (0,04%). Следовательно, процент первичных множественных злокачественных опухолей у различных авторов колеблется от 0,04% до 0,76%.

На основании отчасти нашего материала, отчасти доступных нам литературных данных первичные множественные злокачественные опухоли (которых нам удалось собрать, за исключением сомнительного материала, всего 487 случаев) можно представить в виде следующих комбинаций:

1. Собственно-первично - множественные злокачественные опухоли.

Всего они встретились в 238 случаях, из них:

1) Саркомы

(несколько первичных узлов одного и того же гистологического строения).

Всего встретились в 11 случаях, из них:

а) В одном и том же органе или ткани—8 сл., в том числе в коже 4 сл.—Harbitz (2)¹⁾, Семенов, Krefling; в пищеводе 2 сл.—Bormann, Wolfenberg; в кишечнике 2 сл.—Hansemann (2).

б) В различных органах—3 сл.: руки и ноги 1 сл.—Naavaldsen; плеча и промежности 1 сл.—Gade; обеих плечевых костей 1 сл.—Reinwald.

2) Раки

(несколько первичных узлов одного и того же гистологического строения).

Всего встретилось 227 сл., из них:

а) В одном и том же органе или ткани—95 сл.: в коже 37 сл.—Bormann (21), Kaposi (2), Bayha, Mracek, Bucher, Schimmelbusch, Tannberg, Trendelenburg, Esmarch, Volkmann, Pott, Bergmann, Schuchardt, Nehrkorn; в желудке 22 сл.—Lubarsch (12), Redlich (5), Reichelmann (3), Hansemann (2); в прямой кишке 7 сл.—Rötter (6), Handford; в языке 5 сл.—Schwimmer (2), Hatschinson, Trelat, Nedopil; в толстой кишке 5 сл.—Драчинская, Kerthe (2), Mayerus, Madelung; в тонких кишках 5 сл.—Oberndorfer (2), Tannberg, Notthaft, Bunting; в матке 3 сл.—Theilhaber и Hollinger, Abel, Eckard; в обоих углах рта 1 сл.—Hansemann; в слизистой оболочке рта 1 сл.—Nedopil; в пищеводе 7 сл.—Richter (2), Fischer-Defoy и Lubarsch (4), Bormann; в вульве 1 сл.—Fromme; в почке 1 сл.—Lubarsch.

б) В различных органах—132 сл.: в желудке и кишках 48 сл.—Ribbert (30), Hauser (5), Gade (5), Borchardt (2), наш материал, Döring, Wulf, Schmidt, Wechselbaum, Bensaude и Okinczic; в обоих грудных железах 24 сл.—Schmidt, Neuendorf (5), Billroth (3), Oldekopp (3), Theilhaber и Edelberd (3), Portal, Lebert, Albert (4), Lubarsch; в матке и грудной железе 4 сл.—Walter, Pirscher, Beadle, Michelsohn; в пищеводе и желудке 1 сл.—Ogata; в тонких и толстых кишках 2 сл.—Feilchenfeld, Besche; в желудке и прямой кишке 3 сл.—Feilchenfeld, Tannberg, Devis и Gallavardin; в грудной железе и яичнике 2 сл.—Mandry, Kaufmann; в желудке и грудной железе 1 сл.—Pusateri; в толстой кишке и желчном пузыре 2 сл.—Richter, Worthin; в матке и яичнике 2 сл.—Pirscher, Taylor; в коже и прямой кишке 2 сл.—Gade (2); в коже лица и грудной железе 2 сл.—Hutchinson, Williams; в толстой кишке и яичнике 1 сл.—Richter; в языке и пищеводе 1 сл.—Hansemann; в желудке и яич-

¹⁾ В скобках указано число случаев, авторы без скобок имели по одному случаю.

нике 1 сл.—Hansemann; в желудке и бронхе 1 сл.—Hansemann; в носу и penis'e 1 сл.—Глушковский; в бедре и голени 1 сл.—Mandry; в пищеводе и толстой кишке 1 сл.—Ravenn; в пищеводе и тонкой кишке 1 сл.—Reicheltmann; в желудке и 12-перстной кишке 1 сл.—Feilchenfeld; в нижней губе и penis'a 1 сл.—Besche; в коже лица и желудка 1 сл.—Besche; в нижней губе и прямой кишке 1 сл.—Besche; в мочевом пузыре и желудке 1 сл.—Szumann; в мочевом пузыре и почке 1 сл.—Simon; в пояснице и затылке 1 сл.—Chilesotti; в щеке и печени 1 сл.—Herxheimer; в шее и прямой кишке 1 сл.—Volkman; в носу и грудной железе 1 сл.—Bryant; в нижней губе и грудной железе 1 сл.—Graviller; в носу и матке 1 сл.—Tsu; в мочевом пузыре и 12-перстной кишке 1 сл.—Tannberg; в почке и прямой кишке 1 сл.—Tannberg; в желудке и носу 1 сл.—Winiwarer; в обоих надпочечниках 2 сл.—Carsiere и Delearde, Lubarsch; в обоих фаллопиевых трубах 1 сл.—Orthmann; в обоих почках 1 сл.—Hansemann; в обоих ушах 1 сл.—Mandry; в обоих голених 1 сл.—Mandry; в обоих бедрах 1 сл.—Williams; в гортани, пищеводе и толстой кишке 1 сл.—Redlich; в желудке, верхней губе и penis'e 1 сл.—Harbitz; в почке и пищеводе 1 сл.—Griffon и Dartigues; в матке и вульве 1 сл.—Goldenberg; в матке и фаллопиевой трубе 1 сл.—Schimmelbusch; в ухе и нижней губе 1 сл.—Schimmelbusch; в веке и руке 1 сл.—Kaufmann; в руке и мошонке 1 сл.—Tilmanns.

Кроме первично-множественных сарком и раков теоретически мыслимы и другие первично-множественно возникающие злокачественные опухоли (напр., гипернефромы обоих почек и т. п.), но пока таких случаев в литературе нам встретить не удалось.

II. Сочетания различных злокачественных опухолей друг с другом.

Всего встретилось 149 таких случая, в том числе:

1) Сочетания сарком и раков¹⁾.

Всего встретилось 110 случаев, из них:

а) В одном и том же органе или ткани—63 сл., а именно: в матке 37 сл.—Nebesky, Franque (2), Schmorl, Spencer, Иванов, Klein, Niebergall, Emanuel, Kubinyi, Glynski, Moise, Rabl-Rueckhardt, Gebhardt, Opitz, Schaller, Ballin, Fraenkel, Amann, Montgomery, Albrecht; в грудной железе 5 сл.—Kettle, Perrière, Wehner, Hedrew, Dorsch; в щитовидной железе 7 сл.—Салтыков, Kaufmann, Kummer, Lubarsch, Wölfler, Förster, Schmorl; в яичнике 4 сл.—Harbitz, Liepmann, Simoff, Rothacker; в пищеводе 3 сл.—Franzenheim, Reutter, Schmidt; в гортани 2 сл.—Schiller, Scheel; в желчном пузыре 1 сл.—Landsteiner; в желудке 1 сл.—Queckenstedt; в яичке 1 сл.—Everett; в печени 1 сл.—Салтыков; в верхней челюсти 1 сл.—Hueter.

¹⁾ В дальнейшем, в целях сокращения, рак будет обозначаться одной буквой „Р“, а саркома—буквой „С“. Теоретически возможные сочетания различных сарком друг с другом в литературе не встретились.

б) В различных и парных органах—47 сл.: С. лимфатических желез и Р. желчного пузыря 1 сл.—Медведев; С. матки и Р. желчного пузыря 1 сл.—Schminke; С. тазовых костей и Р. предстательной железы 1 сл.—Reichmann; С. груди и Р. прямой кишки 1 сл.—Landau; С. широкой связки и Р. тонкой кишки 1 сл.—Grawitz; С. переднего средостения и Р. пищевода 1 сл.—Krokiewicz; С. почки и Р. печени (с циррозом и эхинококком) 1 сл.—Necker; С. яичника и Р. желудка 1 сл.—Harbitz; С. кожи и Р. кишок 1 сл.—Harbitz; С. твердой мозговой оболочки и Р. грудной железы 1 сл.—Van der Veer; С. шейных желез и Р. vulvae 1 сл.—Harbitz; С. грудной железы и Р. матки 1 сл.—Beadles; С. паховой области и Р. penis'a 1 сл.—Harbitz; С. глаза и Р. печени 1 сл.—Simon; С. париетальной брюшины и Р. яичника 1 сл.—Harbitz; С. руки и желудка 1 сл.—Warthin; С. брыжжейки и Р. яичника 1 сл.—Harbitz; С. кожи и Р. желчного пузыря 1 сл.—Philipson; С. яичника и Р. грудной железы 1 сл.—Scheel; С. влагалища и Р. грудной железы 1 сл.—Nehrkorn; С. recti и Р. матки 1 сл.—Nehrkorn; С. желудка и Р. пищевода 1 сл.—Walter; С. щитовидной железы и Р. желчного пузыря 1 сл.—Beck; С. печени и Р. поджелудочной железы 1 сл.—Walter; С. надгортанника и Р. легкого 1 сл.—Haberer; С. шеи и Р. лица 1 сл.—Gade (у него же еще 5 сл. С. и Р. различных органов, но каких точно,—не указано); С. щеки и Р. века и уха 1 сл.—Becker; С. одной и Р. другой грудных желез 3 сл.—Nehrkorn, Billroth, Czerny; С. и Р. матки и другой Р. грудной железы 1 сл.—Nebesky; С. брыжжейки и два различных рака желудка и предстательной железы 1 сл.—Петров; С. желудка и Р. легкого 1 сл.—Lippmann; С. мозга и легкого и Р. надпочечника 1 сл.—Wooley; С. яичника и Р. желудка 2 сл.—Lubarsch, Goldenberg; С. щитовидной и Р. предстательной железы 1 сл.—Fritz; С. яичника и Р. печени 1 сл.—Markus; С. матки и Р. печени 1 сл.—Hanot; С. тазовых костей и Р. печени 1 сл.—Hueter; С. сальника и Р. желудка 1 сл.—Veszpremi; С. и Р. щитовидной и другой Р. грудной железы 1 сл.—Салтыков.

2) *Сочетания трех различных злокачественных опухолей (сарком, раков и других).*

Всего встретилось 2 случая, в различных органах: С. обеих почек, Р. желудка и эндотелиома твердой мозговой оболочки 1 сл.—Walter; С. яичка, Р. желудка и эндотелиома твердой мозговой оболочки 1 сл.—Blackburn.

3) *Сочетания сарком и других (кроме рака) злокачественных опухолей.*

Всего встретило 2 случая,—1 сл. в одном и том же органе: гипернефрома и С. почки 1 сл.—Dusch и 1 сл. в различных органах: С. желудка и злокачественная гипернеформа левой почки—Keding.

4) *Сочетания различных раков друг с другом.*

Всего встретилось 120 случаев. Из них:

а) В одном и том же органе—18 сл.: два различных Р. желудка 8 сл.—Bilz (3), Sprangler, Hanseemann, Лянде, Steden, Медведев; два разл. Р. матки 5 сл.—d'Erchia, Routh, Elischer, Opitz, Gellhorn; два разл. Р. пищевода 1 сл.—Her-

schel; два разл. Р. желчного пузыря 1 сл.—Mönckenberg; два разл. Р. грудной железы 2 сл.—Keding, Moresthin; два разл. Р. толстой кишки 1 сл.—Bilz.

б) В различных и парных органах—102 сл.: два разл. Р. желудка и пищевода 17 сл.—Чарушин, Rosenbach, Keding (2), Fritz, Tignel (3), Lubarsch (4), Eichbaum, Reutter, Hansemann, Herschel, Vries; два разл. Р. обоих грудных желез 5 сл.—Gade (5); два разл. Р. желудка и матки 7 сл.—Hansemann, (2), Lubarsch, Scheel, Reutter, Walter, Венулет; два разл. Р. грудной железы и матки 5 сл.—Sprangler, Müller, Richter, Nehr Korn, Bockel; два разл. Р. яичника и толстой кишки 3 сл.—Redlich, Lubarsch, Harbitz; два разл. Р. желудка и толстой кишки 1 сл.—Hansemann, Fritz, Bucher, Orth, Podrouzeck, Vries; два разл. Р. желудка и нижней губы 2 сл.—Венулет, Altschul; два разл. Р. матки и толстой кишки 3 сл.—Fritz, Beck, Bilz; два разл. Р. мягкого неба и слепой кишки 1 сл.—Frangenheim; два разл. Р. грудной железы и бронха 1 сл.—Sprangler; два различных Р. языка и желудка 1 сл.—Sprangler; два разл. Р. мочевого пузыря и anus'a 1 сл.—Nehr Korn; два разл. Р. желудка и печени 1 сл.—Scheell; два разл. Р. щитовидной железы и желчного пузыря 1 сл.—Fritz; два разл. Р. пищевода и толстой кишки 1 сл.—Fritz; два разл. Р. груди и губы 2 сл.—Papas-Velpeau, Winiwarter; два разл. Р. матки и поджелудочной железы 1 сл.—Bard; два разл. Р. уха и верхней губы 1 сл.—Nehr Korn; два разл. Р. желчного пузыря и яичника 1 сл.—Rhein; два разл. Р. желудка и желчного пузыря 2 сл.—Feilchenfeld (2); два разл. Р. обоих легких 1 сл.—Beyreuther; два разл. Р. грудной железы и печени 1 сл.—Duschl; три разл. Р.—один тонких и два толстых кишек 1 сл.—Buting; два разл. Р. желудка и влагалища 1 сл.—Bilz; два разл. Р. грудной железы и толстой кишки 2 сл.—Fraenkel, Sprangler; два разл. Р. желудка и предстательной железы 2 сл.—Fritz, Goetze; два разл. Р. предстательной железы и бронха 1 сл.—Sprangler; два разл. Р. почки и прямой кишки 1 сл.—Bilz; два разл. Р. легкого и тонкой кишки 1 сл.—Redlich; два разл. Р. желудка и ноги 1 сл.—Cordes; два разл. Р. желудка и шеи 1 сл.—Hansemann; разл. Р. два щитовидной железы и матки 2 сл.—Richter, Венулет; два различ. Р. матки и фаллопиевой трубы 1 сл.—Hofbauer; два разл. Р. почки и глотки 1 сл.—Bedales; два разл. Р. пищевода и 12-перстной кишки 1 сл.—Lanois и Courmont; два разл. Р. желудка и мочевого пузыря 1 сл.—Altschul; два разл. Р. языка и тонких кишек 1 сл.—Abesser; два разл. Р. века и прямой кишки 1 сл.—Kaufmann; два разл. Р. грудной железы и тонких кишек 1 сл.—Winiwarter; два разл. Р. vulvae и толстой кишки 1 сл.—Chiari; два разл. Р. носа и грудной железы 2 сл.—Michelsohn, Ziliacus; два разл. Р. желудка и грудной железы 2 сл.—Feilchenfeld, Fischer-Defay и Lubarsch; два разл. Р. желудка и гортани 2 сл.—Feilchenfeld, Walter-Lubarsch; два различных Р. большой половой губы и грудной железы 1 сл.—Schwarzwallner; два разл. Р. гортани и щитовидной железы 1 сл.—Tixier; два разл. Р. пищевода и тонких кишек 1 сл.—Vries; два разл. Р. языка и толстой кишки

1 сл.—Vries; два разл. Р. желудка и тонкой кишки 1 сл.—Oberp-dorfer; два разл. Р. лица и ductus cystici 1 сл.—Vries; два разл. Р. кожи и желудка 1 сл.—Gade; два разл. Р. прямой кишки и желчного пузыря 1 сл.—Deetz; три разл. Р. гортани, желудка и прямой кишки 1 сл.—Gotting; три разл. Р. верхней и нижней губы и матки 1 сл.—d'Erchia; три разл. Р. нижней губы, руки и слепой кишки 1 сл.—Altschul.

5) *Сочетания раков с другими (кроме сарком) злокачественными опухолями.*

Всего встретилось 14 случаев, в различных и парных органах: Р. матки и эндотелиома твердой мозговой оболочки 1 сл.—среди материала Казан. Патол.-Анат. Института; Р. и миома матки, гипернефрома правого надпочечника и липома слизистой оболочки толстой кишки 1 сл.—там же; Р. обоих яичников и эндотелиома твердой мозговой оболочки 1 сл.—Frangenheim; Р. печени и эндотелиома тверд. мозг. оболочки 1 сл.—Hedinger; Р. легких и эндотелиома тверд. мозгов. оболочки 1 сл.—Harbitz; Р. пищевода и гипернефрома почки 1 сл.—Fritz; два разл. Р. желудка и грудной железы и эндотелиома твердой мозговой оболочки 1 сл.—Sliwinski; Р. гортани и эндотелиома тверд. мозгов. оболочки 1 сл.—Harbitz; Р. пищевода и эндотелиома тверд. мозговой оболочки 1 сл.—Kretz; Р. нижней губы и эндотелиома шеи 1 сл.—Harbitz; Р. penis'a и эндотелиома тверд. мозгов. оболочки 1 сл.—Mann и Stranahan; Р. желудка и гемангиоэндотелиома кожи 1 сл.—Winternitz и Boggs; Р. прямой кишки и ангиоэндотелиома hupo-physis'a 1 сл.—Grünfeld; Р. матки и перителиома влагалища 1 сл.—Морозова.

Что же касается одновременного существования у одного и того же субъекта нескольких других (кроме раков и сарком) и различных злокачественных опухолей, то в доступной литературе указаний на такое сочетание нам не встретилось.

Таким образом описанный нами случай одновременного наличия у женщины хордон-эпителиомы матки и злокачественной гипернефромы правой почки должен считаться пока единственным в своем роде.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Драчинская. Нов. Хир. Арх., 1925, т. 7, кн. 3.—2) Глушковский. Вр. Дело, 1922, № 13—14.—3) Говоров. Дисс. Петрогр. 1914.—4) Любимов. Изв. Каз. Ун., 1877.—5) Лянде. Вр. Дело, 1922, № 15.—6) Медведев. Сов. Мед., 1924, № 9.—7) Морозова. Вр. Дело, 1923, № 3—5.—8) Петров. Изв. Каз. Ун., 1867—1873.—9) Петров. Врач, 1908, стр. 1633.—10) Серебряков. Уч. Зап. Каз. Ун., 1874.—11) Земблинов. Изв. Каз. Ун., 1874.—12) Чарушин. Тр. VII Пир. Съезда, Казань, 1899.—13) Венулет. Р. Вр., 1923, № 21.—14) Beck. V. Arch., Bd. 196.—15) Gotting. Zeit. f. Krebsfor., Bd. 7.—16) Bilz. Ibid., Bd. 19.—17) Bunting. Ref. ibid., Bd. 3.—18) Hansemann. Ibid., Bd. 1.—19) Harbitz. Ref. ibid., Bd. 1.—20) Goetze. Ibid., Bd. 13.—21) Redlich. Ibid., Bd. 5.—22) Reichmann. Ibid., Bd.

- 7.—23) Sprangler. Ibid., Bd. 20.—24) Brasche. Virch. Arch., Bd. 215.—25) Cordes. Ibid., Bd. 145.—26) Deetz. Ibid., Bd. 164.—27) Frangenheim. Ibid., Bd. 184.—28) Kaufmann. Ibid., Bd. 75.—29) Pusaferi. Ibid., Bd. 204.—30) Schminke. Ibid., Bd. 183.—31) Rosenbach. Ibid., Bd. 179.—32) Bormann. Verh. d. D. pat. Gesellsch., Bd. 12.—33) Harbitz. Ziegler's Beitr., Bd. 62.—34) Grawitz. D. med. Woch., 1904, № 49.—35) Kaufmann. D. Zeit. f. Chir., Bd. 11.—36) Krokiewicz. Wien. kl. Wochen., 1913, № 29.—37) Landau. Münch. m. Woch., 1905, № 14.—38) Landsteiner. Zeit. f. kl. Medic., Bd. 62.—39) Moise. Surgery, gynecol. a. obstetr., 1924, № 1.—40) Necker. Zeit. f. Heilkunde, Bd. 26.—41) Saltykow. Centr. f. allg. P., Bd. 16.—42) Schlagenhauer. Ibid., Bd. 17.—43) Theilhaber und Edelberg. D. Zeit. f. Chir., Bd. 117.—44) Tillmanns. Ibid., Bd. 13.—45) Steden. Beit. z. k. Chir., Bd. 130, 1923.—46) Becker. Ibid., Bd. 14, 1895.—47) Fritz. Correspon.-blatt f. Schweiz. Aerz., № 15, 1914.—48) Saltykow. Ibid.—49) Oberndorfer. Ziegler's B., Bd. 29.—50) Bacher. Ibid., Bd. 14.—51) Mönckeberg. Lubarsch-Ostertag, Bd. 10.—52) Lubarsch u. Fischer-Defoy. Ibid.—53) Sliwinski. W. k. Woch., № 32, 1909.—54) Haeter. M. m. Woch., № 21, 1918.—55) Schimmelbusch. Ar. f. k. Chir., Bd. 39.—56) Lannois et Courmont. Revue d. medec., № 14, 1894.—57) Opitz. Z. f. Geb. u. Gynaek., Bd. 49.—58) Markas. A. f. Gynaek., Bd. 92.—59) Nebesky. Ibid., Bd. 73.—60) Frankl. Ibid., Bd. 124, H. 1. 1925.—61) Beyrenther. Virch. Arch., Bd. 250, 1924.—62) Duschl. D. Z. f. Chirurg. 162, Bd. 193.

G. G. Neprijachin (Kasan). Zur Frage der multiplen bösartigen Geschwülste und ihre Kombinationen.

Den Kern der Arbeit des Dr. N. bildet ein von ihm untersuchter Fall gleichzeitiger Existenz bei einer Frau zweier bösartigen Tumoren: einer Chorion-epithelioms der Gebärmutter und eines bösartigen Hypernephroms der Niere. Diese noch nie beschriebene Kombination gab dem Autor Veranlassung die Frage der multiplen bösartigen Geschwülste und ihre Kombinationen auf Grunde des Sectionsmaterials des Pathologisch-anatomischen Institutes der Universität Kasan im Laufe von 59 Jahren (1866—1924) und der Literaturangaben überhaupt zu untersuchen. In dem Material des Institutes kamen ähnliche Fälle 5 Mal unter 6048 Sectionen (0,08%) vor; aus der Literatur aber konnte der Autor 487 Fälle zusammenstellen, welche er entsprechend der pathologisch anatomischen Natur der Geschwülste klassifizierte.

К учению о лихорадке.

О присутствии в сыворотках лихорадочных больных веществ, дающих отклонение комплемента с экстрактами из нормальной крови.

Проф. И. Г. Савченко и д-ра И. М. Баронова.

Поводом к настоящему исследованию послужило напечатанное во „Врачебном Деле“ 1925 г., № 12—14, д-рами Вакуленко, Шеффер и Лашкевичем из Винницы сообщение, что специфический для малярии антиген можно получить в спиртовом экстракте из высушенной крови малярика. Авторам этого сообщения, повидимому, не были известны результаты наших исследований, сообщенных 2 года тому назад в г. Ростове на Дону, а затем на IX Всесоюзном Съезде бактериологов в Москве и потом напечатанных в „Казанском Медицинском Журнале“ 1925 г., № 10.

К сожалению, в кратком сообщении Вакуленко, Шеффер и Лашкевича не указано, с какими формами малярии авторы имели дело; нет также указаний, проверялся ли их антиген с сыворотками при других лихорадочных заболеваниях.

Так как получить наш специфический антиген из печени для *mal. tertiana* чрезвычайно трудно в силу редкости соответствующего трупного материала, а то количество его, с которым мы производили и производим свои исследования, уже почти все израсходовано, мы решили воспользоваться указаниями названных авторов для добывания малярийного антигена из крови, а также решили попробовать по тому же способу добыть из крови сифилитический антиген, — если бы он там, разумеется, оказался.

Первые же встретившиеся нам случаи малярии были использованы для этой цели. Кровь бралась во время приступа в количестве от 10 до 15 кб. см. и высушивалась в термостате в чашках Петри, растиралась и экстрагировалась спиртом 1:5 в течение 2 суток в термостате, — точно так же, как мы это делали при изготовлении экстракта специфических антигенов из печени.

Таким образом были экстрагированы три антигена: № № 1 и 2 — из крови больных с *mal. tropica*, с присутствием колец в ней, и № 3 — из крови больного с *mal. tertiana*, с присутствием паразитов в крови. Сделан был также экстракт из крови заведомого сифилитика со вторичными явлениями (папулезные сифилиды). Для того, чтобы не возвращаться к этому вопросу, скажем здесь же, что, при постановке соответствующей реакции с сыворотками сифилитиков, специфического для сифилиса антигена в экстракте крови не было обнаружено.

Все три антигена в разведении 1:10, в дозах от 0,1 до 1 кб. см. (в общем объеме жидкости 2,5 кб. см.), при типической постановке реак-

ции Wassermann'a, без комплемента не вызвали гемолиза и при прибавлении комплемента не дали задержки.

Первый опыт был поставлен с экстрактами №№ 1 и 2 для вытитровывания их с сыворотками. Взяты были дозы 0.2, 0.3, 0.4, прибавлено 0.2 кб. см. сыворотки больного с кольцами тропической малярии в крови, все же остальное сделано так же, как при классической постановке реакции Wassermann'a. Контроль — та же доза сыворотки с рабочими дозами наших специфических печеночных антигенов: 1) кольца тропической малярии, 2) гаметы тропической малярии и 3) *mal. tertiana*. Результаты: во всех взятых дозах гамантигены*) дали полную задержку гемолиза (++++); такая же задержка получилась и с нашим специфическим антигеном из печени больного с кольцами тропической малярии в крови, тогда как антигены из печени больного с гаметами тропической малярии с *mal. tertiana* не дали никакой задержки.

Такой же опыт дозирования гамантигена *mal. tertianae* был поставлен с сывороткой больного с этой формой малярии. Свидетелями взяты рабочие дозы печеночных антигенов; в результате со всеми дозами гамантигенов получилась резкая задержка (++++), свидетели же, — печеночные антигены тропической малярии как с кольцами, так и с гаметами, — не дали никакой задержки, а печеночный антиген *mal. tertianae* дал небольшую задержку — два плюса (наш печеночный антиген *mal. tertianae*, как видно из предыдущей работы, в острых случаях, где нет гамет в крови, не дает резкой задержки).

Итак, в качестве рабочей дозы этих гамантигенов можно было принять дозу в 0.3, с которой нами и ставились все последующие опыты. Из этих предварительных опытов как будто бы следовало затем, что гамантигены так же специфичны, как и антигены из печени. Мало того, — гамантиген *mal. tertianae* дал более резкую задержку, чем наш антиген из печени. Но в этих опытах не были взяты для контроля — при постановке опытов с сыворотками тропической малярии гамантиген *mal. tertianae*, а в опытах с сыворотками *mal. tertianae* — гамантиген тропической малярии. Между тем это необходимо для суждения о специфичности.

Следующий опыт был поэтому поставлен нами с сыворотками тропической малярии (кольца) со всеми гамантигенами, причем для контроля взяты наши печеночные антигены. Результат с точки зрения специфичности получился неожиданный: с нашими печеночными антигенами были получены такие результаты, каких и следовало ожидать, — именно, получилась задержка со специфическим печеночным антигеном от малярика с кольцами тропической малярии и никакой задержки — с печеночными антигенами от малярика с гаметами тропической малярии от больного с *mal. tertiana*. Но с гамантигенами как тропической малярии, так и *mal. tertianae* получилась полная задержка (++++). Специфичность антигенов была взята т. о. под сомнение, а потому мы в дальнейшем поставили ряд новых опытов как с тропической малярией, так и с *mal. tertiana*, а также в период гаметоношения (безлихорадочный) — со всеми гамантигенами, при свидетелях наших печеночных антигенах.

*) *Примечание.* В дальнейшем все вытяжки из крови мы для краткости будем называть «гамантигенами».

Результаты всех этих опытов сведены нами в виде таблицы I.

ТАБЛИЦА I.

№№ опытов.	Испытуемые сыворотки	ГЭМАНТИГЕНЫ			ПЕЧЕНОЧН. АНТИГЕНЫ		
		Кольца mal. trop.	Кольца mal. trop.	Malaria. tertiana	Кольца mal. trop.	Гаметы mal. trop.	Mal. tertiana
1	Кольца mal. trop.	++++	++++	++++	++++	—	—
2	Кольца mal. trop.	++++	++++	++++	++++	—	—
3	Кольца mal. trop.	++++	++++	++++	++++	—	—
4	Кольца mal. trop.	++++	++++	++++	++++	—	—
5	Mal. tertiana	++++	++++	++++	—	—	++
6	Кольца mal. trop.	++++	++++	++++	++++	—	—
7	Mal. tertiana	++++	++++	++++	—	—	+
8	Malaria chron.	—	—	—	—	—	+++
9	Malaria chron.	—	—	—	—	—	++++
10	Malaria chron.	—	—	—	—	—	+++
11	Гаметы mal. trop.	—	—	—	—	++++	—
12	Здоровый суб'ект.	—	—	—	—	—	—

При одном взгляде на эту таблицу ясно видно, что наши печеночные антигены строго специфичны, как было уже показано в первой нашей работе, гэмантигены же вовсе неспецифичны: сыворотка тропической малярии дает отклонение как с гэмантигеном тропической малярии, так и с гэмантигеном tertianaе, и наоборот—сыворотка m. tertianaе дает отклонение как со всеми гэмантигенами тропической малярии, так и с гэмантигенами tertianaе.

Опыты №№ 8—11, в особенности же №№ 8, 9 и 10, говорят за то, что гэмантигены не только не специфичны для различных видов малярии, во что они и вообще *не антигены малярии*. В этих опытах сыворотки не дали нам ни с одним гэмантигеном никакой задержки, между тем со специфическими печеночными антигенами они дали задержку. Отличались же четыре сыворотки в этих опытах от сывороток в №№ 1—7 исключительно тем, что они были взяты у маляриков-хроников в безлихорадочный период.

Сопоставив все вышеприведенные опыты, мы заподозрили, что спиртовые экстракты, извлекавшиеся из крови маляриков в остром периоде, т. е. при высокой температуре, в опытах Вакуленко, Шеф-

фер и Лашкевича и наших, — содержат не специфические антигены малярии, а какие-то вещества, которые дают отклонение комплемента при лихорадочных процессах вообще.

Для решения этого вопроса были предприняты следующие опыты: взяв наши гэмантигены малярии, мы произвели исследования с сыворотками не только больных малярией, но и больных другими инфекционными заболеваниями с высокой температурой, при свидетеле сыворотке крови субъекта с нормальной t° . До настоящего времени нам удалось поставить такие опыты при следующих заболеваниях: брюшной тиф, сыпной тиф, возвратный тиф, послеродовая горячка (с культурой стрептококков в крови) и крупозное воспаление легких. Результаты этих опытов, поставленных одновременно, сведены нами в таблице II.

ТАБЛИЦА II.

№№ опытов.	Испытуемые сыворотки	ГЭМАНТИГЕНЫ			ПЕЧЕНОЧН. АНТИГЕНЫ		
		Кольца mal. trop.	Кольца mal. trop.	Malaria tertiana	Кольца mal. trop.	Гаметы mal. trop.	Mal. tertiana
1	Typhus abdomin.	++++	++++	++++	—	—	—
2	Typhus abdomin.	++++	++++	++++	—	—	—
3	Typhus abdomin.	++++	++++	++++	—	—	—
4	Typhus abdomin.	++++	++++	++++	—	—	—
5	Febris puerperalis	++++	++++	++++	—	—	—
6	Febris puerperalis	++++	++++	++++	—	—	—
7	Typhus recurrens	++++	++++	++++	—	—	—
8	Typhus exanthem.	++++	++++	++++	—	—	—
9	Pneumonia croup.	++++	++++	++++	—	—	—
10	Здоровый субъект.	—	—	—	—	—	—

Из таблицы II видно, что с гэмантигенами малярии получается реакция отклонения комплемента не только при любой форме малярии, — лишь-бы сыворотка была взята при высокой температуре (см. таблицу I), — но и при целом ряде других инфекционных заболеваний, сыворотки при которых со специфическими малярийными печеночными антигенами не дают никакой задержки.

Очевидно, что из крови маляриков при высокой температуре извлекается не специфический для малярии антиген, а антиген для лихорадочных процессов вообще.

Полученные результаты дали нам основание предполагать, что в сыворотках лихорадящих больных вообще, без различия этиологии

лихорадки, находясь вещества, дающие реакцию отклонения компонента со снуровыми экстрактами, приготовленными из крови больных, страдающих любым лихорадочным заболеванием, а может быть и с экстрактами из крови здоровых людей. Чтобы проверить это предположение, мы приготовили экстракты от больных брюшным и сыпным тифом, а также экстракт от одного здорового субъекта, экстракт из крови цуповины здоровой роженицы и экстракт из крови сифилитика с нормальной температурой. Гемантины для этих опытов были протированы точно так же, как гемантины малярии; рабочей дозой их принята доза 0-3. Самые опыты с реакцией отклонения компонента были поставлены одновременно по одному и тому же типу (всегда при контроле нормальной сыворотки и с нашими специфическими печеночными антигенами) с сыворотками маляриков в остром периоде малярии (при высокой t°), маляриков-хроников в безлихорадочном периоде (при нормальной t°) и с сыворотками больных брюшным, сыпным и возвратным тифами, пеллеродовой горячкой и крупозным воспалением легких.

Результаты опытов сведены в таблицах III и IV, причем в первой из них изложены результаты опытов с экстрактами, добытыми из крови, взятой при высокой t°, а во второй—результаты опытов с экстрактами, добытыми из крови, взятой при нормальной t°.

Таблица III.

	ИСПЫТУЕМЫЕ СЫВОРОТКИ										Г Е Н Т И Г Е Н Ы						Печеночные антигены			
	Кольда mal. trop.		Кольда mal. trop.		Mal. tertiaria		Typhus abdom.		Typhus exanth.		Кольда mal. trop.		Гаметы mal. trop.		Mal. tertiaria.					
1	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	—	—				
2	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	—	—				
3	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	—	—				
4	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	—	—				
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
7	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++				
8	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++				
9	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++				
10	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++				
11	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++				
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
	Здоровый субъект																			

Таблица IV.

ИСПЫТУЕМЫЕ СЫВОРОТКИ	Г Э М А Н Т П Г Е Н Ы						Печеноч. антителы		
	Кольца mal. trop.	Кольца m. trop.	Mal. teriana	Typhus abdomin.	Typhus exanth.	Lucas	Здоровый суб'ект	Кольца m. trop.	Гаметы m. trop.
1 Pneumonia streptosa. . . .	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+	—	—
2 Typhus abdominalis	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	—	—
3 Typhus abdominalis	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	—	—
4 Typhus abdominalis	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	—	—
5 Здоровый суб'ект	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Из этих таблиц видно, что экстракты из крови больных с инфекционными заболеваниями, включая сюда и малярию, не содержат никаких специфических антигенов. Но, с другой стороны, сыворотки при всевозможных лихорадочных процессах, независимо от их этиологии, дают резкое отклонение комплемента со спиртовыми экстрактами человеческой крови как нормальных людей, так и больных инфекционными заболеваниями. Очевидно, во всех наших опытах постоянной величиной являлся экстракт из крови любого суб'екта, до здоровых включительно, а переменной — сыворотка больного.

Итак в кровяной сыворотке при лихорадочных процессах (независимо от их этиологии) накаплиются какие-то вещества, реагирующие со спиртовым экстрактом из крови, причем получается реакция отклонения комплемента. Эта реакция, хотя и не обещает здесь практического применения, в виду ее неспецифичности, но представляет большой теоретический интерес для изучения о биохимических изменениях при лихорадочных процессах вообще.

Давно уже было известно, что количество комплемента резко падает при анафилактическом шоке. Начиная с работ Riguet, Friedberg и др., возможно было предположить, что лихорадочный процесс в основных

своих проявлениях есть не что иное, как растянутая реакция анафилаксии. Одним из главных агентов этой последней и служат, повидному, поступление в организм и образование в нем самом веществ, создающих условия для связывания комплемента с какими-то еще неизвестными комплексами.

Оценивая результаты наших опытов с этой точки зрения, можно предположить, что при лихорадочных процессах образуются в организме вещества, дающие с нормальной кровью тот комплекс, который обуславливает поглощение комплемента и в результате дает нечто (анафилотоксин?), создающее главную картину всякого лихорадочного процесса. Для более детального решения этой сложной задачи надо провести ряд таких опытов, которые-бы ответили на вопросы: 1) с какими нормальными веществами крови реагируют тела, образующиеся при лихорадке, и 2) какова природа этих тел.

Относительно специфических веществ, образующихся при лихорадке, трудно высказать какое-бы то ни было априорное предположение; относительно же неспецифических гемагглютининов есть уже некоторые указания в существующей литературе. Так, в ряде работ, посвященных реакции Wassermann'a, имеются указания, что не надобно брать для исследования крови для этой реакции у лихорадящих субъектов (это указание вошло уже в учебники), ибо иногда при этом получается положительная реакция у несифилитиков.

Затем существует обширная литература по спорному вопросу, дают-ли малярики реакцию отклонения комплемента с сифилитическим антигеном, причем по одним, авторам (к числу которых мы можем причислить и себя, см. цитированную выше нашу работу) сыворотка маляриков не дает реакции отклонения комплемента с их сифилитическими антигенами, другие авторы получали при этом, в большем или меньшем проценте случаев, положительный результат. Так, в посвященной этому вопросу работе д-ра Азбелева, из Тропического Института в Старой Бухаре (Sibl. für Bakteriologie, Bd. 96, H. 2) имеются указания, что положительный результат реакции при *mal. tertiana* получился у автора в 75%, а при тропической малярии — в 68%. При этом здесь мы встретили чрезвычайно интересное указание, что при хронической малярии без паразитов и там, где малярия была раньше, реакция получается отрицательная. Вообще в постановке Азбелева реакция на малярию и притом на какую угодно ее форму, получается так, как если-бы ее ставили с вытяжками из крови.

Антигеном у д-ра Азбелева в большинстве случаев служил алкогольный экстракт из сердца быка с прибавлением холестерина. Все отрицательные результаты в наших опытах, описанных в цитированной выше работе, были получены также или с неспецифическим антигеном из сердца быка, или с нашим специфическим антигеном из сифилитической печени. Не в содержании-ли холестерина, в определенной дозе, в антигене и лежит причина получения положительных реакций д-ром Азбелевым в лихорадочном периоде малярии? К сожалению, он не поставил ни одного контрольного опыта отклонения комплемента с его антигеном при других лихорадочных процессах.

А холестерин должен содержаться в алкогольном экстракте из цельной крови. Для выяснения всех этих деталей придется впрочем пред-

принять специальную работу с большим рядом опытов, в настоящем же сообщении мы желаем только указать на те особенности сывороток лихорадочных больных, которые нам удалось подметить в приведенных выше опытах.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. Из крови при инфекционных процессах,—как лихорадочных, включая туда и малярию, так и безлихорадочных (сифилис),—путем извлечения алкоголем не получается никакого специфического антигена для реакции отклонения комплемента с соответствующими сыворотками.

2. В сыворотках больных лихорадочными процессами, независимо от их этиологии, появляются вещества, дающие реакцию отклонения комплемента с алкогольным экстрактом из крови, как взятой у нормальных людей, так и взятой при каких бы то ни было заболеваниях.

Prof. I. G. Ssa w t s c h e n k o und Dr I. M. B a r o n o f f (Krasnodar). Zur Lehre über das Fieber. (Ueber die Anwesenheit in den Seren der fiebernder Kranken von Substanzen, welche die Ablenkung des Komplements mit Normalblutextrakten geben).

Auf Grund ihrer Beobachtungen kamen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Aus dem Blute bei Infektionsprocessen, sowohl fieberhaften mit Einschluss der Malaria, als auch fieberlosen (Syphilis), lässt sich mittels der Alkoholextrahierung kein spezifisches Antigen für die Komplementablenkungsreaktion mit entsprechenden Seren erhalten. 2) In den Seren von Kranken mit fieberhaften Processen einerlei welcher Aethiologie erscheinen Stoffe, welche die Komplementablenkungsreaktion mit Alkoholextrakten aus Blut sowohl normaler Menschen, als auch solcher mit verschiedenen Krankheiten geben.

О патогенности наших культур спирохэт Obermeier'a.

Проф. В. М. Аристовского и ассистента д-ра Р. Р. Гельцера.

В настоящее время в нашей лаборатории поддерживается *in vitro* целый ряд штаммов спирохэт Obermeier'a, полученных нами непосредственно из крови возвратнотифозных больных. Все они, за исключением одного, выделены нами за время с сентября 1925 г. по апрель 1926 г.; указанный же один штамм (№ 1) живет у нас в лаборатории с марта 1924 г., т. е. более 2 лет. Для выращивания спирохэт мы пользуемся исключительно предложенной нами в 1925 г. жидкой питательной средой, состоящей из свежей лошадиной сыворотки и кусочка стерилизованного мозга быка или кролика. Штаммы эти в зависимости от возраста проделали к настоящему времени от 10 до 340 (штамм № 1) генераций *in vitro*.

До самого последнего времени мы не имели возможности изучить в достаточной мере их патогенность для лабораторных животных и человека. Лишь в 1925 г. мы сообщали в печати, что при внутрибрюшинном введении культуры штамма № 1 белой мыши в количестве 0,3—0,5 к.е. удается вызвать у нее через 20 часов появление спирохэт в крови, — правда, в небольшом количестве. Мы пытались в дальнейших опытах на мышах усилить патогенность наших спирохэт для этого рода животных путем последовательных пассажей через их организм. Однако все наши попытки кончились неудачей. Нам не удалось перенести инфекцию с мыши, зараженной нашей культурой, на здоровую мышь в силу, видимо, бедного содержания спирохэт в крови первой мыши. Желая повысить содержание спирохэт в крови при заражении культурой, мы стали вводить в брюшную полость от 1,0 до 1,5 к. с. нашей культуры. Этим мы достигали того, что в крови зараженного животного количество спирохэт, действительно, становилось больше (до 10—15 в поле зрения), и все-таки даже при заражении свежей мыши всем количеством крови, которое удавалось получить от больного животного, мы не были в состоянии перенести инфекцию на следующую мышь. Наконец, мы пытались достигнуть успеха, собирая кровь от двух первично инфицированных большой дозой культуры мышей и все это количество крови вводя в брюшную полость здоровой мыши. Этим мы достигли того, что удалось вызвать первое пассажное заражение, но количество спирохэт в крови пассажной мыши было настолько невелико, что следующий пассаж нам не удавался, и от дальнейших попыток мы отказались.

Мы пытались, далее, провести те же самые опыты на белых крысах. Результат оказался таким же,—путем внутрибрюшинного заражения этих животных культурой спирохэт нам удавалось вызвать появление на другой день спирохэт в крови крысы, но в крайне незначительном количестве, так что думать о возможности пассажа на свежее животное и не приходилось.

В виду того практического интереса, который за последние годы приобрел метод лечения прогрессивного паралича путем заражения больного человека малярией и возвратным тифом, перед нами встал естественно вопрос о патогенности наших культур для человека и возможности пользоваться ими для проведения указанного метода лечения. К этому нас побуждало еще и то обстоятельство, что в нашу лабораторию стали поступать запросы как из заграницы, так и из крупных центров нашего Союза о патогенности наших культур для человека. Не имея в этом отношении никаких данных, мы тогда не могли дать определенного ответа на этот вопрос. В то же время в начале осени 1925 г. у нас явилось предположение, что наш самый старый штамм № 1, повидимому, является патогенным для человека. К такому выводу нас привели следующее обстоятельство и следующие соображения.

Случаи заболевания возвратным тифом в Казани не повторялись, начиная с весны 1924 года. До самой осени 1925 г. мы тщетно искали по всему городу для наших лабораторных исследований хотя-бы одного возвратнотифозного больного. Среди такого полного затишья, в начале осени, вдруг обнаружился в Казани первый случай возвратного тифа, и больною оказалась служащая нашей лаборатории, на обязанности которой лежало, между прочим, мытье пробирок с культурами спирохэт штамма № 1. Из распросов выяснилось, что она неоднократно, при исполнении этой работы, при неосторожном обращении с пробирками наносила себе повреждения рук осколками разбитых пробирок, содержавших культуры. Поэтому мы склонны были трактовать ее заболевание, как лабораторное заражение.

Благодаря любезности профессора Казанского Ун-та Т. И. Юдина¹⁾ мы могли проверить наше предположение о патогенности культур прямыми опытами на человеке—на больных паралитиках, находившихся в Университетской Психиатрической клинике. По нашей просьбе проф. Юдиным были введены подкожно трем больным наши культуры спирохэт Obermeier'a (штаммы № 1 и № 4) в количестве от 1½ до 2 к. с. Прежде, чем перейти к изложению полученных результатов, считаем нужным дать самые краткие сведения о применявшихся в опытах штаммах.

Штамм № 1 был выделен нами при помощи нашей первоначальной методики из крови возвратнотифозного больного 18 марта 1924 года. За все время своего существования в лаборатории он проделал 75 генераций на первоначальных средах с кусочком свернутого белка куриного яйца или кровяным сгустком, а с осени 1924 года, когда нами была предложена новая среда с кусочком мозговой ткани, штамм этот, начиная с 76-й генерации и до настоящего времени, выращивается исключи-

¹⁾ За что пользуемся случаем выразить проф. Т. И. Юдину нашу глубокую признательность.

тельно на этой среде. На этой среде к моменту первого заражения человека, т. е. к 5/І 1926 года, штамм проделал еще 221 генерацию, всего же 297 генераций.

Штамм № 4 был выделен из крови больного 25 ноября 1925 г. на среде с кусочком мозга и к моменту опыта на человеке, к 28/І 1926 г., проделал на этой среде 29 генераций.

Для первого опыта на человеке мы применили сначала культуры штамма № 1, руководствуясь тем соображением, что этот штамм, 2 года уже живущий на искусственной питательной среде, будет обладать меньшими патогенными свойствами, чем свежeweделенный.

Случай І. Больному Д. 15/І 1926 г. было введено под кожу 2 к. с. двухдневной культуры штамма № 1 (297-я генерация). 21/І t° у больного, державшаяся до сего времени на нормальных цифрах, поднялась до 39,2°. В дальнейшем такая t° с глубокими ремиссиями держалась до 24/І, когда наступило резкое падение ее до нормы, а на следующий день она пала до 35,5°. На нормальной высоте t° держалась до 30/І, когда вновь поступило повышение t° —сначала до 38,7°, а в ближайшие дни до 40,1° с тем, чтобы к 3/І снизиться до 35°. Исследование крови больного показало присутствие спирохет в большом количестве.

Случай ІІ. Больному А. 6/ІІ 1926 г. введено под кожу 1½ к. с. 2-дневной культуры штамма № 1 (306-я генерация). 10/ІІ t° поднялась до 39,9° и с незначительными колебаниями держалась 3½ суток с тем, чтобы к вечеру 13/ІІ дать резкое падение до 34,2°. В виду слабости больного и нежелания подвергать его опасности проделывать второй приступ, 17/ІІ ему был введен салварсан в количестве 0,45. Исследование крови во время приступа обнаружило спирохет в большом количестве.

Случай ІІІ. Больному Г. 28/І введено под кожу 1½ к. с. 2-дневной культуры спирохет Obermeier'a—штамм № 4 (29-я генерация). 2/ІІ t° поднялась до 39,9°. 4/ІІ исследованием крови обнаружены в мазках спирохеты Obermeier'a, а также, при посеве крови на среду с кусочком мозга, получена культура спирохет и *in vitro*. 6/ІІ t° упала до 36,1°. 7/ІІ, однако, она снова поднялась до 38,5° и в дальнейшем течении приобрела неправильный тип с глубокими ремиссиями и временными подъемами до 38,2°—38,4°. 10/ІІ больной скончался. В последние дни жизни спирохеты в крови не обнаруживались, а при вскрытии больного констатирована среди других явлений пневмония.

Приведенные наблюдения, хотя и немногочисленны, тем не менее с полной достоверностью устанавливают факт патогенности обоих наших штаммов спирохет для человека. В особенности важно то, что оказался патогенным для человека штамм № 1, который ведет сапрофитическое существование в пробирках вот уже в течение 2 лет. Малочисленность наблюдений не позволяет, к сожалению, сделать никакого вывода о сравнительной патогенности штаммов № 4 и № 1, т. е. свежeweделенного с одной стороны и давно растущего в пробирках—с другой. Тот факт, что больной, зараженный штаммом № 4, на 9-й день болезни погиб, не говорит, по нашему мнению, в пользу большей патогенности этого штамма уже потому, что больной погиб во время апирексии, и на вскрытии обнаружены данные, вполне достаточные для объяснения причины летального исхода вне зависимости от заражения возвратным тифом. В дальнейшем мы намерены определить минимальную дозу наших культур, необходимых для заражения человека; дозы же, которыми в описанных случаях мы пользовались, повидимому, значительно превосходят минимальное заражающее количество культуры. В самом деле, сопоставляя первый из вышеописанных случаев, когда было введено 2 к. с. культуры, и второй, когда было введено 1,5 к. с., мы не в состоянии подметить в развитии болезни каких-либо признаков, указывающих на меньшую активность

прививочного материала во втором случае, когда было введено лишь $\frac{3}{4}$ того количества, которым мы пользовались в первом. Во втором случае инкубационный период был даже короче, чем в первом. Само собой понятно, что наш материал совершенно недостаточен для суждения о том, насколько патогенность наших спирохэт, выделенных из крови больного человека, изменяется с течением времени под влиянием выращивания их на наших питательных средах. Несомненно лишь одно, что при непрерывном сохранении их *in vitro* втечения нескольких лет спирохэты продолжают оставаться патогенными для человека в такой мере, что могут легко быть использованы для практических целей при лечении прогрессивного паралича.

Prof. W. M. Aristowsky und Dr R. R. Hoeltzer (Kasan).
Über die Pathogenität unserer Kulturen der Spir. Obermeieri.

Die Autoren kommen bei der Prüfung der Pathogenität der Kulturen der Spir. Obermeieri, welche von ihnen in verschiedener Zeit direkt aus dem Blute des kranken Menschen nach ihrer Originalmethode ausgeschieden wurden, zu folgenden Schlussfolgerungen: die Kulturen, wie unlängst ausgeschiedene (29 nachfolgende Generationen *in vitro*), so auch schon lange auf dem Nährboden lebende (in Laufe von zwei Jahren gegen 300 Generationen *in vitro* durchgemacht) erwiesen sich fähig bei der Impfung der weissen Mäuse und Ratten das Erscheinen der Spirochaeten im Blute dieser Tiere hervorzurufen, aber nicht in grosser Zahl, weshalb die weiteren Passagen auf diesen Tieren misslingen; bei den Versuchen an Kranken an progressiver Paralyse überzeugten sich die Autoren, dass dieselben Kulturen von 2-tägigem Alter bei subcutaner Injection dem Menschen in der Menge von $1\frac{1}{2}$ —2 ccm am 5—6 Tage das typische Bild des Rückfallfiebers erzeugen, mit reichlicher Zahl der Spirochaeten im Blute, aus welchem sie wieder in der Kultur auf dem Nährboden der Autoren (frisches Pferdeserum mit einem sterilisierten Stückchen Gehirn vom Rinde oder Kaninchen) ausgeschieden werden können.

Об основных типах высокого кровяного давления¹⁾.

Проф. П. Н. Николаева (Казань).

Без преувеличения можно сказать, что среди вопросов, за последние годы особо привлекающих к себе внимание и клиницистов, и патологов, одно из самых видных мест занимает вопрос о высоком кровяном давлении и в частности о гипертониях²⁾. Да это и совершенно понятно: отношение гипертоний к артериосклерозу и поражениям почек, клинические проявления, предсказание, наконец, попытки фармацевтического лечения их, особенно многочисленные за последнее время,—все это вопросы живого и теоретического, и практического интереса, но во многом далеко еще не разрешенные.

Последнее, разумеется, имеет своим основанием не только большую сложность и часто невыясненность этих вопросов и самих по себе. Можно думать, в известной мере это зависит еще и оттого, что само понятие высокого кровяного давления недостаточно строго очерчено и в своем определении не имеет еще общепринятых точек опоры, и потому, как общее понятие, покрывает собою явления совершенно различной природы. Выяснению этой стороны дела в учении о высоком кровяном давлении я и хотел бы посвятить свое настоящее сообщение.

Как известно, к повышенному и высокому кровяному давлению принято относить давление, превышающее 130, самое большее—140 мм. Hg, если его измерять в плечевой артерии на уровне сердца. Такое определение верхней границы нормального давления, опирающееся исключительно только на наибольшее (Mx) систолическое давление, таит в себе много опасностей, так как сразу как-бы предопределяет много неясностей в дальнейшем и возможность, вернее даже необходимость, в известных случаях неверных выводов. Чтобы не быть голословным, сошлюсь на следующий факт.

В 1923 г. появилась работа американских авторов Alvarez'a, Wulzen'a и Mahoney (Arch. of Intern. Med.), сообщавшая о результатах исследования кровяного давления у студентов Калифорнийского Университета. Всего было исследовано около 15.000 человек в возрасте от 16 до 30 лет. Оказалось при этом, что у наиболее молодых давление в 67% было выше 130 мм. Hg, а в 22%—выше 140 мм. Hg. Цифры эти авторы безоговорочно относят уже к гипертензивным,—вывод, как мы укажем ниже, безусловно неверный. Да это и совершенно понятно: в вопросе о нормальном или ненормальном давлении само по себе Mx давление не может иметь решающего значения. В самом деле, какими моментами определяется артериальное давление в каждом данном случае?

¹⁾ Сообщено на торжественном заседании О-ва Врачей при Казанском У-те, посвященном памяти В. А. Манассеина.

²⁾ К сожалению, эти два понятия, совершенно различные по своему кондициональному патогенезу, не всегда различаются между собою.

При прочих равных условиях, это будет, во-первых,—тонус артериальных сосудов, т. е. величина периферического сопротивления, испытываемого сердцем в своей работе; во-вторых, сила сердечных сокращений, т. е. степень т. наз. достаточности сердца.

На основании каких признаков мы можем судить о том или другом состоянии этих основных сил артериального давления? Мне кажется, что в настоящее время можно считать доказанным ¹⁾, что такими показателями являются наибольшее, или систолическое, и наименьшее (Мп), или диастолическое, давления и число сердечных сокращений в единицу времени, взятые вместе. И вот, если этот метод оценки артериального давления применить и в данном случае, т. е. при исследовании т. наз. высокого кровяного давления, то оказывается, что это высокое кровяное давление является только некоторым общим симптомом, скрывающим за собою совершенно различные синдромы.

Действительно, идя только что указанным путем, нельзя не заметить следующего: если отбросить случаи хорошо компенсированных пороков сердца в форме недостаточности аортальных клапанов,—безразлично, эндокардитического происхождения (болезнь Corrigan'a), или как осложнение сифилитического мезоаортита (болезнь Hodgson'a).—то высокое давление может идти в следующих трех комбинациях: (измерение производилось всегда по методу Короткова и в мм. Hg):

1) Высокое Мх давление в сочетании с нормальным или даже слегка пониженным Мп давлением при числе сердечных сокращений от 52 до 72 в минуту:

$$\frac{M_x}{M_n} = \text{от } \frac{150}{65} \text{ до } \frac{210}{90};$$

$$P = \text{от } 52 \text{ до } 72 \text{ в 1'}$$

2) Высокое Мх давление в сочетании с нормальным или слегка повышенным Мп давлением, при наличии синусовой тахикардии:

$$\frac{M_x}{M_n} = \text{от } \frac{145}{75} \text{ до } \frac{210}{95-100};$$

$$P = \text{от } 112 \text{ до } 150 \text{ в 1'}$$

3) Высокое Мх давление в сочетании с высоким Мп давлением при пульсе 72—88 в 1':

$$\frac{M_n}{M_x} = \text{от } \frac{180}{110-115} \text{ до } \frac{255}{140} \text{ до } \frac{300}{150};$$

$$P = 72-88 \text{ в 1'}$$

Цифры эти представляют собою границы—нишнюю и высшую—относящихся к этим видам конкретных случаев (450).

Таковы три типа высокого кровяного давления, без труда выделяемые при систематических наблюдениях.

¹⁾ Позволю себе сослаться на следующие свои работы в этом направлении:

1) „О гемодинамических отношениях в сердечно-сосудистой системе“, Тер. Арх., 1923 г.—2) „О сердечно-сосудистом показателе“, Тер. Арх., 1924 г.—3) „О зависимости между пульсовым давлением и числом сердечных сокращений и о т. наз. сердечно-силовом индексе“, Тер. Арх., 1925 г.

Какие же клинические и патологические комплексы скрываются за ними?

I. Первый вид высокого кровяного давления наблюдается обыкновенно в возрасте 50 лет и старше у лиц, у которых без труда уже клинически можно обнаружить атеросклероз аорты и вообще проксимальных сосудов (иначе—центральных артерий), но у которых сердечная мышца не пострадала и обнаруживает еще значительную способность к аккомодации. Тут сердце как-бы сохраняет свою молодость дольше, чем сосуды. Это—повседневный клинический факт, не подлежащий, как факт, никакому сомнению.

Отчего же здесь происходит повышение Мх давления, и можно-ли в этих случаях говорить о гипертонии? Тут на лицо имеются три основных фактора, совпадение которых вполне достаточно для того, чтобы дать исчерпывающий ответ на поставленный вопрос: во-первых, Мп давление—нормально и даже показывает наклонность к падению; это обстоятельство отчетливо говорит за то, что ни прекапиллярные артерии, ни артерии более крупного калибра не находятся в состоянии повышенного миотонуса, и что отток крови из артерий в капилляры происходит легко; во-вторых, частота сердечных сокращений не увеличена и чаще держится в пределах от 52 до 72; это говорит за значительную продолжительность диастолической фазы, в течение которой левый желудочек и артерии разобщены между собою; редкий пульс в этих случаях,—при наличии первого условия,—будет способствовать понижению Мп давления; в-третьих, здесь имеет место (атеро) склероз проксимальных артерий, т. е. имеется налицо и меньшая растяжимость (уплотнение, ригидность) аорты и более крупных артериальных стволов, и значительное расширение их.

Как же должно отразиться на гемодинамике влияние этих трех факторов? Разумеется, в происхождении высокого Мх давления в разбираемых случаях третий фактор будет иметь решающее значение. И это понятно: если аорта (это, по существу, главное) и проксимальные артерии утратили свою растяжимость, т. е. модуль упругости их повысился, то само собою понятно, что каждая систола левого желудочка при посылке крови в сосуды будет, при прочих равных условиях, повышать Мх давление, и тем в большей степени, чем больше будет модуль упругости этих сосудов, т. к. почти вся сила левого желудочка уходит на продвижение посланной в сосуды крови, т. е. на трансляторное движение (отсюда и резкий взмах, подъем Мх давления) и в гораздо меньшей степени—на осцилляторное. Последнее, иначе называемое волнообразным или колебательным, бывает выражено тем сильнее, чем растяжимее трубки, по которым протекает жидкость.

Понятно, почему Мп давление остается тут нормальным и даже может понижаться,—этому содействует: а) отсутствие условий, вызывающих повышение миотонуса прекапиллярных и более крупных артерий; б) наличие второго условия из трех вышеперечисленных, т. е. редкий пульс; в) большая скорость тока крови по ригидным сосудам (от преобладания трансляторного движения над осцилляторным) и г) расширение просвета аорты и крупных сосудов. Последние, став более ригидными и, значит, менее растяжимыми, утрачивают свою кинетическую функцию и потому не могут уже служить силой, прогоняющей кровь на периферию, ведь речь идет о диастолической фазе, когда полулунные клапаны аорты

закрыты). Напротив того, будучи ригидными и расширенными, они служат теперь более объемистым резервуаром для крови.

Можно думать, что известную роль в наклонности к понижению M_p давления играет и влияние depressor'ов, т. к. в настоящее время можно считать уже экспериментально доказанным (Н. Окунев¹⁾, что изменения аорты атеросклеротического характера не влияют на их функцию.

Сопоставляя между собою условия гемодинамики в систолическую и диастолическую фазы сердечной деятельности, мы видим, что в систолическую фазу кровяное давление будет быстро нарастать (ригидность проксимальных артерий и увеличенная скорость кровяного тока), а в диастолическую—быстро падать (медленный пульс, утрата сосудами кинетической функции, расширение кровяного русла). Отсюда большая разница между M_x и M_p давлениями, т. е. большое пульсовое давление (PD).

Таким образом анализ генеза высокого кровяного давления в случаях первый группы показывает, что здесь это высокое кровяное давление не первично, а есть прямое следствие (атеро)склероза центральных артерий, как первопричины, обуславливающей изменение гемодинамики.

Можно-ли считать это кровяное давление патологическим? Никким образом. Наоборот, оно есть показатель достаточной силы сердца, компенсирующей склероз проксимальных сосудов. И чем больше выражен склероз этих артерий, тем выше должно быть, при прочих равных условиях, это давление. Здесь только благодаря высокому давлению создаются и хорошее самочувствие, и возможность аккомодации в повседневной жизни. Лишь только это давление начинает падать,—картина меняется: живые и деятельные до того люди быстро превращаются в инвалидов. Падение давления означает тут недостаточность левого сердца.

Касаясь вкратце около трех лет тому назад этого вопроса, я уже тогда предлагал этот вид высокого кровяного давления назвать,—если угодно во что-бы то ни стало сохранить термин,—*компенсаторной* или *систолической* гипертонией. Однако правильнее было бы говорить здесь просто о высоком компенсаторном или систолическом давлении (*систолический тип*), т. к. никакой *гипертонии* в собственном смысле этого слова тут нет.

Теперь, если-бы мы пожелали спросить себя, какое отношение существует между артериосклерозом и высоким кровяным давлением, то ответ здесь подсказывается уже сам собою: в случаях *систолических гипертоний*, бывающих при атеросклерозе центральных артерий, высокое кровяное давление есть ответ на первичное изменение артерий, которое вовсе, как *primus movens*, не зависит от высокого кровяного давления, а, напротив, обуславливает его. Разумеется, лечить, т. е. искусственно понижать такое высокое кровяное давление, не нужно. Наоборот, мы будем повышать его по вышеуказанным причинам, если оно станет падать.

В вопросе о лечении совершенно другая сторона дела представляет интерес. Избыточно или неизбыточно работает сердце при этих формах высокого кровяного давления? Решить этот вопрос чисто-клиническим путем, хотя и непрямо, все же можно. Если определять среднее давление

¹⁾ Zur Frage der funct. Zustand der nn. depress. bei experiment. Aorta-veränderungen. Цит. по коррект. 1925 г.

у лиц в возрасте от 20 до 40 лет с так наз. нормальным давлением и не представляющих никаких видимых изменений со стороны проксимальных сосудов, то оказывается, что среднее давление, при частоте пульса от 72 до 88, колеблется у них в пределах от 92 до 104 и самое большее доходит до 110. В случаях же систолических гипертоний то же среднее давление, при более редком пульсе (от 52 до 88), колеблется от 107 до 150. Ясно, что сердце работает тут избыточно, но в степени вполне совместимой с достаточной аккомодацией, что мы и наблюдаем в действительности.

Принимая во внимание современное понимание механизма резервной силы сердца (см. по этому поводу работы А. V. Hill'я и Е. Н. Starling'a), можно думать, что во многих случаях патологического анатом сможет *post mortem* и не найти особенно ярких следов этой избыточной работы сердца.

II. Второй тип высокого кровяного давления идет в сочетании с большим *учащением сердечной деятельности*. Вот несколько примеров:

А. Случаи выраженных тиреотоксикозов:

$$1) \text{ Л., 24 л. 20/VII 21 г. : } P = 124, \frac{145}{75}$$

2) Д., 33 л. Здесь еще *insuff. mitralis*.

$$2/II \text{ 24 г. : } P = 120, \frac{200}{100}$$

$$29/V \text{ 24 г. : } P = 140, \frac{210}{95}$$

$$3) \text{ Гл., 53 л. 16/V 24 г. : } P = 148, \frac{190}{90}$$

В. Случаи с резкой возбудимостью сердечной деятельности у молодых субъектов без видимых явлений тиреотоксикоза, но с отчетливыми явлениями нарушения равновесия в вегетативном аппарате:

$$1) \text{ С., 23 л. 8/VII 22 г. : } P = 120, \frac{115}{90}$$

$$2) \text{ Б., 22 л. 11/II 26 г. : } P = 120, \frac{155}{75...0}$$

$$22/II \text{ 26 г. : } P = 92, \frac{140}{75}$$

Здесь высокое кровяное давление есть только функция учащенной сердечной деятельности при условии неповрежденности и достаточности сердечной мышцы. Механизм тут следующий: учащение сердечной деятельности, как *primus movens*, несомненно ведет к перегрузке центральных артерий кровью, к повышению сопротивления навстречу сердцу и к усилению сердечной деятельности по законам развертывания резервных сил сердца, ибо, если последнего не наступает, то тотчас же обнаруживаются расстройства кровообращения; создавшиеся тут условия ведут к предельно-возможному для данного случая растяжению центральных артерий, и в дальнейшем дело происходит почти так же, как это мы наблюдали при первичном уплотнении этих артерий. Отсюда это высокое Мх давление, которое, по существу, главным образом зависит от высокого пульсового давления. Стоит только уредить сердечной деятельности

(душевный покой и соответствующее лечение),—и тотчас же давление падает. Этому учит повседневное наблюдение. Интересно также отметить, что вначале, даже при резко выраженных тиреотоксикозах, сердце не расширено. Оно расширяется только значительно позже, причем это расширение сердечной тупости вовсе еще не обозначает гипертрофии сердца. По миновании явлений тиреотоксикоза и расширение сердца может совершенно исчезать. Только очень долго длящиеся случаи болезни Раггу ведут к эксцентрической гипертрофии сердца.

Итак этот вид высокого кровяного давления зависит исключительно от учащения сердечной деятельности, и потому такие формы „гипертоний“ правильнее было-бы называть гипертониями от учащения сердечной деятельности, *тахикардальными гипертониями*, или просто повышением давления от учащения сердечной деятельности.

Если мы теперь поставим себе вопрос, насколько избыточно при этом сердце, то, ориентируясь на среднее давление, мы увидим, что оно колеблется в тех же пределах, что и при высоком кровяном давлении систолического типа, именно, от 110 до 150. Факт этот, несомненно, представляет известный интерес, хотя-бы в том отношении, что он как-бы совпадает с однозначностью наших толкований конечного механизма тех гемодинамических изменений, которые наблюдаются при этих видах высокого кровяного давления. Из сказанного нетрудно сделать вывод, что тахикардальные гипертонии, как „гипертонии“, не подлежат лечению. Лечение тут подлежат нарушения в эндокринно-вегетативном аппарате.

III. Особенностью третьего типа случаев высокого кровяного давления является не высота Mx давления и не частота сердечных сокращений в единицу времени, которая не превышает тут обычной (от 72 до 88), а *высота Mn давления*: оно колеблется в пределах от 110—115 до 150 и, быть может, выше. Здесь исходной точкой повышенного кровяного давления служит наростание Mn давления, которое, вне случаев упадка сердечной деятельности, зависит исключительно от первичного спазма, сокращения и прекапиллярных артерий, и артерий более крупного калибра,—повышенного миотонуса их. Эта гипермиотония артериальной системы повышает навстречу сердцу периферическое сопротивление. Отсюда наряду с Mn давлением наростание и Mx давления, и тем в большей степени, чем больше это периферическое сопротивление, что и видно из приводимых цифр.

Вот этот-то вид высокого кровяного давления и является собственно гипертонией, т. к. в основе повышения кровяного давления тут действительно, как *primus movens*, лежит гипертония, именно, гипертония артериальных сосудов. И так как легче всего уловимым клиническим выражением этой формы гипертоний и, в то же время, основным в формальном механизме их является повышение наименьшего (иначе — диастолического) давления, то и гипертонии эти правильнее было-бы, во избежание смешения, называть *диастолическими гипертониями*.

Однако, как ни простым представляется, особенно после произведенного анализа, так сказать, формальный механизм диастолических гипертоний, сущность природы их, а именно, этиология самой гипермиотонии артерий, заключает в себе еще много неясного. И вот именно здесь, в этом пункте, на мой взгляд, мы и сталкиваемся только с проблемой кондиционального генеза высокого кровяного давления.

Таким образом в предлагаемом освещении проблема высокого кровяного давления сводится исключительно к проблеме диастолических гипертоний. А так как диастолические гипертонии суть результат спазма прекапилляров и артериального русла вообще, то и задача выяснения патогенеза этих гипертоний должна будет сводиться в существенном к выяснению причин этого артериального спазма. Не касаясь пока еще гипотетического патогенеза этих последних гипертоний¹⁾, я хотел-бы указать на некоторые намечающиеся тут черты.

Как известно, в попытках выяснить причины высокого кровяного давления, и раньше,—еще со времен Bright'a и Traube,—и в настоящее время,—правда, в ином уже освещении,—большое значение отводилось заболеваниям почек и склерозу артерий. Наблюдения последних лет не могли подтвердить здесь ни строгого параллелизма, ни, тем более, неоспоримой причинно-следственной зависимости, и с точки зрения предлагаемого понимания трех различных форм высокого кровяного давления это совершенно понятно. В случаях систолических гипертоний можно наблюдать (атеро)склероз центральных артерий и гипертрофию сердца без поражения почек за исключением изменений вообще свойственных пожилому возрасту. В случаях диастолических гипертоний, где перичный спазм прекапилляров, мелких артерий и вообще артериального ложа сильно затрудняет периферическое кровообращение и предъявляет к сердцу громадные требования, также можно наблюдать гипертрофию сердца без поражения почек.

И действительно, если мы посмотрим, как велико бывает среднее давление в случаях диастолических гипертоний, то увидим, что оно все время держится на очень высоких цифрах—от 145 до 225. Нет никакого сомнения в том, что гипермиотонические состояния артерий, расстраивая питание сосудистых стенок, не могут не вести к чисто-анатомическим изменениям их склеротического характера. Отсюда возможность сочетания диастолических гипертоний со склерозом прекапиллярных и мелких артерий в различных органах и прежде всего в почках.

На вопрос о том, как же представлять себе отношения между высоким кровяным давлением и артериосклерозом, мы можем сказать теперь следующее: отношения здесь перекрестные,—в случаях систолических гипертоний (атеро)склероз центральных артерий предшествует высокому кровяному давлению и обуславливает его; в случаях диастолических гипертоний, наоборот, дистально-периферическому склерозу предшествует гипертония в форме повышенной миотонии сосудов. Наконец, обе эти комбинации могут встретиться одновременно—хотя-бы потому, что диастолические гипертонии, повышая периферическое сопротивление и давая повод к более резким колебаниям давления (повышенное PD), несомненно способствуют скорейшему изнашиванию и более крупных сосудов. Клинически, к слову сказать, эти случаи диастолических гипертоний в сочетании со склерозом центральных артерий, при достаточности сердца, будут проявляться более высоким Mx давлением по сравнению с неосложненными диастолическими гипертониями того же Mn давления.

¹⁾ Здесь конкурируют между собою две основных теории: „почечная“ и „внепочечная“. Последняя представляет ряд отдельных направлений в сторону нарушений эндокринно-вегетативного аппарата, инфекционных болезней и проч.

Таким образом, если попытаться суммировать сказанное о высоком кровяном давлении и об отношении выделяемых нами трех видов высокого кровяного давления к артериосклерозу и заболеваниям почек, то лучше всего это можно представить в следующей схеме:

Схема отдельных типов высокого кровяного давления.

1. Систолический тип высокого кровяного давления („систолические гипертонии“).

Высокое кровяное давление, как следствие (атеро)склероза проксимальных (центральных) артерий.

2. Тахикардальный тип высокого кровяного давления.

Высокое давление от учащения сердечной деятельности эндокринно-вегетативного происхождения.

3. Диастолический тип высокого кровяного давления („диастолические гипертонии“).

Высокое кровяное давление от первичной гипермотории прекапилляров, мелких артерий и вообще артериального ложа. Патогенез их не выяснен. Они создают готовность в артериальных стенках для склеротических изменений. Поражение почек здесь может быть или не быть. Несомненно, состояние эндокринно-вегетативного механизма тут должно иметь большое значение.

Какое значение может иметь предлагаемая,—назовем ее ориентировочной,—классификация типов высокого кровяного давления? Мне кажется, самое существенное ее значение—в том, что она делает значительно более отчетливыми наши общие представления о высоком кровяном давлении.

Мы видим, что высокое кровяное давление, как некоторый клинический признак, может скрывать за собою три совершенно различные синдрома. В первых двух типах и формальный, и кондициональный генезы его ясны. Неясен кондициональный генез третьего типа высокого кровяного давления (диастолические гипертонии). Отсюда тем большая необходимость, при изучении патогенеза этих гипертоний, строго обособлять их от первых двух форм. Для этого нельзя довольствоваться измерением только Mx давления,—требуется измерение и Mn давления и сопоставление этих двух величин с третьей, именно, с числом сердечных сокращений в единицу времени. Только тогда мы сможем не только всякий раз выделить тот или другой тип высокого кровяного давления, но и составить себе ясное представление о том, какое же давление считать, так называемым, нормальным или патологическим для каждого данного случая. А так вопрос, несомненно, может ставиться,—см., напр., об этом у Rolleston'a (Lancet. 1923), Brockbank'a (Lancet. 1923), Lian'a et Finot (Monogr. 1924 г.).

Можно решительно сказать, что измерение одного Mx давления никогда этого вопроса, как следует, не решит и в то же время легко может привести к неверным выводам. Выше я уже указывал, как на пример в этом направлении, на работу о кровяном давлении Alvarez'a, Wulzen'a и Mahoney. Выводы их о „гипертензивности“ кровяного давления у молодых людей безусловно неправильны. Но к другим они и не могли придти, не сопоставляя данных давления с числом сокра-

щений. Поступая же так, они без труда заметили-бы, что это т. наз. высокое давление у наиболее молодых есть только выражение большей возбудимости и большего учащения у них сердечной деятельности, при условии большого запаса резервных сил в молодом сердце, и есть явление непостоянное.

Другой пример: в работе, посвященной вопросу о предсказании при *angina pectoris*, Н а у (Lancet, 1923) затрагивает и значение в данном случае повышенного кровяного давления („raised blood pressure“). Подобно Evans'у (Brit. Med. Journ., 1923) давление в 180 мм. Hg он считает безоговорочно высоким и а priori уже принимает, что такое давление (и даже более низкое—в 170 мм. Hg) не может быть безразличным для случаев грудной жабы,—должно отягощать течение ее. Однако факты говорят другое: тщательно собранный и обследованный материал М а с к е н з и е отчетливо показывает, что кровяное давление в 180 мм. Hg и выше несколько не влияет на продолжительность жизни у этих больных по сравнению с теми, у кого кровяное давление не повышено. „This is an unexpected finding“—недоуменно замечает Н а у по этому поводу (Lancet, 1923, p. 1121). В то же время он принужден подтвердить этот факт на основании своего собственного материала, охватывающего 206 точно обследованных случаев. Мало того,—как он сам указывает, предпринимавшиеся им опыты с понижением высокого давления не удлинняли жизни у этих больных. С точки зрения предлагаемого деления и понимания типов высокого кровяного давления выводы Н а у'я несколько не являются „неожиданными“: по нашему представлению высокое кровяное давление, как формальный фактор изменившихся условий гемодинамики, есть явление *положительное*, а не *отрицательное* с точки зрения гемодинамики.

Но предлагаемая ориентировочная классификация типов высокого кровяного давления может иметь и еще другое значение—чисто-практическое. Вскрывая отчетливо формальный патогенез этих трех видов высокого кровяного давления, она отчетливо показывает, что все эти типы высокого артериального давления суть, по существу своему, не что иное, как известного рода приспособление центрального мотора (сердца) к изменившимся условиям гемодинамики. Высокое кровяное давление есть только *показатель этого приспособления*.

В первых двух группах высокого кровяного давления нам, кроме формального, понятен и кондициональный генез их. Как мы видели, оба эти механизма таковы, что не может явиться и мысли о необходимости лечения высокого кровяного давления, как известного симптома ¹⁾. Скорее, особенно по отношению к первой группе, приходится думать об обратном. Что же касается третьей группы, именно, диастолических гипертоний, то, как это только что было отмечено, кондициональный генез их нам неизвестен. Но из этого еще никоим образом не следует, что мы должны во что-бы то ни стало бороться с этим симптомом,—тем более, что формальный механизм его прямо указывает на то, что это есть, хотя и не совсем удобное для организма приспособление, но все же приспособление.

¹⁾ Последнего не нужно смешивать с лечением, направленным на *устранение условий* возникновения *того симптома*.

Вот почему и при диастолических гипертониях по отношению к лечению, в смысле понижения давления, как симптома, фармацевтическим путем нужно занимать очень сдержанную позицию, прибегая к этому только в случаях крайней необходимости и крайне осторожно.

Prof. P. N. Nikolaeff. Sur les types de l'hypertension artérielle.

La grande discussion sur la pathogénie de l'hypertension artérielle depend en partie du fait, que la notion même de l'hypertension artérielle n'est pas assez défini. Quand il s'agit de l'hypertension artérielle, on ne peut guère s'orienter uniquement sur la tension maxima. Il est nécessaire de confronter simultanément trois quantités haemodynamiques: tension Mx, tension Mn et le nombre des contractions du coeur en une minute. Ce mode de l'exploration de la tension artérielle donne le pouvoir de différentier 3 types de l'hypertension artérielle: 1) type systolique (atherosclerose des artères centrales), 2) type tachycardiaque (tachycardie primordiale: les désordres de l'appareil endocrino-végétatif), 3) type diastolique ou l'hypertension artérielle essentielle (hypermyotonie primordiale des précapillaires et du système artérielle en général). Dans les deux premiers types de l'hypertension artérielle la pathogénie formelle et conditionnelle est claire. Dans le troisième la pathogénie formelle est aussie claire, reste à expliquer sa pathogénie conditionnelle. L'analyse de la pathogénie formelle de l'hypertension artérielle montre, qu'elle est exclusivement la conséquence de l'adaption (suffisance cardiaque) aux conditions changées de la circulation, c'est pourquoi l'hypertension, comme un signe de cette adaption, ne doit pas être abaissée artificiellement.

О лечении язвы желудка новопротинном.

Проф. Р. А. Лурия.

Результаты современного лечения язвы желудка и 12-перстной кишки не удовлетворяют ни терапевтов, ни хирургов и заставляют тех и других искать новые пути для решения этой трудной задачи. Классический диететический метод лечения Ziemssen'a-Leube в той или другой модификации его остается, несомненно, наиболее верным путем к излечению язвы, но требует нередко повторного лечения и не гарантирует от рецидивов ее. Хотя для этого метода вовсе необязательно стационарное клиническое содержание больного, а, как мною было указано уже в 1909 году на I Съезде Российских Терапевтов¹⁾, его можно с успехом провести в каждой участковой больнице и в самой скромной домашней обстановке, но все же лечение это отрывает больного на 4—6 недель от обычной работы и в особенности от физического труда. Между тем огромное большинство больных язвой желудка составляют именно люди, занятые тяжелым физическим трудом. Так, в нашем материале из 243 больных язвой²⁾ рабочих было 38,3%, а крестьян 27,1%, т. е. всего представителей тяжелого физического труда 65,4%. Для этих больных, да и для лиц других, более легких профессий, длительное постельное содержание, составляющее вместе со строгой диетой неприменимое условие лечения по Leube, встречается часто совершенно непреодолимые препятствия, не говоря уже о том, что едва-ли практически возможно отдавать такое большое количество коек в терапевтических отделениях больным язвой желудка.

Fleischer³⁾ и в особенности Boas⁴⁾ в Германии обращают внимание на необходимость, из этих соображений социального характера, выработать способы амбулаторного лечения язвы. Несомненно, условия труда и быта наших больных язвой желудка требуют не меньше, а значительно больше, чем в Германии, новых, более доступных массе населения методов лечения язвы, которая стала, особенно в послевоенные годы, очень распространенной болезнью. Было-бы в высшей степени полезно наряду с организацией хорошо поставленных диететических столовых, особенно для лечения рабочих, дать в руки врачу метод, применение которого позволило-бы больному совсем отрываться от его повседневной

¹⁾ Труды I Съезда Российских Терапевтов, Москва, 1910 г., стр. 100.

²⁾ Для краткости мы в дальнейшем будем под словом «язва» понимать язву желудка и 12-перстной кишки, составляющие в настоящее время одно *нозологическое* понятие.

³⁾ F. Fleischer, *Ergebn. d. ges. Med.*, Bd. 2, S. 379.

⁴⁾ I. Boas, *Deutsch. med. Woch.*, 1924, № 24.

работы. Совершенно очевидно, что такой метод имел бы большое преимущество с экономической точки зрения и в особенности заслуживал бы внимания наших страховых органов. Вот почему особенно большого внимания и врачей заслуживают те способы лечения язвы, которые могут применяться не только стационарно, но и амбулаторно. К числу таких именно способов и относится получившее в Германии большое распространение лечение язвы желудка новопротинном,—способ, исследованию которого посвящаются все новые и новые работы.

Новопротин представляет собою кристаллический белок растительного происхождения, и лечение им является, следовательно, протейновой терапией. Если не считать R. Schmidt¹⁾, сделавшего еще в 1916 году попытку лечить некоторые гастральгии туберкулином, протейнотерапия язвы желудка была предложена почти одновременно Holler²⁾ в Австрии и Pribram³⁾ в Германии. Первый, исходя из представления, что причиной язвы желудка является чаще всего неврит n. vagi, применил предложенный Dölken⁴⁾ Vakzineurin, представляющий собой аутолизат из bac. prodigiosus и стафилококков и обладающий, по Dölken⁵⁾, исключительным нейротропным влиянием. Из 120 случаев только у 2 Holler не видел успеха от своей терапии.

Не останавливаясь, за недостатком места, на своеобразных предположениях Holler'a к предложенной им терапии, укажу уже теперь, что его Vakzineurin не нашел себе последователей—как из за теоретических разногласий авторов о патогенезе язвы, в смысле органического или функционального участия нервной системы, так и потому, что применение его влечет за собой нередко весьма бурную общую реакцию: притом далеко не все авторы разделяют мнение Holler'a о самых нейротропных свойствах Vakzineurina.

Значительно больше успеха имело предложенное в целом ряде сообщений и работ Pribram^{3,4,5,6)} лечение язвы желудка новопротинном. Останавливает наше внимание и весьма знаменательно то обстоятельство, что новый консервативный метод лечения язвы желудка исходит не от терапевта, а от хирурга, что, между прочим, отмечает и сам автор. Pribram, ученик Bier'a, мотивирует свое предложение прежде всего социально-экономическими условиями страны, заставляющими больных отказываться от дорогих и длительных диететических методов лечения язвы и искать хирургического радикального лечения даже в тех случаях, где вовсе не имеется показаний к нему. Кроме общих для протейновой терапии хронических язв соображений о благотворном влиянии Reiztherapie, — в смысле Bier'a, — на течение и заживление язв, Pribram придает большое значение противовоспалительному действию протейновой терапии. Он видел от новопротина отличные результаты даже в случаях далеко зашедшего стеноза привратника. Эти результаты Pribram правильно сводит к разрешению новопротинном большого спазма привратника.

¹⁾ R. Schmidt. Zur path. Boas'y.

²⁾ Holler. Arch. f. Verdhr., Bd. XXIX, H. ³⁾ 4, S. 123; Bd. XXIX, H. ⁴⁾ 6, S. 275; Bd. XXIX, S. 189.

³⁾ B. Pribram. Med. Klinik, 1922, № 30; Münch. med. Woch., 1922, № 28.

⁴⁾ B. Pribram. Kl. Woch., 1923, № 46, S. 2112.

⁵⁾ B. Pribram. Verh. d. 36 Kongr. f. inner. Med., 1924, S. 236.

⁶⁾ B. Pribram. Deutsch. med. Woch., 1925, № 4.

присоединяющегося к относительно небольшому органическому процессу, лежащему в основе болезни. Но Pribram идет дальше и на основании исследования влияния на организм адреналина до и после применения новопротина приходит к мысли, что новопротин в значительной степени уменьшает раздражительность симпатической системы, почему протеиновую терапию язвы он считает аналогичной симпатэктомию по Leriche'y. В течение нескольких лет Pribram собрал большой материал в 300 больных с различными формами язвы и описывает отличные результаты, полученные им при лечении этой болезни новопротином (до 50—70% излечения). Особенно убедительны случаи исчезновения ниши малой кривизны под влиянием лечения новопротином *).

Наблюдения Pribram'a вызвали целый ряд исследований. Hampel¹⁾, Perutz²⁾, Baake³⁾, Grote и Bergmann⁴⁾, Caro⁵⁾, описывая отличные результаты лечения язв новопротином, считают вместе с Pribram'ом метод этот весьма пригодным для амбулаторного лечения, причем особенно отмечают значение этой терапии при рецидивирующих язвах. С другой стороны Kalk⁶⁾, применявший протеиновую терапию на 28 больных со строго проверенными рентгенологически язвами желудка в клинике Bergmann'a, пришел к заключению, что новопротиновая терапия не является существенным достижением в лечении язв желудка и сводится не к излечению язвы и даже не к улучшению объективных симптомов ее, а исключительно к болеутоляющему влиянию новопротина. Такое же благотворное влияние новопротина на боли Kalk видел также и при других болезнях, напр., при пилороспазме, табаческих кризах и холестазе.

Между этими двумя резко расходящимися взглядами на значение новопротина для лечения язвы желудка стоят авторы, занимающие среднюю позицию в этом вопросе. L. v. Friedrich⁷⁾, изучивший, — правда, только на амбулаторном материале, состоявшем большей частью из рабочих, — 83 случая язв, леченных новопротином, думает, что было бы неправильно совершенно отказываться от него при лечении язв желудка, как то делает Kalk, но не разделяет и оптимизма Pribram'a, Grote и Bergmann'a и др. Испытав для лечения язвы желудка ряд протеинов, L. Friedrich считает совершенно непригодным для этого нейротизин, не рекомендует молока и казеозана вследствие их неприятного побочного действия, указывает на бурную общую реакцию при Vakzineugen'е и останавливается на новопротине, как лучшем препарате протеина, ограничивая, однако, применение его определенными показаниями, особенно в свежих случаях и при *ulcus duodeni*. Такой же приблизительно точки зрения держится и R. Schmidt⁸⁾ в своем докладе о протеиновой

*) Эти свои случаи В. О. Pribram любезно демонстрировал мне во время моей заграничной командировки, за что считаю своим долгом принести ему свою признательность.

1) Hampel. Med. Klin., 1923, № 26.

2) Perutz. Münch. med. Woch., 1923, № 52.

3) Baake. Mitt. a. d. Grenzgeb., 1925, Bd. 38, H. 3.

4) Grote u. Bergmann. Zentr. f. inner. Med., 1924, № 18.

5) Caro. Klin. Woch., 1923, S. 951.

6) Kalk. Kl. Woch., 1923, № 28.

7) L. v. Friedrich. Arch. f. Verdkr., Bd. XXXIV, H. 1/2, S. 75.

8) R. Schmidt. Verh. d. IV. Tagung f. Verdauungs. u. Stoff. Berlin, 1925.

терапии на IV Немецком Съезде по болезням пищеварения и обмена веществ. Из прений по этому докладу, в которых выступали виднейшие в этой области немецкие авторы, выяснилось, что большинство видело хорошие результаты от протеиновой терапии язв желудка, главным образом, однако, в смысле улучшения субъективных симптомов, причем R. Schmidt в заключительном слове подчеркнул, что вне всякого сомнения имеются случаи *ulcus v-li et duodeni*, где все методы лечения оставались безрезультатными, и только протеинотерапия избавляла больного от страданий.

В русской литературе мне известна одна только работа Шаверина¹⁾, опубликовавшего 7 случаев лечения язвы новопротином с хорошими результатами²⁾. Между тем именно у нас было-бы особенно желательно дать в руки врачу метод, если не излечивающий язвы желудка, то облегчающий амбулаторное лечение ее и дающий возможность не требовать от больного длительного пребывания в постели и выполнения строжайших диететических предписаний.

Наблюдения авторов над лечением язвы желудка обычными протеинами, напр., молоком, казеином и пр. (Friedrich. Шаверин и др.) мало утешительны, а потому мне казалось интересным получить личный опыт в лечении язвы желудка таким чистым протеином, как новопротин. Однако только в начале 1925 года мне удалось получить (от фабрики Grenzsch) некоторое количество новопротина и применить его на сравнительно небольшом материале. Подробные наблюдения над лечением новопротином язв желудка в нашей клинике продолжаются и будут опубликованы одним из моих сотрудников в другом месте, здесь же я позволю себе лишь вкратце остановиться на сделанных нами наблюдениях.

Всего под нашим наблюдением был 21 больной язвой желудка, из них 14 стационарных, а остальные—амбулаторные. Для стационарного наблюдения я из большого материала желудочных больных клиники остановился, главным образом, на больных с характерным для язвы желудка анамнезом и с картиной болезни, дававшей наибольшую вероятность правильного диагноза язвы. Последнее, как известно, далеко не всегда удается терапевту. При оценке результатов лечения язвы желудка надо иметь в виду,—подчеркивает Moulin³⁾,—что при язвах желудка клинический диагноз может оказаться даже при самом тщательном исследовании неправильным чаще, чем при всякой другой болезни. Желая получить представление о том, какая роль может принадлежать новопротину при лечении язвы, я остановился на больных, которые уже неоднократно подвергались диететическому и медикаментозному лечению язвы, причем некоторые из них лечились раньше и у нас в клинике. Само собой разумеется, что столь малое число случаев не может дать основания для каких-нибудь статистических выводов и обобщений, и я могу в настоящее время поделиться только своими впечатлениями от лечения новопротином.

1) Шаверин. Труды VII Съезда Российских Терапевтов, стр. 268.

2) Знаю еще по реферату о работе д-ра Гербста по данному вопросу (Тр. VII Съезда Росс. Тер., стр. 503), но не ручаюсь, что не имеются еще русские работы, ибо условия отечественной медицинской прессы не благоприятствуют детальному ознакомлению с русскими работами (см. Р. А. Лурья, Врач. Дело, 1926, № 5).

3) Moulin. Zwei Vorlesungen über das Magenduoenalgeschwür. 1925.

Средство это выпущено в ампулах по 1,1 кб. стм., вводится оно внутривенно. Мы начинали обычно с дозы в 0,2 кб. стм. и, повторяя вливания через 3—4 дня, смотря по реакции организма, доходили до дозы в 1,2 и даже 1,4 кб. стм. За последнее время предлагают применять по возможности меньшие дозы (Rotschild), так как есть основание думать, что часть неудачных случаев может быть отнесена за счет назначения больших доз и слишком длительного курса лечения новопротинном (Bier). У нас последний чаще всего сводился к 10 вливаниям. Реакция на месте вливания новопротина мы ни разу не видели.

В отношении общей реакции организма на введение новопротина я не могу согласиться с мнением Шаверина (l. c.), что она бывает или очень слабая, или ее совсем не бывает: во всех наших случаях общая реакция, в виде повышения t° , была налицо, причем большинство больных давало лихорадочные движения температуры после первых вливаний 0,4—0,6 новопротина, в других же случаях первые вливания проходили при небольшой общей реакции, но с увеличением дозы до 1 или до 1,2 кб. стм. t° повышалась до $38,0^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ — $39,0^{\circ}$. В отдельных случаях приходилось наблюдать еще более резкую общую реакцию, сопровождавшуюся сильным недомоганием, болями в конечностях, головной болью: в одном случае реакция была особенно бурная и сопровождалась анафилактическими явлениями, что не помешало, однако, впоследствии довести у этого больного лечение новопротинном до конца. Таким образом мы имели налицо у наших больных всегда общее пирогенное действие протенина, являющееся выражением мощных изменений в состоянии физико-химических свойств клеток и жидкостей организма,—изменений, ведущих к излечению болезни в результате вызванного протенином лихорадочного комплекса (R. Schmidt). Эта общая реакция, по Pribram'у, является непременным условием для хорошего результата лечения.

Не менее важно появление *очаговой* реакции, наступающей, по Pribram'у, при новопротине настолько закономерно, что отсутствие ее ставит под знак вопроса самый диагноз язвы: чем резче выражена эта реакция, тем, по Pribram'у, лучше предсказание в смысле излечения язвы. У наших больных, за редкими исключениями, очаговая реакция была всегда достаточно очевидна: через 2—3 часа после вливания новопротина, реже позднее—через 5—6 часов, появлялась обычно более или менее выраженная боль в подложечной области, иногда очень резкая: боль эта не была строго ограничена определенной точкой, иногда иррадиировала в спину, наблюдалось увеличение болезненности при ощупывании области желудка, а особенно при поколачивании молоточком по Mendel'ю, в отдельных случаях к этой боли присоединялась рвота, большей частью однократная; кровавой рвоты мы не наблюдали ни разу. Таким образом и в этом отношении наши наблюдения не совпадают с данными Шаверина, видевшего из своих 7 случаев лечения новопротинном только 1 раз боли в подложечной области. Эту очаговую реакцию в виде появления разлитых болей в подложечной области наблюдали все авторы, применявшие при язве протейнотерапию и в частности новопротин. Она всегда протекает у больных в виде характерной для протейновой терапии двухфазной реакции: после отрицательной фазы (обострения болей) уже на другой день наступала заметная *euphoria*, боли в желудке исчезали, или становились меньше, чем до вливания ново-

протина, и больной уже после первых 3—4 вливаний мог без риска вызвать обычные для него боли принимать более грубую пищу.

Это субъективное улучшение болей отмечали, за редкими исключениями, все наши больные, и только в 3 случаях совершенно не получилось такового, хотя и у этих больных наблюдались после новопротина как общая, так и очаговая реакция. К концу лечения больные переносили хорошо хлеб, мясо, картофель и во всяком случае могли без риска получить привычные боли перейти к обычной, общей для других больных диете.

Субъективное улучшение при лечении язвы новопротином наблюдали не только авторы, считающие новопротин средством, открывающим новые горизонты в терапии язвы, но и более сдержанные исследователи (L. U. Friedrich, Ehrmann¹⁾), и даже Kalk, совершенно отрицающий за новопротином какое-нибудь значение в терапии язвы желудка, все же отмечает, что после вливания новопротина боли при язве прекращаются.

Если в отношении благоприятного влияния новопротина на боли при язве расхождений у наблюдателей мало, то совершенно иначе обстоит дело с объективными данными, свидетельствующими об излечении язвы новопротином. И наши больные представляют в этом отношении весьма пеструю картину: если в отдельных случаях нам удавалось наблюдать уменьшение болезненности при ощупывании или при поколачивании области желудка по Mendelю, если в 3 случаях можно было установить исчезновение в испражнениях „скрытой“ крови и в 1—резкое улучшение рентгеновской картины с исчезновением спастических явлений, то все же объективные изменения, которые могли-бы говорить об излечении язвы, составляли у нас скорее исключение, чем правило. Мы не видели определенного изменения в химизме желудка, как это утверждает Pribram, ни в отношении кислотности желудочного сока, ни в отношении гиперсекреции. Правда, у нас еще очень мало наблюдений над больными, леченными новопротином, с фракционным методом исследования желудка. Большинство авторов, работающих с новопротином, тоже отмечает, что нет никаких оснований думать об изменениях секреции желудка после этого лечения, и только в самое последнее время Rotschild²⁾, из клиники Krausa, применяя исследование типа секреции желудка по Leschke, видел после новопротина восстановление нормальной кривой секреции.—главным образом, повидимому, в случаях со спазмом привратника. Balint³⁾ говорит об изменении PH крови в сторону алкалоза после новопротина.

В отношении рентгенологической картины нам также не пришлось видеть исчезновения ниши или других сколько-нибудь убедительных не-прямых симптомов, говорящих объективно в пользу исчезновения язвы. Исключительно интересные наблюдения Pribram'a об исчезновении ниши не получили подтверждения и со стороны большинства клиницистов. Кстати скажу здесь, что некоторыми авторами они объясняются не как результат рубцевания и заживления глубокой язвы, а как следствие разрешения местного спазма стенки желудка.

¹⁾ Ehrmann. Verh. d. IV Tag. f. Verdauungs—u. Stoff. Berl. 1925.

²⁾ Rotschild. Kl. Woch. 1926. № 3.

³⁾ Balint. Verh. d. 4 Tagung. f. Verdkr.

Наши больные оставались на обычной диете, и в только отдельных случаях в начале лечения мы запрещали им мясо и хлеб. В отношении веса тела определенных результатов установить нам не удалось и, если одни больные оставляли клинику, прибавившись на 5—6 фунтов в весе, то у других вес оставался почти прежним, и говорить о значительной прибавке веса,—до 7 килограммов, как это видел Rotschild,—мы оснований не имеем. Большинство наших больных, леченных новопротинном, оставалось довольно результатами лечения,—из общего числа их мы только в 3 случаях не могли отметить улучшения. Насколько продолжительно было, однако, это субъективное улучшение у наших больных,—мы еще не имеем оснований высказаться: для этого прошло после лечения слишком мало времени.

Наши наблюдения о благоприятном действии новопротина на боли у больных язвой желудка совпадают с мнением большинства, если не всех, авторов; но вопрос о влиянии новопротина на излечение язвы желудка остается, конечно, совершенно открытым. Ответ на него лучше всего искать в патолого-анатомических исследованиях состояния язвы у больных, леченных новопротинном. Marx¹⁾ показал, что у больных этого рода микроскопическое исследование указывало в отдельных случаях на тенденцию к рубцеванию, причем в случаях длительного лечения он процессов рубцевания не видел. Friedemann и Volkman, оперировавшие больных, леченных новопротинном, не видели в резецированных язвах ни макроскопических, ни микроскопических изменений, говорящих в пользу рубцевания их. Gohrhard²⁾ исследовал язвы у 15 больных, оперированных после лечения новопротинном, и тоже не нашел никаких изменений, свидетельствующих о наклонности этих язв к заживлению.

Эти анатомические исследования, как мы видим, совершенно совпадают с мнением большинства авторов,—к которым присоединяюсь и я,—что при лечении язвы желудка новопротинном дело идет только о субъективном улучшении страданий больного, но не об излечении самой болезни. Как известно, течение болезни при язвах желудка является,—и это особенно характерно,—всегда периодическим, обострения чередуются здесь со светлыми промежутками, и, если в ряде случаев у больного, никогда не страдавшего язвой, вдруг появляется грозное осложнение в виде кровавой рвоты, кишечного кровотечения или перфорации язвы, то это лучше всего свидетельствует, насколько расходятся клинические проявления болезни и анатомические процессы, лежащие в ее основе. Walko^{3, 4)} на основании исследования 155 случаев язвы указал на замечательное расхождение данных объективного исследования (рентгеновская картина, скрытая кровь и т. д.) и субъективных ощущений больных, а также на большую частоту латентной формы язвы желудка.

Наши наблюдения над больными, лечеными новопротинном, приводят нас к мысли, что дело идет здесь не об излечении язвы, а только о быстром переходе болезни в стадию скрытого ее состояния. Для

¹⁾ Marx (цит. по Schlesinger'y). Mitt. d. Grenzg., 1925, № 38, H. 4.

²⁾ Gohrhard. Klin. Woch., 1925, № 52.

³⁾ Walko. Verh. d. XXXV Kong. f. inner. Med., 1923. S. 89.

⁴⁾ Walko. Mitt. aus d. Grenzg., 1926, B. 39, H. 1.

больного и этого, конечно, уже очень много, так как у него на время прекращаются боли, и он получает возможность лучше питаться, что, конечно, имеет исключительно большое значение для больных, занимающихся физическим трудом и для лиц, не имеющих возможности строго соблюдать диету из-за материальной необеспеченности. Однако это кажущееся излечение имеет и обратную, дурную сторону, успокаивая больного и давая ему некоторое основание совершенно пренебрегать диететическими предписаниями врача.

Чем обусловлено это улучшение в течении болезни, выражающееся в прекращении болей? Трудно определенно ответить на этот вопрос. Длительные наблюдения над течением язвы после лечения новопротином, иногда повторными курсами (Pribram, Grote, R. Schmidt, Alexander и др.), не оставляют сомнения в том, что в известных случаях, — может быть, при свежих язвах, — возможно и полное ее излечение. От этих больных, разумеется, данные патолого-анатомического исследования могут быть получены только случайно. Здесь речь может идти, конечно, об общей перестройке организма („Umstimmung“), улучшающей процесс заживления язвы под влиянием протеиновой терапии. В остальных случаях надо допустить, как причину улучшения, главным образом, противоспастическое действие новопротина на мышцы и сосуды желудка. Мы хорошо знаем теперь, какую исключительную роль играют спастические сокращения мускулатуры в патогенезе наиболее важных симптомов заболеваний пищеварительного аппарата; мы знаем, что небольшие язвы, напр., в области duodeni, дают огромный пилороспазм и гастроспазм, являющиеся больше причиной болезненных симптомов, чем самая язва. Вот на этот-то именно вторичный спазм (Einhorn и Scholz¹⁾, очевидно, и влияет новопротин (Pribram, R. Schmidt и др.). В этом отношении лечение новопротином язвы желудка аналогично лечению атропином или прованским маслом (P. Söhnheim); очевидно, и здесь дело идет о какой-то перестройке в иннервации желудка вегетативной системой, играющей, как мы знаем, столь выдающуюся роль в патогенезе язвы (von Bergmann и др.).

С этой точки зрения мы должны признать, что новопротин является известным достижением в терапии язвы желудка, так как до сих пор мы не имели в руках средства, одновременно и перестраивающего в благоприятном смысле организм, усиливая его естественные средства для заживления язв, и хорошо разрешающего спазм, лежащий в основе ряда важнейших функциональных расстройств, особенно при язве duodeni. Пренебрегать этим средством, как правильно указывают L. U. Friedrich и др. авторы, мы не должны. С другой стороны мы не имеем основания и всецело полагаться на одно лечение новопротином. Лучшие результаты получаются, если предложить больному одновременно с введением новопротина и диететическое лечение, — может быть, только в менее ригористической форме, чем это имеет в виду классическая терапия язвы. Это комбинированное лечение может быть проведено часто амбулаторно, и надо поэтому думать, что применение новопротина поможет нам лечить амбулаторно язву желудка, как это диктуют условия жизни наших больных.

¹⁾ Einhorn und Scholz. Arch. f. Verd., Bd. XXXVII, 1926

Два слова еще о противопоказаниях к лечению язвы новопротином. Прежде всего не подлежат этому лечению осложненные язвы, со спайками, перидуоденитом, — они требуют хирургического вмешательства с последующим, может быть, лечением новопротином. В отношении кровоточащих язв Pribram, — сам хирург, имеющий большой опыт в лечении новопротином, — не устанавливает особых противопоказаний и никогда не видел кровотечений при лечении новопротином; у меня личных наблюдений в этом пункте нет. Само собой разумеется, что лечение новопротином не должно, далее, иметь места и при наличии обычных противопоказаний для протеиновой терапии, особенно недостаточно компенсированного tbc.

Хотя наш небольшой материал не дает никаких оснований для решающих заключений, я должен, однако, в заключение полностью согласиться с L. U. Friedrich'ом, что новопротиновая терапия, конечно, не является той панацеей для лечения язвы желудка, которую мы ищем; да едва-ли мы — и терапевты, и хирурги, — когда-либо и будем иметь такую панацею в руках при заболевании с таким сложным и разнообразным патогенезом, как язва желудка, где дело идет не столько о местном заболевании желудка, сколько о результате весьма сложных патологических изменений всего организма больного, сводящихся к туманному пока представлению об „язвенном диатезе“ (H. Strauss).

Prof. R. A. Luria (Kasan). Zur Novoprotinbehandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs.

Die klassische Ulcusbehandlung fordert zu viel Zeit, Bettlagerung und ist in vielen Fällen wegen der sozialen Verhältnissen ganz undurchführbar (65,4% der Kranken d. V. waren schwerarbeitende Leute). Es wäre deshalb sehr wünschenswert eine ambulatorische Behandlung in die Hände des Arztes zu geben. Novoprotin, ein Mittel, welches in Deutschland so verbreitet ist, ist in SSSR fast unbekannt. Bei 21 Ulcuskranken hat Verfasser die Novoprotinbehandlung angewandt. Nur in 3 Fällen bekamen die Kranken keine subjective Besserung. Objective Symptome der Ulcusheilung konnte V. nicht beobachten. Die subjectiven Erfolge der Behandlung soll in den spasmolytischen Wirkungen des Mittels seine Gründe haben. Es handelt sich nicht um Ulcusheilung, sondern um schnellen Uebergang in das Latenzstadium der Krankheit. Aber das genügt schon zur Empfehlung des Novoprotins für die ambulatorische Ulcusbehandlung; es kann in Kombination mit einigen diätetischen Massnahmen in den Arbeiter-Kost-Anstalten sehr gute Erfolge leisten. Prinzipiell kann jedoch das Novoprotin nicht, wie auch keine andere therapeutische Methode eine Panazee für alle Ulcuskranken sein, weil es sich bei dieser Krankheit nicht um eine locale Magenerkrankung, sondern um eine Geschwürsbereitschaft infolge einer Ulcusdiatase handelt.

Прогноз при лечении инсулином сахарного мочеизнурения *).

Д-ра O. Fischer'a.

ассистента Гамбургского Тропического Института.

Открытие инсулина дало возможность причинного лечения сахарного мочеизнурения, и в отдельных случаях это лечение, повидному, оказывает решительное влияние на течение сахарной болезни. Благодаря введению этого средства, у диабетиков удается устранить нарушение обмена веществ со всеми его проявлениями и ближайшими последствиями и восстановить нормальное положение вещей. Достаточно большими дозами инсулина можно не только сохранить жизнь даже тяжелым больным, у которых совершенно прекратилась деятельность поджелудочной железы, но и настолько улучшить их здоровье, что, при соблюдении соответствующей диеты, они в состоянии бывают заниматься своим делом. Диабет, как таковой, перестал быть опасной для жизни болезнью. В большинстве случаев при помощи рациональной и систематически проводимой терапии мы можем теперь не только преодолеть обуславливаемые им опасности, но и предотвратить их наступление, и тем вернее к его лечению. Таким образом в значительной степени уменьшается ущерб, наносимый обществу диабетом,—ущерб, выражающийся в неспособности тяжелых больных, ибо каждому диабетiku может быть назначена такая диета, при которой он сохраняет свою работоспособность. Необходимым условием такого успеха во всех случаях настоящего панкреатического диабета является только самое тщательное соблюдение врачебных предписаний, касающихся как диеты, так и дозировки данного средства. Подробнее входить в разбор терапевтических мероприятий в каждом отдельном случае, здесь, впрочем мы не будем: методика эта исчерпывающее освещена в многочисленных работах мировой литературы ¹⁾.

Наиболее блестящие результаты получаются при лечении инсулином коматозных и прекоматозных явлений у диабетиков. Успех здесь всецело и единственно зависит от устойчивости сердечной деятельности и кровообращения, от их способности преодолеть острую интоксикацию с ее послед-

*) Перевод с немецкого оригинала, любезно доставленного автором для настоящей книжки „К. М. Журнала“, Ю. П. Чебоксаровой.

¹⁾ См. O. Fischer (Гамбург), Die Praxis der Insulinbehandlung, Берлин, 1926.

ствиями, вызванную нарушением обмена веществ. Для прогноза при коме решающим моментом является сила сердечной деятельности, которую поэтому и следует поддерживать всеми имеющимися средствами. Понятно при этом, что виды на устранение угрожающего состояния тем слабее, чем глубже кома, и чем дольше длилось коматозное состояние до начала лечения. Напротив, при только что начинающихся прекоматозных явлениях предсказание можно считать безусловно благоприятным. Не лишено значения здесь и то обстоятельство, обусловлено ли появление комы самим прогрессирующим нарушением обмена веществ, или же, в более легких случаях диабета, оно было вызвано каким-либо острым заболеванием. Для иллюстрации приведем цифры из нашей работы, помещенной в № 42 „Klinische Wochenschrift“ за 1925 г.:

Общее число коматозных больных, лечившихся инсулином	28
Из них умерло от комы или ее ближайших последствий	4

Причины смерти:

Коллапс при коме	2
Рецидив комы, смерть в состоянии коллапса	1
Слишком малые дозы инсулина	1
Перенесли кому	24

Подобным же образом обстоит дело в случаях, осложненных каким-нибудь другим заболеванием. Восстанавливая при помощи инсулина нарушенный обмен веществ, мы ставим организм больного в такие же условия, какие имеют место у здорового субъекта. Это относится прежде всего к различным инфекционным заболеваниям, прежде столь опасным при диабете: только от сопротивляемости организма, — не считая, конечно, силы инфекции, — зависит в таком случае благополучный исход. А благодаря инсулину мы можем теперь проводить у больных более обильное питание, которое поддерживает силы больного и повышает сопротивляемость его организма.

Наконец, у больных, которым не угрожает в данное время непосредственная опасность, при помощи инсулина легко восстановить правильный обмен веществ и таким образом побороть как проявления диабета, так и ближайшие его последствия. Пациенты быстро поправляются, прибывают в весе, расцветают и становятся работоспособными. Нарушений обмена веществ у них более не замечается. Но это благоприятное состояние длится только до тех пор, пока больной строго придерживается данных ему предписаний, т. е. регулярно, в установленное время, получает необходимое количество инсулина и точно соблюдает предписанную диету. Препятствием для проведения этих мероприятий, подчас почти непреодолимым для больного, служат не только высокая цена средства, неудобство и трудность повторных его инъекций, дороговизна и кропотливость приготовления необходимых кушаний, но и отсутствие у больных понимания своей болезни и способов ее лечения, — понимания, которого не хватает тем чаще, чем лучше и здоровее чувствует себя больной в течение правильно проведенного лечения инсулином. Если после прекращения клинического лечения пациент предоставляется более или менее самому себе, или же, в лучшем случае, находится только под наблюдением врача, то очень часто он не считает для себя обязательным следовать точно всем предписаниям, а иногда просто не в состоянии

бывает выполнить их. Между тем очень важно, чтобы впрыскивания инсулина производились регулярно, в определенное время, и чтобы количество вводимых углеводов или белков не было сразу увеличиваемо, — больной должен неизменно соблюдать постоянную диету. Стоит только переступить границу толерантности, в особенности для тяжелых больных, у которых продолжительное лечение инсулином имеет первостепенное значение, — и тогда уже никакое восстановление правильной диеты не поможет. Отягощение панкреатической железы возможно устранить только последующим крайне бережным к ней отношением и прежде всего — ограничением углеводов. Иначе нарушение функции этой железы будет все прогрессировать, — несмотря на введение инсулина, обмен веществ будет все ухудшаться, и в конце концов дело войдет до неизбежной декомпенсации и коллапса. Подобные случаи нам неоднократно приходилось наблюдать у наших больных, которых мы, — с инсулином или без такового, — отпускали в хорошем состоянии, с нормальным обменом веществ. Спустя короткое время они обычно вновь поступали к нам с высоким процентом сахара в моче и сильным ацидозом, нередко с начинающейся или же ясно выраженной комой, а некоторые из них погибали от своей болезни вне клиники.

Итак прогноз здесь в значительной степени зависит как от имущественного положения больного, так и оттого, насколько он понимает всю серьезность своего положения и необходимость тщательного выполнения всех данных ему указаний. Если пациент строго придерживается их, то он все время будет здоров и настолько работоспособен, что в состоянии будет и впредь выполнять свои обязанности. В противном случае ему не избежать ухудшения его состояния и в конце концов — нарушения обмена веществ. Лишь продолжительное, строго проведенное врачебное наблюдение может дать здесь благоприятные результаты, и в этом заключается задача практического врача. В общем, однако, можно сказать, что, хотя инсулин в отдельных случаях и дает возможность восстановить нарушенный обмен веществ и устранить опасные явления, но по существу, как это явствует из вышеприведенного, судьба больного все же мало изменяется к лучшему: в конце концов он погибает от этой болезни, хотя этот неблагоприятный конец, смотря по обстоятельствам, и может быть отсрочен на более или менее продолжительное время. Это-то обстоятельство, при всей несомненности практического значения инсулина, и должно служить для нас стимулом к тому, чтобы применять указанное средство по возможности в самых начальных стадиях заболевания. Продолжительное, тщательно проводимое лечение инсулином, дающее благоприятные результаты даже в тяжелых случаях, повышая толерантность, особенно ведет к такому повышению в начале заболевания, когда повреждение панкреатической железы еще не зашло слишком далеко, и когда этот процесс может быть значительно задержан соответствующей терапией. В таких случаях можно ожидать значительного улучшения, подчас — почти полного излечения патологического процесса. Во всяком случае именно таким путем скорее всего удастся, не прибегая к инсулину, установить для больного сравнительно мало ограниченную диету, которую он может проводить самостоятельно, без особых затруднений и лишений. Таким образом декомпенсация, которой в большинстве случаев невозможно избежать, может быть значительно

корни в прошлом. Так обстоит дело с профилактикой индивидуальной, стремящейся к укреплению отдельного субъекта. Она будет жить в условиях нашего времени, когда общая норма сплошь и рядом может оказаться негодной для отдельной личности, когда моменты конституциональные не могут быть не учитываемы, когда еще так сильны принципы в медицине, по которым борьба с целыми эпидемиями ведется исключительно путем ограждения от болезни каждого отдельного субъекта (оспа). Чрезвычайные противоречия между целями общей профилактики и профилактики индивидуальной оказываются примиренными жизнью, — где находят право на существование обе эти науки.

К одной из целесообразных мер, которыми владеет в настоящее время хирургическая индивидуальная профилактика, нам хотелось бы отнести раннюю операцию при некоторых хирургических заболеваниях, как меру предупреждающую подчас ряд тяжелых и даже смертельных осложнений. Говоря об ней, мы имеем в виду дважды подчеркнуть нужду в элементарном санитарном просвещении среди населения, а в добавление к выше приведенной цитате, что „современные устремления и достижения в области профилактической медицины по своей огромности далеко ушли вперед“, мы вынуждены, опираясь на цифровые данные, сказать, что на некоторых из фронтов таковые достижения в упомянутой области измеряются величинами близкими к нулю, и здесь заготовлено для нас работы еще мало початый угол. Гнойный аппендицит, прободная язва желудка, ущемленная грыжа позднего поступления, рак нижней губы с громадными метастазами и распадом, — вот та группа осложненных заболеваний, в снижении ⁰/₁₀₀ смертности при которых мы отстаем от других стран в силу своеобразных условий нашего быта, — проще сказать, по нашей темноте.

Сталкиваясь с этим заболеваниями во время работы с группами студентов, неизбежно слышишь от последних один и тот же вопрос: „А почему больному своевременно не была произведена операция?“ В ответе больных на этот вопрос очень часто слышишь неутешительные слова: оказывается, они запоздали на операцию настолько по своей вине, сколько потому, что никто им и не советовал обращаться немедленно к хирургической помощи. Замечательно, что из распроса подобных больных часто узнаешь и еще более волнующие тебя сведения: оказывается, что за медицинскую помощь больной обращался своевременно, чуть не в первые же часы заболевания, причем ему была оказана та или иная медицинская помощь, и диагноз сплошь и рядом был поставлен довольно определенно и правильно, — не хватало лишь одного, самого нужного для больного — совета немедленно оперироваться. И вот, создается впечатление, что здесь во многих случаях дело прежде всего не в том, что у нас слабо развита медицинская помощь, не в том, что у лиц, которым приходится давать первые советы больному, нет достаточного умения своевременно и правильно диагностировать упомянутые заболевания, хорошо известные своей, чаще несложной, симптоматологией не только каждому врачу-неспециалисту, но и начинающему врачу (в этом убеждаешься при работе хотя бы со стажировавшимися). В самом деле, разве не становится теперь почти былью легенда о том, что чуть ли не 8-летняя американка поставила себе безошибочно диагноз аппендицита, требуя экстренной операции? Наклонные к ущемлению грыжи также никого не затруднят

сделать предсказание о всегда возможном тяжелом осложнении. Да и не заживающая язвочка на нижней губе у всякого простого смертного вызывает волнующие его ассоциации о раке, и следует только довести эти волнения до известной степени, чтобы больной рано попал к хирургу. Не является причиной промедления и не всегда налаженный у нас транспорт, или недостаток пунктов скорой хирургической помощи. Ведь получаем же мы до сих пор аппендикулярные гнойники из города, чуть-ли не с задворков клиники, где уже не один год сосредоточена организованная подача хирургической помощи в неотложных случаях, и отлично налажен транспорт. Беда, очевидно, в том, что громадное профилактическое значение ранней операции во всех таких случаях недостаточно ясно не только для широких кругов населения, но и для немалой группы лиц с медицинским образованием *). Хотелось-бы после этого довести до сознания каждого, не говоря уже о медицинском персонале, смысл цифровых данных тех таблиц, из которых ясно, что ранняя операция при остром аппендиците теперь, пожалуй, в любом хирургическом отделении дает 0% смертности. Надо помнить, что отросток уже во второй половине первых суток от начала заболевания может оказаться переполненным гноем и накануне перфорации. В то же время каждому следует знать, что кто-то из тех больных, которые не спешат к хирургу в первые часы при остром приступе аппендицита, — кто-то из них должен попасть в тот десяток на сотню, которым нередко выражается смертность при аппендиците лиц, оперирующихся на 3-е или 4-е сутки от начала заболевания. А 20% смертности для поступающих с разлитым перитонитом на почве воспаления отростка, — разве это малая угроза для нерешительных? Мы приводим ниже таблицу, взятую нами из ранее опубликованной нашей же работы **), в которой цифры выражают зависимость исхода аппендэктомии от срока операции.

ТАБЛИЦА I.

Число опер. при остром аппендиците	В конце 1-х суток	% смерт.	В конце 2-х суток	% смерт.	В конце 3-х суток	% смерт.	Общая смерт. при остром аппендиците	
61	17	0%	27	0%	19	21,5%	6,5%	Все 4 смерти на 61 сл. падают на достав. позже 3 суток

В указанной работе мы подводим итоги клинического материала по вопросу об остром аппендиците за 2½ года (1920—23); теперь мы имеем возможность осветить тот же вопрос новыми наблюдениями еще за 2½ года, причем последний материал выражается такими цифрами:

*) Мы имеем в виду участки, обслуживаемые лицами с средним медицинским образованием.

**) Назаров. Операция при остром аппендиците. Новый Хир. Архив. 1923, № 10.

ТАБЛИЦА II.

Число оперир. при остром аппендиците	В конце 1-х суток	% смерт.	В конце 2-х суток	% смерт.	В конце 3-х суток и позже	% смерт.	Общая смерт. при остр. аппенд.
129	62	0%	33	0%	34	23,5%	6,2%

Здесь обращает на себя внимание увеличение числа заболеваний воспалением отростка за последние 2¹/₂ года по сравнению с первыми, в чем найдет себе подтверждение теория, связывающая этиологический момент аппендицита с переменой пищевого режима у населения „от грубой и обильной пищи голодных лет в сторону пищи малообъемистой“.

Как видно из таблицы II, за последние 2¹/₂ года мы имели 34 случая с поздним поступлением на операцию при остром аппендиците и 8 смертей там, где возможно было путем ранней операции спасти жизнь больных. К этому следует добавить, что выжившие из числа этих 34 больных, поступивших с присутствием гноя в свободной брюшной полости или на месте отростка, провели немало тяжелых дней в больнице, потеряв при этом определенный процент трудоспособности, а 4 из них повторно поступали в клинику на операцию или по поводу вспыхнувшей инфекции на месте гнойника, или по поводу грыжи на месте заживавшей вторичным натяжением раны. Таблица III подводит итог, в вышеуказанном смысле, материалу клиники за 5 лет (1920—25).

ТАБЛИЦА III.

Число опер. сл. аппенд.	В конце 1-х суток	% смерт.	В конце 2-х суток	% смерт.	В конце 3-х и позже	% смерт.	Общая смерт. при остром аппенд.
190	79	0%	60	0%	53	22,5	6,3%

О зависимости числа проведенных больными в клинике дней от срока их поступления на операцию говорит, далее, таблица IV.

ТАБЛИЦА IV.

1—2-е сутки	3-и и позже	1—2-е сутки	3-и сут. и позже
Число проведен. после операц. в клинике дней в среднем	Число проведен. после операц. в клинике дней в среднем	Наименьшее число проведен. в клинике дней.	Наибольшее число дней, про- вед. в клинике
9	16	7	65

Нам кажется, что приведенными цифрами достаточно оттенено преимущество ранней операции при остром аппендиците. Пока только ранняя операция является в наших руках надежной профилактической мерой против возможных при этом тяжелых осложнений. Добавим здесь же, что у лиц, имевших в прошлом 3—5 приступов воспаления отростка и вынужденных все же в холодном периоде поступить на операцию,—у таких лиц в иных случаях простая аппендэктомия превращается в операцию технически сложную, отросток иногда лишь с большим трудом удается выделить, а в известном % случаев этого сделать оказывается совершенно невозможно, и оперативное вмешательство по существу здесь уже теряет свой смысл, безразлично отражаясь на больном. На все операции по поводу хронического аппендицита с 3—5 приступами в прошлом,—а таковых мы насчитываем за последнее пятилетие 178,—мы имели 3 случ., когда отросток не был при операции удален, ибо он не был найден в силу воспалительных изменений во всей правой подвздошной области. Можно сказать, что некоторым из такого рода пациентов, допускающих у себя повторно приступы аппендицита, хирург имеет право сделать одновременно два упрека: один в том, что больной искушал судьбу, рискуя перфорацией отростка во время каждого из приступов, другой в том, что он искушает терпение самого хирурга, оперируясь после того, как на месте отростка крайне усложнилась картина взаимоотношений органов и тканей, что нарушает гладкий ход работы при операции. Следует учесть и то обстоятельство, что больные, допускающие у себя повторность приступов, тем самым повторно выбивают себя из обычного круга занятий. Таблица V дает некоторое представление о течении и некоторых осложнениях в случаях хронического аппендицита, оперированных в клинике за 5 лет (1920—25).

ТАБЛИЦА V.

Число опер. в холодн. стадии аппендицита	Число случаев, где отросток не был удален	Среднее число приступов до операции	Наибольшее число приступов	Считает себя больным	Продолжит приступа	Число смерт.	Процент смерт. при операт. по пов. хрон. аппендиц.
178	3	4	Около 50	От 1/2 г. до 5 лет	От нес. час. до 2 недель	1	0,5%

Всего за 5 лет было в клинике, т. о., 368 операций по поводу аппендицита, и на это количество приходится 13 смертных случаев, что дает общую смертность в 3,5%. Этот процент смертности должен быть снижен путем широкого доверия к ранней операции.

Еще менее утешительного можно сказать о больных с прободной язвой желудка, когда они поступают в клинику на 2-е, 3-е и даже 4-е сутки от начала заболевания. Что можно сделать здесь, когда немолимые цифры хирургов всех стран говорят с большою убедительностью, что обещать жизнь таким больным мы не можем, каковы-бы ни были

при этом приложены методы оперирования, и в каких-бы отличных руках не находился нож? Такие больные должны поступать в первые же 6 часов от начала катастрофы (или, по крайней мере, не позже 12 часов), и тогда у них есть основание попасть в те 85% выздоравливающих после этой операции, которыми располагают многие авторы. Таблица VI содержит цифровые соотношения между временем поступления на операцию и смертностью при прободной язве желудка. Здесь мы пользуемся цифровыми данными из нашей же работы. „О прободной язве желудка в экстренной хирургии“ *), причем соотношение цифр нашего материала не стоит в противоречии с таковым же других авторов.

ТАБЛИЦА VI.

Всего прободных язв за 5 лет (1920—25)	Поступили в первые 6 часов	% смерт. поступивших в первые 6 часов	Поступившие позже 24 ч. (1 поступ. позже 10 ч.)	% смерт. поступивших позже 24 ч.	Общая смертност. при прободной язве	% поступ. вовремя при прободной язве желудка
12	1	0%	11	90,9%	83,3%	16,6%

Из 12 больных нашего материала лишь двое попало вовремя на операцию: один из них ушел здоровым и трудоспособным, другой, поступивший после 10 часов, погиб позже и по иным причинам, перенес операцию по поводу прободной язвы. Из остальных десяти семеро были жителями города; до момента перфорации они были трудоспособными людьми, несчастье постигло их за обычной работой, и они, быть может, были-бы спасены, если-бы им с отчетливостью были указано, как дорого может обойтись каждый час, каждая минута промедления с операцией. Здесь обращает на себя внимание наш низкий % поступающих вовремя на операцию, — он до сих пор не более 16,6% в то время, как заграничные хирурги (Гамбург) получают чуть не все 100% прободных язв в первые 6 часов от начала заболевания, в силу чего смертность у них снижена до единиц. Здесь ранняя операция несет с собою много надежд на выздоровление, без нее же выздоровление может быть лишь случайным. При этом мы склонены разделять убеждения тех хирургов, которые с цифрами в руках (H o t z) доказывают независимость процента смертности при прободной язве желудка от способа оперирования, выдвигая залогом успеха при операции на первый план краткость срока, протекшего с момента перфорации до операции. По этому поводу в указанной выше своей работе мы делаем следующее замечание: „Двенадцать часов — вот срок, стоящий на границе хороших и дурных исходов операции. При настоящих достижениях мы еще так слабы в борьбе с инфекцией в свободной брюшной полости при позднем поступлении больного, что легче нам вести атаку против опасности с другого фронта, — стараясь заполучить в хирургическое отделение прободную язву возможно раньше“.

*) Назаров Доклад на Съезде Хирургов Северо-Кавказ. Край. Ростов Н/Д. 1925.

Сочувствуя убеждению — „оперировать больных вне перфорации, а лишь в стадии резкого обострения всех язвенных симптомов“, хотелось-бы тем более поддержать стремление „оповестить надлежащим образом деревню о том, что учащение и обострение язвенных приступов есть один из наиболее верных предвестников грядущей перфорации“, и потому это есть тот наимыгоднейший для больного момент, когда он должен стучаться в двери хирурга, если не за операцией, то за столь необходимой в это время для него проверкой здоровья.

Переходя к ущемленным грыжам, мы будем пользоваться цифрами нашей клиники за последние 5 лет, зятыми нами из неопубликованной пока работы ординатора клиники д-ра С. П. Ш и л о в ц е в а. За указанный срок в клинике прооперировано по поводу ущемления грыжи 106 больных, причем в 27 случаях оказалась необходимой резекция омертвевшей части кишечных петель, на что мы и хотели-бы обратить здесь особенное внимание. Избегая своевременно ранней операции по поводу грыжи, подвергли себя опасности довести грыжу до состояния ущемления, как мы видели, 106 человек; из них семеро погибло, не перенеся операции резекции кишек, и таким образом жестоко поплатившись за свою нерешительность и промедление, вытекавшие из непонимания сущности имевшегося у них заболевания. Соотношение тех же цифр клинического материала позволяет сделать и такие практические выводы: поступившие в первые 12 часов по ущемлению дают 8,8% смертности при операции, поступившие позже 24 ч. — поднимают процент смертности до 31,5% и наконец поступившие на 4—5 сутки умирают в 100% случаев. Здесь так же как и при аппендиците, очевиден параллелизм между % смертности и сроком поступления на операцию: чем скорее операция, тем ниже смертность (6,3 при остром аппендиците и 6,6 при ущемленных грыжах). Здесь замечу кетати, что работы некоторых авторов (А л и ц о в) показывают, как снижается % запущенных ущемленных грыж в России, и как увеличивается количество ранних операций по этому поводу, — явление чрезвычайно отрадное.

К сказанному следует добавить, что экстренная операция по поводу ущемленной грыжи не всегда может оказаться радикальной в смысле возможности тщательно закрыть грыжевые ворота, т. е. рецидивы и нужда в повторных операциях здесь более вероятны. Наша таблица VII, дополняя общую картину, показывает, почему следует при этом заболевании работать за профилактическую раннюю операцию, хотя-бы само по себе заболевание с не причиняло пациенту страданий.

Т А Б Л И Ц А VII.

Общее количеств. грыж. за 5 лет	Оперировано по поводу свобод. грыж	% смертн. при свобод. грыжах	Оперировано по поводу ущемлен. грыж	% ущемления	Число ущемлен. грыж с гангрен- ной кишек	% резекц. кишек при ущемлен. грыжах	Число смертей при ущемлен. грыжах	% смерт. при ущемлен. грыжах	% смерт. вообще при грыжах
417	311	0%	106	25,5%	27	22,2	7	6,6%	1,6%

Таким образом смертность при ущемленных грыжах за последние 25 лет пала с 42 до 6,6⁶/₁₀. Не является ли это одним из показателей того, что мы в 7 раз стали сознательнее и осторожнее относиться к этому заболеванию, но что нам еще предстоит в 7 раз повысить свою просвещенность, чтобы догнать в этом отношении западных соседей, давно научившихся предупреждать смерть в таких случаях ранней операцией?

Наконец, упомяну, что крайне тяжелую картину, одну и ту же повторно в течение года, нам приходится видеть в часы амбулаторного приема при 2-ой Сов. Больнице. Она с замечательным однообразием сводится к следующему: входит больной (крестьянин), у которого все лицо, кроме глаз и носа, завязано грязными тряпками; тряпки конфузливо отвертываются больным, и перед глазами ужасный распад раковой опухоли, которая не так давно началась невинной язвой на нижней губе, а теперь дала такую страшную метаморфозу. Но безотраднее всего здесь то, что слышишь из рассказов больного. Оказывается, лечиться он начал вовремя, лечили ему язвочку на нижней губе прижиганиями и смазываниями и до последнего времени не настаивали на необходимости оперирования. Обследование случая убеждает в бессмысленности какой-бы то ни было операции.—метастатические поражения безгранично обширны. Конечно, там, где нередко и ножа-то мало, прижигания и тем более смазывания не могут быть отнесены к мерам достаточным, однако такие меры и подобные им еще широко возможны и „жизненны“ в нашем быту,—так далека еще от сознания многих уверенность в целесообразности в этом случае ранней операции, профилактически избавляющей больного от тяжелых, непоправимых осложнений. За 5 лет через амбулаторию прошло никак не менее десятка таких несчастных, не получивших никакой существенной помощи, обреченных на преждевременную смерть за невежественное отношение к своему заболеванию. За это же время через клинику прошло, подвергшись ранней операции при раке нижней губы, до 85 больных, из которых каждому неизменно удалялись при операции все лимфатические железы шеи (и обе подчелюстные). Больные, проводя в среднем в клинике до 2 недель, возвращались к своей обычной работе здоровыми. Правда, у некоторых из этих больных приходилось впоследствии прибегать к повторным операциям по поводу рецидива, в смысле нового роста лимфатических желез подчелюстной области, но это было лишь в редких случаях (не более 4), у тех больных, которые поступили с уже сравнительно обширными поражениями, где радикализм при операции оказывался делом чрезвычайно трудным. Выводы о необходимости прибегать к ранней операции в случаях рака нижней губы совершенно очевидны: однако мы берем на себя смелость еще раз напомнить об этом, к чему нас побуждают, с одной стороны, повторяющийся факт скрытого под грязными тряпками безобразия, с другой—постоянные вопросы студентов: „А почему здесь операция не была произведена своевременно“?

В начале своего сообщения мы подчеркнули, что переживаемое сейчас есть время благоприятных возможностей для развития медицины предупредительной, для осуществления идеалов общей профилактики и социальной гигиены. Вместе с тем приведенные клинические наблюдения из области тяжелых осложнений в ряде общеизвестных и распространен-

ных хирургических заболеваний убедительно говорят за то, что еще до сих пор не только предупреждать заболевания, но и своевременно использовать достижения лечебной медицины мы часто не умеем даже там, где речь идет о жизни и смерти. На наших глазах больные погибают не потому, что лечебная медицина бессильна, а потому, что больные не в силах пользоваться ее достижениями, не сознавая тяжести своего положения. Социальная патология хирургических заболеваний должна будет показать обществу, как ему следует перестроить свою жизнь, чтобы предупредить те или иные болезни; но это больше относится к будущему, теперь же необходимо приложить старания практическому медперсоналу, чтобы острые аппендициты, прободные язвы желудка и ущемленные грыжи поступали к хирургу не на 3-е и 4-е сутки, как теперь, а много раньше. Лечебная медицина еще здесь сильна, и этим надо пользоваться. В судьбе опоздавших на операцию немалую роль до сих пор играет подчеркнутое недавно в литературе такое обстоятельство ¹⁾: „Изучая сводки амбулаторной деятельности наших сельских медицинских участков, мы видим, что в общем количестве амбулаторных приемов значительные цифры осмотров приходится на долю фельдшеров, что указывает на то, что фельдшеризм у нас занимает еще в лечебной деятельности значительное место и понижает качество лечебной помощи нашему селянству.“ Нам кажется, что это обстоятельство и делает возможным существование терапии „смазывания“ раковой опухоли на губе, о чем нам рассказывают больные. Лишь в просвещении заложены возможности к оздоровлению,—к этому неизбежно приходишь, говоря о ранней операции, как профилактической мере. На связь успехов медицины с общим просвещением масс указал еще великий Пирогов в таких словах: „Только идя рука об руку вообще с просвещением, медицина может содействовать уменьшению распространения болезней и этим косвенным путем, а не лечением, может содействовать и уменьшению смертности масс“. Поэтому и в наших выводах мы на первом месте поставим следующий и только один: понизить % смертности и предупредить тяжелые осложнения при таких распространенных заболеваниях, какими являются аппендицит, язва желудка, грыжа и рак нижней губы, вернее всего можно путем просвещения населения вообще и в частности—просвещения санитарного. Необходима широкая осведомленность населения о том, что ранняя операция при этих заболеваниях пока—одно из самых надежных средств, какими располагает лечебная медицина. Конечно, одновременно с просвещением необходимо и фактическое увеличение сети пунктов рациональной медицинской помощи, ибо „прогресс медицины в данной стране, в данный период времени, определяется не только научным ее прогрессом,—говорит проф. В. П. Разумовский,—но также процентным отношением больных, получающих рациональную медицинскую помощь, к общей сумме больных, нуждающихся в ней“ ²⁾.

¹⁾ Ефимов. О подготовке высшего и среднего медперсонала. Проф. Мед., 1925, № 9—10.

²⁾ В. П. Разумовский. Медицина и хирургия в XIX ст. 1902.

Dr. N. N. Nasaroff (Saratoff). Die Frühoperation, als prophylaktisches Mittel gegen schwere Komplikationen bei manchen chirurgischen Krankheiten.

Mittels einer Reihe von beredten Zahlen, die sich auf in der Propädeutischen Chirurgischen Klinik der Universität zu Saratoff (Prof. W. J. Rasumowsky) operativ behandelte Fälle von Appendicitis, eingeklemmter Brüche, perforativem Ulcus ventriculi und Karzinoma der Unterlippe beleuchtet der Verfasser die bekannte Bedeutung der möglich frühen Operation dieser Fälle.

К вопросу об эпидуральном крестцовом обезболивании новокаином при хирургических операциях *).

С. А. Драверта (Вятка).

Вопрос об обезболивании при хирургических операциях является вопросом уже старым, всесторонне разработанным как с клинической, так и с фармакологической стороны, но в то же время и вечно новым, как видно из того факта, что появляются все новые методы его производства и новые анестетические средства. Этот факт ясно свидетельствует, что идеальный метод обезбоживания еще не найден, не изобретено и идеальное обезбоживающее средство. Впрочем надо заметить, что универсального способа и средства для обезбоживания при операциях и представить себе нельзя—в виду большого разнообразия областей человеческого тела, куда вторгается с ножом современный хирург, и вытекающего отсюда разнообразия требований, которым должны удовлетворять методы и средства обезбоживания, а также в виду индивидуального разнообразия свойств больных и самих операторов. Можно указать, что те методы и средства, которые необходимы и достаточны в глазной хирургии, совершенно непригодны в брюшной, и обратно, а способы, применимые у спокойных и благодушных пациентов в руках уравновешенного, выдержанного оператора, совершенно не годятся для возбужденных, не владеющих собой больных и нервного оператора. Из всех существующих методов обезбоживания до сих пор наиболее универсальным является ингаляционный общий наркоз, как применимый, с теми или другими модификациями, во всех областях тела и дающий максимум спокойствия больному и оператору. Но на пути этой универсальности стоит несомненная токсичность применяемых при ингаляционном наркозе средств, исключающая его применение у целого ряда лиц. Тут и лежит причина, побуждающая искать все новых методов и средств обезбоживания. К числу таких методов принадлежит метод введения анестезирующего вещества в крестцовый канал эпидурально, через *hiatus sacralis*.

Крестцовый канал, как известно, представляет собой прямое продолжение канала позвоночника: он выполнен богатой жиром соединительной тканью, в которую погружен конец твердой оболочки спинного мозга в виде замкнутого мешка с развитой сетью эпидуральных вен и с проходящими сквозь него *filum terminale* спинного мозга и корешками *caudae equinae*, образующими п.п. *lumbales*, *sacrales* et *coccygei*. Спинной мозг доходит лишь до уровня I или II поясничного позвонка, замкнутый же мешок твердой мозговой оболочки входит в канал крестца, но кончается на расстоянии около 7 сант. от его нижнего конца. В своей нижней части крестцовый канал имеет в передне-заднем направлении 8—10 мм.

*) Доклад в Вятском Медицинском Обществе 6/V 1925 г.

в ширину, а в поперечном направлении 15—18 мм. Нижнее отверстие его, *hiatis sacralis*, представляет собой приблизительно треугольное отверстие, затянутое плотной фиброзной пластинкой и ограниченное тремя костными выступами; один из них, средний верхний, представляет собой конец *cristae sacralis mediae*, а два других, нижние боковые, — *cornua sacralia*. Это место расположено в пределах седьмого сантиметра от конца копчика, легко прощупывающегося между ягодицами.

Как путь введения лекарственных веществ, крестцовый канал был указан одновременно, но независимо друг от друга Cathelin'ом и Sicard'ом четверть века тому назад. Сначала крестцовые впрыскивания применялись в качестве болеутоляющего способа лишь при болезнях прямой кишки, нижних конечностей, мочевого пузыря и т. п. Между тем, как то указал Cathelin, всасывание из крестцового канала происходит в 10 раз сильнее, чем из подкожной клетчатки, почему он может быть прекрасным путем для введения лекарств, предназначенных и для общего действия. Однако, как метод хирургической анестезии, крестцовые впрыскивания начали применяться лишь позднее и не получили того широкого распространения, какого они, по моему мнению, заслуживают. В распространенных учебниках об них имеются лишь краткие и довольно неопределенные упоминания, напр. в учебнике оперативной хирургии Косхега и в учебнике оперативной гинекологии Томсона. Больше всего сведений о крестцовом проколе я нашел в малой хирургии Tuffier и Desfosses'a, каковыми здесь и пользуюсь по преимуществу; между прочим там есть замечание, что у человека будто-бы не удается достичь с помощью этого способа оперативной анестезии, у собаки же она достижима. В доступных мне журналах тоже не попадалось соответствующих сведений. Лишь в одном из них, — не помню в каком, — я нашел заметку о применении крестцового обезболивания новокаином в гинекологической клинике Kehrer'a в Дрездене, причем полная оперативная анестезия на 140 случаев была достигнута у 115 чел. (в 82.1%), неполная — у 14 (10%), у остальных же 11 (8%) анестезии не удалось из-за погрешностей в технике. Это было еще до войны. Я заинтересовался этими данными, отметил их для себя, но потом забыл об них и не пробовал применять данного метода до осени минувшего года, когда, разыскав свою запись, решил испытать этот способ.

Здесь я и хочу дать отчет о полугодовом применении этой анестезии в заведомых мною гинекологическом отделении Вятской Губбольницы и в хирургическом отделении Лечебницы Карла Маркса за время с 22/X 1924 г. по 1/V 1925 г. Мне известно, что за этот же период времени крестцовая анестезия новокаином была несколько раз с хорошими результатами применена в Вятской Уездной больнице — д-рами С. А. Поповой и В. А. Дьяконовым и в Тюремной больнице — д-ром З. С. Батуриной. Но в настоящий отчет эти случаи не вошли, — здесь я привожу только те случаи, где анестезия была проделана лично мною, и где я сам следил за дальнейшим течением случаев; самое же оперативное вмешательство не во всех приводимых случаях выполнено мною, — кроме меня оперировали еще д-р С. А. Попова и З. С. Батурина.

За отчетное время в гинекологическом отделении Губбольницы было оперировано 160 больных, которым было оказано 195 отдельных оперативных пособий; за то же время в хирургическом отделении Лечебницы

имени Карла Маркса было оперировано 53 больных, перенесших 60 операций. Таким образом в общей сложности мы имеем 213 больных с 255 операциями. Все эти случаи по отношению к обезболиванию распределяются следующим образом:

	Губбольница		Лечебница К. Маркса	
	Больн.	Опер.	Больн.	Опер.
Общий ингаляц. нарк.	85	104	18	22
Крестцовая анестезия	48	64	27	30
Местн. анест.	3	3	25	35
Без анестез.	24	24	3	3
Итого	160	195	53	60

Итак под крестцовой анестезией было оперировано всего 75 человек, перенесших 94 операции.

Губбольница Лечебница имени Карла Маркса.

Чревосечения с продольным разрезом—20 случаев:

Удаление саркомы яичника	2	—
Удаление фибромы яичника	1	—
Удаление фибромы широкой связки	1	—
Удаление кисты яичника	—	1
Удаление миомы матки	—	1
Консервативная миомотомия	1	—
Удаление придатков матки	1	—
Вентрофиксация матки по Gilliam'y	1	—
Гастропексия	1	—
Резекция привратника	—	1
Гепатопексия	1	—
Удаление червеобразного отростка	—	5
Чревосечение по поводу твс.	3	—
Итого	12	8

Чревосечения с поперечным разрезом Pfannenstiela—22 случая:

Удаление миомы матки	6	—
« кисты яичника	1	—
Вентрофиксация матки по Gilliam'y	6	1
Операция выпадения половых органов по автору	5	—
Вентрофиксация матки по Leopold-Czege'y	1	—
Удаление придатков	1	—
Образование влагалища по Baldwin'y	1	—
Итого	21	1

Операции на брюшной стенке—16 случаев:

Укорочение круглых связок по Alexander-Adam's'y	6	2
Операция надчревной грыжи	—	1
Операция пупочной грыжи	1	—
Операция бедренной грыжи	1	—
Операция паховой грыжи	—	5
Итого	8	8

Влагалищные операции—10 случаев:

Удаление матки при миоме	3	—
« матки при раке шейки	1	—
« матки при саркоме влаг. части	1	—
Ампутация шейки матки	1	—
Рассечение матки по Defontaine'y	1	—
Зашивание разрыва матки по Emmet'y	1	—
Итого	9	1

Пластические операции—15 случаев:

Передняя кольпорафия	2	—
Восстановление промежности	12	1
Итого	14	1

Операции на заднем проходе—9 случаев:

Операции при геморрое	—	7
Удаление аденомы	—	1
Операция выпадения прямой кишки по Tiersch'y	—	1

Прочие операции—2 случая:

Перевязка вен при варикоцеле	—	1
Перевязка y. saphenae	—	1
Всего	64	30

Следует отметить, что из 20 брюшных операций с продольным разрезом 8 раз разрез был проведен значительно выше пупка, при поперечном же разрезе по Pfannenstiely в одном случае, в виду больших размеров удаляемой миомы, были перерезаны поперек обе прямые мышцы,

Теперь перейдем к технике крестцового прокола и методике его применения для анестезии при операциях. Мы пользовались обыкновенным шприцом системы Record в 5 или 20 куб. с. и Bier'овской иглой для поясничного прокола, хотя она и несколько длинна для нашей цели; инструменты кипятились просто в воде, так как новокаин не выносит щелочи. Раствор новокаина кипятился короткое время в предварительно стерилизованной колбе, а затем после остывания к нему прибавлялся 0,1% раствор солянокислого адреналина в количестве 1 капли на каждые 10 куб. с. раствора новокаина. Следуя указаниям Kehrer'a, я впрыскивал первые 20 куб. с. раствора в положении больного на левом боку с сильно согнутыми тазобедренными и коленными суставами (по Sicard'y), а остальное количество—в коленнолоктевом положении (по Cathelin'y); после окончания впрыскивания больному придавали (не во всех случаях) легкое Trendelenburg'овское положение (по Chirault). В тех случаях, когда я считал для больного противопоказанными лишние движения, напр., при остром аппендиците, или не нуждался в особенно высоком распространении анестезии, напр., при геморрое, паховой грыже и пр.,—я ограничивался тем, что вводил все количество раствора в положении на левом боку по Sicard'y, причем результат от этого был несколько не хуже.

Самое впрыскивание производилось следующим образом: после обычной очистки рук по принятому у нас способу и надевания стерильного

халата больной укладывался на левый бок, нижняя часть спины и ягодицы у него широко смазывались подной настойкой, затем определялось ощупыванием положение описанных выше опознавательных точек, и конец иглы приставлялся и слегка натянутой пальцами левой руки коже над hiatus sacralis точно по средней линии, перпендикулярно к закрывающей его фиброзной перепонке; после того энергичным надавливанием на иглу кожа и замыкающая перепонка быстро протыкались, причем получалось впечатление, как от протыкания барабана, и конец иглы оказывался в начале крестцового канала. Теперь, чтобы получить возможность продвинуть его дальше в канал, необходимо было поставить иглу по направлению этого последнего; для этого я наклонял павильон иглы по направлению к ногам приблизительно на 45° , и тогда игла входила в канал при легком продвижении, как сабля в ножны. Иглу я вводил в глубину 1—2 сант. (Sicard) или 3—5 сант. (Cathelin), затем извлекал из нее стилет, насаживал шприц и плавным нажиманием на поршень медленно впрыскивал обезболивающий раствор. Если игла введена правильно, то жидкость входит без всякого сопротивления так же легко, как в пустое пространство, что при хорошем инструменте очень ясно воспринимается рукой; если же жидкость идет по ложному пути в окружающую клетчатку, то сейчас же ощущается некоторое сопротивление, а под кожей может наблюдаться вздутие от впрыскиваемой жидкости, и может прощупаться игла. Для проверки положения иглы надо сделать несколько маленьких экскурсий концом ее; если при этом он двигается свободно и везде кругом встречает костную стенку, то, значит, игла введена правильно.

Такое простое вмешательство, как крестцовый прокол, казалось-бы, должно всегда легко удаваться. Однако это совсем так у Кенгега неудача из-за неправильной техники получилась в 11 случаях, т. е. в $8^{\circ}/_{10}$ всех впрыскиваний; неудачи были и у меня в 4 случаях, т. е. в $6^{\circ}/_{10}$, причем 3 из них встретились в первых двух десятках проколов, когда я еще не овладел достаточной техникой. Кроме того затруднения в технике прокола создаются иногда и анатомическими особенностями больного: во-первых, большое отложение жира в области вмешательства значительно затрудняет отыскивание опознавательных костных точек; во-вторых, сами эти точки не всегда одинаково хорошо выражены; имеет значение и варьирующая индивидуально ширина hiatus'a. По моим наблюдениям особенно благоприятно условия складываются у мужчин, у которых отложение жира в этой области обычно меньше, чем у женщин, а костные выступы развиты лучше, как все вообще точки прикрепления мышц и связок; ширина же hiatus'a, по моим впечатлениям, не зависит от пола.

Если, в виду неблагоприятных анатомических условий, не представляется возможным определить ощупыванием место прокола, то для его определения предложены следующие способы: Grosard указывает, что, если отмерить от конца копчика, который всегда легко прощупать, 7 сант. и на этом уровне сделать прокол, то всегда попадают в hiatus; но Cathelin'у соединяют на коже больного spina posterior superior и tuber ischii противоположной стороны прямыми линиями, и точка пересечения этих линий соответствует положению hiatus'a; наконец, Hirsch советует в трудных случаях обнажать разрезом область hiatus'a и делать прокол под руководством зрения. Мне до сих пор не приходилось пользоваться этими

вспомогательными средствами, но об них полезно помнить. Мне известно, что д-р Батурина в одном из своих случаев с успехом применила прием Hirsch'a, воспользовавшись для обезболивания места разреза маленьким количеством приготовленного для крестцового впрыскивания раствора. После попадания концом иглы в hiatus sacralis могут еще встретиться затруднения в продвижении иглы по каналу, зависящие от того, что, смотря по величине угла наклона иглы, конец ее наталкивается на переднюю или заднюю стенку крестцового канала; это препятствие легко устранить, слегка изменив соответствующим образом наклонение иглы. Нередко еще встречается внутри канала препятствие в виде выступающего внутрь его тела одного из крестцовых позвонков; его легко обойти, вытянув чуть-чуть назад иглу, сильнее наклонив ее и спокойно продвигая ее дальше. Надо еще упомянуть, что после извлечения из иглы стилета может показаться несколько капель крови из случайно пораненной эпидуральной вены или несколько капель спинномозговой жидкости—в случае ненормально-низкого проникания мешка твердой мозговой оболочки в канал крестца. Оба эти явления никакого значения не имеют; иглу просто несколько выдвигают назад, до прекращения истечения, и делают впрыскивание.

Важным является вопрос о дозировке обезболивающего вещества. Тут приходится балансировать между надеждой получить максимум эффекта с одной стороны и опасением интоксикации с другой. Установление дозы здесь, как и вообще везде, является делом необходимым, но в то же время и неразрешимым вполне точно, так как, помимо прочих условий, оно зависит от индивидуальных особенностей каждого больного. Относительно местной инфльтрационной анестезии новокаином Braun указывает, что он не наблюдал у человека токсических явлений даже при дозах 0,4—0,5; при этом применяются $\frac{1}{4}\%$ — $\frac{1}{2}\%$ растворы. При дальнейшем усовершенствовании местной анестезии,—т. наз. проводниковой анестезии по Oberst-Hackenbruch'u,—пользуются $\frac{1}{2}\%$ — 1% — 2% растворами. При этом способе рассчитывают получить анестезию путем диффузии в самые нервы более крепких растворов новокаина, введенных по соседству с крупными нервами центрально от места операции. Для т. наз. спинномозговой анестезии, которая по существу своему является иным, как проводниковой анестезией, осуществляемой центрально от твердой мозговой оболочки спинного мозга, указывают дозы от 0,1 до 0,18 новокаина (Кравков). Здесь меньшие дозы обуславливаются тем, что нервные корешки, выходящие из спинного мозга, не имеют влаглища и потому легко доступны действию обезболивающего средства, а также опасением действительно наблюдающихся явлений интоксикации из-за обильной диффузии анестезирующего вещества в спинномозговую жидкость и проникания его до центров продолговатого мозга—т. наз. „осложнения двадцатой минуты“. Иначе складывается дело при крестцовой эпидуральной анестезии: тут с одной стороны совершенно исключена возможность проникания новокаина до важных жизненных центров ввиду внеоболочечного его введения, а с другой стороны необходимо применение более крепких растворов, так как здесь нервные стволы защищены толстыми влаглищами; могущие же возникнуть при этом способе явления интоксикации объясняются исключительно общим действием средства через кровеносную систему. Поэтому Kehrger, напр., применял

1½% раствор новокаина в количестве до 70 куб. сант. у крепких лиц, т. е. до 1,0 чистого вещества. В среднем для длительных операций он вводил 60 куб. сант. 1½% раствора, т. е. 0,9 чистого новокаина, для более коротких меньше; анестезия при этом может доходить до VII шейного позвонка. Накануне вечером он давал больным веронал, а утром в день операции впрыскивал скополамин-морфий, но не обязательно. Анестезия наступала через 10—15 мин. и длилась 60—70 мин. Наступало и расслабление брюшной стенки. Послеоперационных осложнений не было. Я в своих случаях, желая получить более верный результат, уменьшив процент неполной анестезии, равный у Kehrer'a 10%, и в то же время мало опасаясь новокаина, с которым я работал и раньше, позволил себе превысить дозировку Kehrer'a, а именно, вводил 75 куб. с. 1½% раствора новокаина в физиологическом растворе соли, прибавив лишь для замедления всасывания адреналин, по следующей формуле:

Novocaini	1,125.
Natrii chlorati	0,5.
Aq. destillatae	75,0.
Sol. adrenalini hydrochlor. 0,1%	gtt. VIII.

Предварительно в некоторых случаях, где мы опасались излишней психической реакции, больным впрыскивалось 0,01 морфия. Вероятно, благодаря такой методике мне удалось ускорить возникновение анестезии, появившейся, почти как правило, через 8 минут после окончания впрыскивания, а затем понизить процент неполных анестезий до 2,6%. Всего я отметил у себя 5 случаев неполной анестезии, причем операция была закончена все же без других обезболивающих мер. Кроме того для окончания операции мне пришлось в 3 случаях прибегнуть к хлороформу. Таким образом мы получили 10,6% неудач. Но процент этот необходимо редуцировать: во-первых, отсюда необходимо исключить упомянутые выше 4 случая, где причиной недостаточности результата была погрешность в технике, зависевшая от недостатка у меня опыта; во-вторых, нужно исключить отсюда и те 3 случая, где к концу операции пришлось прибегнуть к хлороформу, когда законный для новокаина срок анестезии истек из-за промедления операции. Это были случаи резекции привратника по поводу рака, удаления миомы с разрезом Pfannenstiel и образования влагалища из тонкой кишки по Baldwin'y.

Обращаясь далее к рассмотрению вопроса о механизме действия эпидуральных крестцовых впрыскиваний, надо иметь в виду, что сам автор способа Cathelin утверждает, что его способ действует благодаря поступлению анестезирующего вещества в богатое венное сплетение между твердой мозговой оболочкой и стенкой позвоночного канала; но он приписывает ему и местное действие, так как видел успех при невралгии нижних конечностей, стреляющих болях у табиков, при недержании мочи и пр. Наши наблюдения тоже свидетельствуют в пользу такой двойственности в механизме действия эпидуральных впрыскиваний. В самом деле, с одной стороны мы наблюдали такие явления, которые, повидимому, можно объяснить лишь местным действием новокаина на нервы соответствующих областей; сюда относятся случающиеся иногда молниеносные боли в ногах в момент начала впрыскивания, наступающие иной

раз вслед за этим парестезии в ногах и особенно характерный зуд в подошвах, бывающий по наступлении полной анестезии; от этой же причины зависят расслабление брюшной стенки и иногда парез ног. С другой стороны приходилось наблюдать явления, говорящие за общее действие новокаина через кровь на центральную нервную систему; сюда надо причислить виденную мною несколько раз рвоту, бывавшую во время или вскоре после операции, причем объяснить ее, напр., рефлексом по данным места и рода вмешательства было нельзя; затем сюда же надо отнести побледнение лица, поскольку оно не зависело от психических переживаний, и наблюдавшееся нередко состояние как-бы некоторого оглушения. Этой же причиной, конечно, надо объяснить и то обстоятельство, что при последующем после эпидурального впрыскивания хлороформировании требуются минимальные дозы хлороформа. Наконец, пришлось наблюдать два случая, где, может быть, отчасти можно говорить о возбуждающем действии новокаина на центральную нервную систему. В обоих случаях дело касалось суб'ектов явно дегенеративного типа, оперированных по поводу паховых грыж. Один больной, 40 л., вообще очень боялся операций; когда ему был вприснут новокаин, он впал в состояние какого-то дикого ужаса, стал кричать что-то непонятное, метался так, что его пришлось держать, а затем захлороформировать; потом он обращался к терапевту по поводу нервных явлений и прямо указывал на психическую травму от операции. Другой же, 20-летний суб'ект, все время выражал недоверие к методу обезболивания, и когда, после впрыскивания, я хотел приступить к операции, стал вести себя чрезвычайно агрессивно и принудил меня прибегнуть к хлороформу. Была-ли описанная картина в приведенных случаях вызвана действием новокаина, или это была чисто-психическая реакция, судить не берусь; впрочем в последнем случае, мне кажется, было просто хулиганство.

В заключение приведу случай, где проявилось серьезное токсическое действие новокаина, прошедшее, правда, без дурных последствий.

Больная Б., 24 лет, рожала 3 раза; последние роды 5 мес. тому назад; во время беременности были отеки. Месяца 3 тому назад заметила у себя в животе присутствие опухоли. Последние 2 месяца менструировала. При исследовании определяется небольшая матка в положении ретроверсии-флексии, совершенно подвижная, и опухоль с 6-месячную беременность, плотной консистенции, неправильно бугристая и очень подвижная, исходящая, повидимому, из левого яичника. Общее состояние удовлетворительное. В моче много белка. 17/III под эпидуральной анестезией новокаином с адреналином через продольный разрез удалена опухоль правого яичника, сращенная несколько с салынком и пузырем, оказавшаяся саркомой, местами перерожденной. Операция технически и в смысле обезболивания протекала гладко. Через 2 часа после операции вдруг наступил упадок пульса, бледность, заострение черт лица при сохраненном сознании. Введено в вену 300,0 1% раствора *calcii chlorati*, бывшего под рукой в стерильном виде, и вприснута камфора; пульс несколько улучшился, но наступила рвота. Предположено внутреннее кровотечение, сделаны приготовления к вскрытию брюшной полости; но пробный прокол не показал крови, и состояние стало улучшаться, особенно после впрыскивания кофеина. Рвота затем повторилась несколько раз и ночью. Пульс был 140, но удовлетворительного наполнения, и вид больной был хороший. 18/III ночью была рвота, головной боли нет, пульс 140, ритмичный, хорошего наполнения; мочи много, белка в ней нет совсем, самочувствие и общий вид хорошие. 19/III пульс 132, хорошего качества, но есть тошнота, живот мягкий, язык влажный, самочувствие хорошее, слабило; в моче белка нет; ^т° нормальна. 20/III пульс 120, тошноты нет, в моче белка нет. 21/III пульс 112, белка нет. 22/III пульс 96, белка нет. 23/III пульс 112 (больная начала ходить), сняты швы. 31/III пульс 110; б-ая выписалась в хорошем состоянии.

Таким образом полученные мною данные стоят в противоречии с результатами Кеггера, который утверждает, что никаких осложнений при эпидуральной анестезии он не видел. Повидимому, причина этого кроется в более смелой дозировке новокаина в моих случаях. Во всяком случае вопрос о дозировке в этом деле чрезвычайно важен и требует особой разработки.

Несколько слов еще об одном осложнении, которое я наблюдал однажды. При производстве анестезии у одного крепкого 30-летнего субъекта оказалось низкое расположение мешка твердой мозговой оболочки в крестцовом канале, и при проколе потекла спинномозговая жидкость; игла была несколько вытянута, и сделано выпрыскивание; анестезия протекла гладко, но у больного несколько часов потом болела голова, как это бывает при поясничной анестезии. Что касается влияния эпидуральной крестцовой анестезии на послеоперационный период, то я, в согласии с Кеггером, никаких вредных последствий в этом смысле от нее не видел: тут нет последующего влияния на большие паренхиматозные органы, на органы кровообращения и дыхания, на нервную систему, повышений температуры; нет также повреждения и трофических нервов в области действия обезболивания,—все раны у нас заживали очень хорошо, давая первичное натяжение. В соответствии с этим послеоперационное состояние больных было всегда хорошее, они никогда не производили впечатления тяжело отравленных, как это бывает часто после ингаляционного наркоза, не теряли аппетита. Все это облегчало проведение давно практикуемого мною с успехом раннего вставания после операций, тем более, что эпидуральные выпрыскивания обладают длительным обезболивающим эффектом, на чем и основано их терапевтическое применение, как указано выше, при некоторых болезнях. С другой стороны понятно, что эпидуральная анестезия не может предупредить осложнений, напр., легочных, поскольку они вызываются самым оперативным вмешательством, как то бывает при некоторых чревосечениях; но ясно, что течение их обещает быть лучшим в этих случаях, чем после ингаляционного наркоза.

Общая картина крестцовой эпидуральной анестезии складывается таким образом. Больной, получивший выпрыскивание, укладывается на спину, операционная область широко смазывается подной настойкой и покрывается стерильным полотенцем. По истечении 8 минут после окончания выпрыскивания полотенце снимается, производится вторичное смазывание йодом, операционная область обкладывается стерильным бельем, которое пристегивается зажимами к коже; это и служит реакцией на наступление анестезии. Глаза больного, конечно, должны быть предварительно закрыты полотенцем, о чем многие просят и сами. Надо иметь в виду постепенность действия новокаина на разные элементы нервной системы: прежде всего получают парестезии, а затем паралич болевой чувствительности; чувство осязания, рефлексy и двигательная способность еще сохраняются и понижаются позднее и при больших дозах. Поэтому-то боязливые больные принимают сохранившееся чувство прикосновения за боль и реагируют иногда соответствующим образом. В таких случаях улучшает дело предварительное общее успокоение нервной системы морфием. В дальнейшем больной лежит совершенно спокойно, не делая ни одного движения до конца операции, причем, хотя иные

на обращенный прямо вопрос о боли и отвечают утвердительно, но отсутствие естественных движений обличает ложность таких заявлений. —заявлений, источником которых является не действительное ощущение боли, а опасение ее появления, о чем говорят нередко и сами больные после операции.

В соответствии с этим многие больные лежат, слегка постанывая; но, если отвлечь их внимание, напр., разговорами об их домашних делах, они увлекаются разговором и забывают о том, что с ними происходит; многие с любопытством рассматривают добытый у них препарат в то время, как операция идет дальше своим чередом; одна больная сама попросила показать ей ее кишки и т. п. Вообще было немало больных, заявлявших о полной безболезненности пережитой операции. Интересно, что лица более пожилые лучше переносят этот способ обезболивания, что я замечал также и по отношению к местной инфльтрационной анестезии. Что особенно приятно при этой анестезии и что тоже говорит отчасти за ее полноту,—это прекрасное расслабление брюшной стенки и отсутствие выпирания кишек, так мешающих при сколько-нибудь недостаточном ингаляционном наркозе. Особенно показательны на мой взгляд результаты применения крестцового обезболивания при операции геморроя, каковых у меня было 7. Широкое растяжение заднего прохода, составляющее первый акт этой операции, чрезвычайно болезненно и подчас вызывает шок у захлороформированного больного; здесь же все проходит незаметно для больного.

Объединяя все изложенные выше данные, мы вправе прийти к заключению, что эпидуральное крестцовое обезболивание является ценным способом в обиходе практического хирурга и, в частности, гинеколога. Не предъявляя повышенных требований к организму больного и, в то же время, давая анестезию вполне достаточную по глубине и продолжительности для производства больших, сложных операций, оно расширяет круг лиц, могущих подвергаться без риска оперативному лечению. В этом его громадное преимущество перед ингаляционным наркозом. Этим громадным преимуществом искупается его недостаток, состоящий в том, что больной переживает свою операцию, которая, несмотря на полную анестезию, может в отдельных случаях оказаться для него психологически невыносимой; тут до некоторой степени делу может помочь применение веронала и морфия до анестезии, вкладывание в уши ваты и т. п. Другой недостаток способа, территориальная ограниченность анестезии, заходящей не дальше VII шейного позвонка, не так уже велик, а специально для гинеколога лишен всякого значения. Важнее третий недостаток, а именно, необходимость введения сразу всей дозы новокаина и невозможность поддержать начавшую проходить анестезию,—недостаток общий со всеми прочими способами, кроме ингаляционного и внутривенного наркоза. Впрочем, вероятно, было-бы возможно уменьшить этот недостаток, усложнив несколько инструментарий и приспособив его для длительного впрыскивания дробных доз. Желательно также применение, вместо новокаина, какого-либо вещества еще менее ядовитого и еще более сильно действующего,—вроде, напр., недавно предложенного тутокаина, который в 4 раза сильнее новокаина и в 8 раз менее ядовит.

Из всего изложенного, мне кажется, можно сделать следующие выводы:

1. Крестцовое эпидуральное обезболивание новокаином при хирургических операциях является методом анестезии, заслуживающим изучения и разработки.

2. Метод этот, в настоящее время еще несовершенный, уже достаточно созрел для более широкого применения в практике.

3. Он явно безопаснее поясничного субдурального обезболивания и удобнее местной инфильтрационной и областной проводниковой анестезии.

4. Необходимо точно установить показания и противопоказания для этого метода и дозировку вводимого при нем анестезирующего вещества.

5. В гинекологической практике он может заменить все виды обезболивания при всех операциях.

Приведенные выше положения выведены на основании моего опыта с применением эпидуральной крестцовой анестезии новокаином с адреналином за полугодие с ноября 1924 г. по май 1925 г. С тех пор я продолжаю пользоваться этим методом обезболивания и по настоящее время; более того,—я теперь считаю его в своей повседневной работе нормальным методом, а другие способы обезболивания применяю лишь в виде исключения по особым показаниям. За девять месяцев, протекших с I/V 1925 г. по I/II текущего 1926 г., в гинекологическом отделении Вятской Губернской больницы было мною оперировано 210 женщин, которым было произведено 264 операции; из них 45 женщин было оперировано без всякого обезболивания, 7 оперировано под местной инфильтрационной анестезией новокаином, 18—под общим ингаляционным наркозом и 140 женщин—под эпидуральной крестцовой анестезией новокаином. У этих 140 женщин произведено 187 различных оперативных пособий.

Таким образом процент применения крестцовой анестезии по отношению ко всем оперированным равняется у меня теперь 66,66%, если же из общего числа оперированных отнять 45 больных, оперированных без всякого обезболивания, то процент этот повысится до 84,84%. При этом за последние полгода я внес в технику обезболивания два усовершенствования, оказавшиеся очень целесообразными; во-первых, я отказался от коленно-локтевого положения при впрыскивании раствора новокаина, во-вторых, заменил предварительное впрыскивание морфия впрыскиванием 1—1½ куб. сант. 2% раствора пантопона; последнее дало значительное улучшение общего течения анестезии, и случаи рвоты стали редки. Дозировка новокаина осталась у меня прежняя. Из неприятных осложнений, наблюдавшихся мною за последние месяцы, я должен указать лишь на несколько случаев судорожных приступов клонического и тонического характера, доходивших иногда до опистотонуса и длившихся несколько секунд с потерей сознания; эти приступы наблюдались у женщины невротического склада и маленького роста и проходили немедленно без всяких последствий. Отсюда я заключаю, что происхождение их частью психогенное, истерическое, частью вызвано давлением массы впрыснутого раствора новокаина (75 куб. с.) на твердую мозговую оболочку при условии особой тесноты пространства в крестцовом канале у женщин маленького роста; сам же по себе новоканн никакого токсического действия тут не проявлял.

Итак, я теперь располагаю материалом в 281 операцию, произведенную у 215 человек разного пола и возраста (но исключительно

взрослых) под эпидуральной крестцовой анестезией новокаином без смертных случаев и с одним случаем тяжелого осложнения, подробно описанным выше. С усовершенствованием техники метода и моей личной техники его применения неудачи, бывшие у меня в первых двух десятках первой серии, исчезли, если не считать упомянутого выше сомнительного случая, и мне кажется, теперь я в праве подтвердить высказанные мною положения о пригодности эпидуральной анестезии в гинекологии еще более решительно, чем 9 месяцев тому назад.

D-r S. A. Drawert (Wjatka). Zur Frage der epiduralen sacralen Anaesthesia bei chirurgischen Operationen mittels Novocain.

Der Autor hatte dieses Verfahren der Anaesthesia in 281 Fällen verschiedener chirurgischer und gynaekologischer Operationen angewandt, wobei gewöhnlich 75 ccm. 1½% Lösung des Novocains eingeführt wurden. Seine Schlussfolgerungen sind: 1) Die sacrale epidurale Anaesthesia bei chirurgischen Operationen mittels Novocain ist ein Anaesthesierungsmethode, welche des weiteren Studiums und der Ausarbeitung wert ist. 2) Diese zur Zeit noch unvollkommene Methode ist trotzdem für die weitere Anwendung in der Praxis schon reif genug. 3) Sie ist offenbar gefahrloser als die subdurale Lumbalanaesthesia und bequemer als die lokale Infiltrationsanaesthesia und die Leitungsanaesthesia. 4) Es ist notwendig die Indicationen und Contraindicationen dieser Methode und die Dosierung des zum Einführen bestimmten Anaesthesierungsmittel genau festzustellen. 5) In der gynaekologischen Praxis kann diese Methode bei allen Operationen jede Art der Anaesthesia ersetzen.

Изменения лейкоцитарной формулы Schilling'a в зависимости от общего наркоза и местной анестезии¹⁾.

Д-ра Б. А. Живовой.

(С 3 диаграммами).

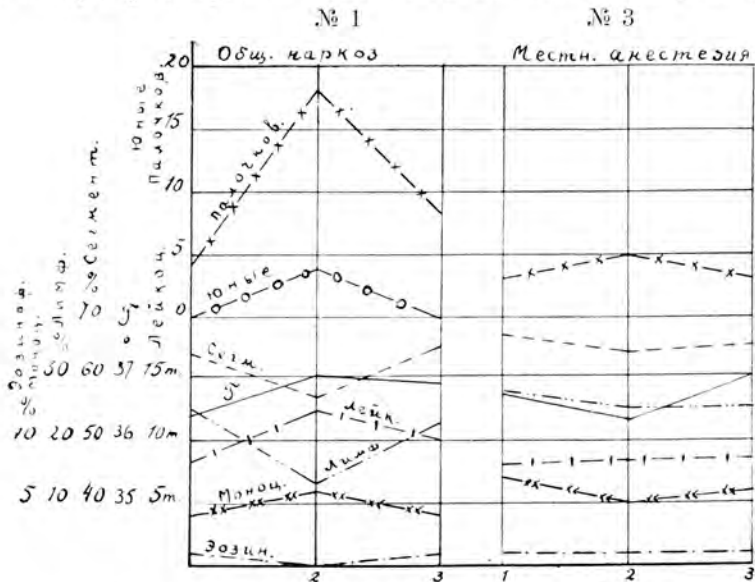
Целью настоящего сообщения является выяснение причин изменения лейкоцитарной формулы у больных, подвергшихся операции. Изучая материал, охватывающий сто с лишним случаев послеоперационного периода, мы подметили в лейкоцитарной формуле отклонения от нормы, носящие видимо не случайный, а более или менее постоянный характер. Сделав это наблюдение, мы стали проводить планомерное исследование крови, в оперативных случаях, до операции, сейчас же после операции и на третий день после нее, а в осложненных случаях—и в последующие дни.

Производя сравнительную оценку полученных гемограмм в I и во II периоде, т. е. до и сейчас же после операции, мы могли установить: 1) повышение числа нейтрофильных клеток с появлением иногда юных форм; 2) резкое падение общего числа лимфоцитов до 50% и более; 3) уменьшение, до полного исчезновения, числа эозинофильных клеток и 4) отсутствие какой-либо закономерности со стороны моноцитов. Общее число лейкоцитов в послеоперационном периоде повышается, но это повышение подвержено колебаниям и не дает возможности установить постоянную предельную цифру (все перечисленные моменты изображены нами графически).

Т. о. лейкоцитоз после операции увеличивается. Эозинофилы, являющиеся, по Schilling'у, самым тончайшим реагентом на всякую интоксикацию, непосредственно р. о. исчезают, появляясь на третий день, что, по Schilling'у, является благоприятным признаком. Лимфоциты уменьшаются в числе и приходят к норме через 3 дня. То же самое происходит с нейтрофилами. После операции появляются, далее, юные формы, что указывает на усиленную продукцию костного мозга вследствие его раздражения; увеличивается число палочковидных форм, причем и здесь все приходит к норме через 3 дня после вмешательства.

¹⁾ Доклад, читанный 16/I 1926 г. на внеочередном заседании Донского Акушерско-Гинекологич. Общества, устроенном по поводу 35-летнего юбилея профессора В. С. Груздева.

Прилагаемые диаграммы №№ 1 и 3 представляет средние всех наших случаев. Надобно заметить, что из нашего материала были умышленно исключены такие тяжелые больные, как больные с злокачественными новообразованиями, сильно обескровленные (внематочная беременность) и др., у которых с самого начала, еще до операции, кровь



представляла отклонения от нормы. Впрочем отклонения несколько не влияли на изменения формулы: в послеоперационном периоде последняя имела тот же тип, как и во всех других случаях. В общем итоге 75 % всех оперированных уже на 3-й день давали почти нормальную гемограмму. Для иллюстрации сказанного приведу 2 случая.

Первый случай: больная И., 35 лет, поступила по поводу кисты правого яичника; кровь исследовалась обычным способом и через 3 часа после операции, произведенной под эфирно-хлороформным наркозом, обнаружила сдвиг влево (см. гемограмму I), на 3-й же день р. о. пришла к норме.

Гемограмма I.

Время исследования	Нейтрофилы				Эозинофилы	Лимфоциты	Моноциты
	Лейкоциты	Юные	Палоч.	Сегмент-тип.			
До операции	10400	—	4	64	2	26	4
Сейчас после операции .	18600	2	18	61	—	11	8
Через 3 дня после опер.	13200	—	6	62	2	25	5

Другой случай: произведена пластическая операция на руке (colporrhaphia) под таким же наркозом; картина крови получилась такая же (см. гемограмму II).

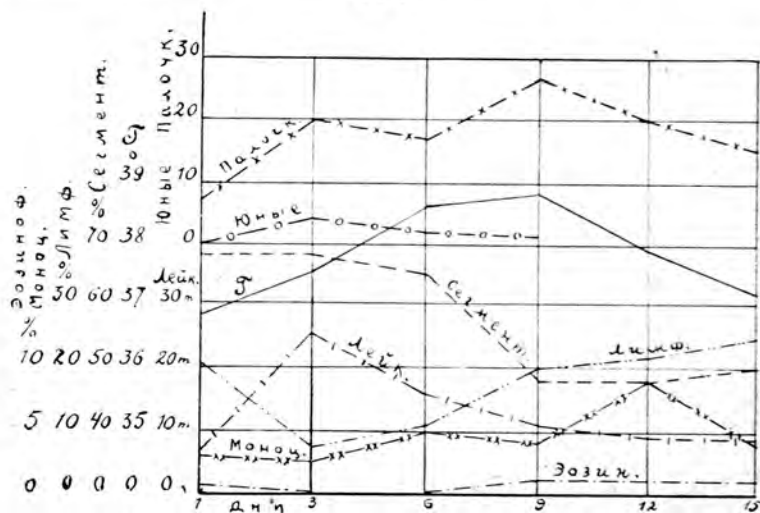
Гемограмма II.

Время исследования	Лейкоциты	Юные	Палочков.	Сегмент.	Эозинофилы	Лимфоциты	Моноциты
До операции	6500	0.5	12	52	0.5	30	4.5
После операции	11400	4	20	60	0	14	2
Через 3 дня после операции .	8200	1	10	55	1	29	4

Не желая повторяться, скажу только, что как во всех тех случаях, где температура оставалась нормальной, и заживление раны происходило первичным натяжением, так и в случаях с повышением t^0 не свыше 38^0 , при отсутствии каких-либо осложнений со стороны раны и внутрибрюшного операционного поля, изменения в лейкоцитарной формуле шли по обычному типу.

Невольно возникает мысль: что же именно, какие моменты влияют на изменения крови после операции, — имеет ли тут значение тяжесть случая, или операционная травма, или же те способы обезболивания, какими пользуются в настоящее время?

№ 2



Довольно трудно решить, какой именно момент оперативного вмешательства играет здесь роль. В тех случаях, которые осложняются длительным заживлением раны *per secundam*, сдвиг влево вполне понятен, — здесь мы имеем новый агент, инфекцию, которая совершенно изменяет картину крови, изменяет настолько, что уже на 3-й день по лейкоцитарной формуле можно судить, до некоторой степени, какой характер примет дальнейшее течение болезни.

Наша диаграмма № 2 представляет, напр., случай овариальной кисты, оперированной и осложнившейся в послеоперационном периоде параметритом. Уже

на третий день видно было, что течение послеоперационного периода отклоняется от нормы, — юные формы не исчезли, эозинофилы не появились. В дальнейшем кровь исследовалась в этом случае каждые 3 дня, и лейкоцитарная формула каждый раз оказывалась строго соответствующею клинической картине. На 12-й день температура у больной понизилась, и вместе с тем начал сглаживаться сдвиг влево.

Как, однако, объяснить появление ядерного сдвига в тех случаях, где послеоперационный период проходит гладко? Jung в докладе, прочитанном в Берлинском Акушерско-Гинекологическом обществе, высказал предположение, что указанные изменения зависят от резорбции присутствующих организму белков и продуктов их распада. Он сослался на Bürgers, который утверждает, что послеоперационная интоксикация является последствием повреждения тканей во время операции, натяжения и сдавления их, ишемического некроза облитерированных сосудов и перевязанных тканей, небольших реактивных воспалений без клинических симптомов, а также всасывания секрета из раны. Wetter также полагает, что увеличение лейкоцитоза в послеоперационном периоде зависит исключительно от операционной травмы.

Однако, если это действительно так, то во всех тех случаях, где имело место обширное повреждение тканей, как, напр., при всякого рода лапаротомиях, мы должны были-бы иметь более глубокие изменения в формуле, чем в тех случаях, когда травма была незначительна, напр., при пластических операциях. В нашем же материале было много случаев, которые свидетельствовали, что изменения лейкоцитарной формулы одинаковы, какого-бы рода ни было оперативное вмешательство, если только оно производилось под общим наркозом (см. гемограммы I и II). Таким образом можно спорить против высказанного мнения. Не отрицая совершенно значения травмы, мы все же думаем, что центр тяжести лежит не в ней, — что главная причина изменений лейкоцитарной формулы после операции кроется в тех способах обезболивания, какими мы пользуемся.

Нам было подмечено, что чем продолжительнее эфирно-хлороформный наркоз, тем значительнее бывают выражены растройства со стороны крови (см. гемограмму III, где приведены сравнительные данные изменения лейкоцитарной формулы после операций, потребовавших длительного и кратковременного наркоза).

Г е м о г р а м а III.

	Юные	Палочков.	Сегментир.	Эозинофилы	Лимфоциты	Моноциты
Продолжительный наркоз	5	13	68	0	10	4
Кратковременный наркоз	1	12	62	0	19	6

Наркоз влияет не только на белую, но и на красную кровь, которая быстро реагирует на него: уже через 3 часа появляются пойкилоцитоз, анизоцитоз, олигохромэмия, которые через 72 часа изглаживаются.

В частности, особенно значительное влияние на кровь оказывает, повидимому, хлороформ. Мысль об этом не нова: еще в 1865 году итальянские ученые *Reguggi* и *Gionaso*, а у нас впоследствии *Федоров*, находили после применения хлороформа увеличенный лейкоцитоз и появление полинуклеаров, которые потом переходили в мононуклеары. *Levy* и *Paris*, производя опыты на морских свинках и людях, также находили при этом увеличение числа нейтрофильных клеток, которое достигало максимума через 24 часа, а затем возвращалось к норме. В виду того, что исследование крови больных, оперированных под общим наркозом, давало нам изменения лейкоцитарной формулы постоянно по одному и тому же типу, мы, с целью проверки, решили произвести ряд аналогичных исследований крови у больных, оперированных под местной анестезией, и затем сравнить результаты с полученными после общего наркоза.

Всего нами было обследовано 35 случаев, проведенных под местной анестезией, в том числе 31 случай пластических операций и 4 чревосечения. В 31 случае пластических операций лейкоцитарная формула после операции оказалась совершенно не отличавшеюся от дооперационной. Между тем такие же пластические операции, но произведенные под общим наркозом, давали ясный сдвиг влево.

Что касается 4 остальных случаев, проведенных под местной анестезией (3 случая стерилизации и 1 случай удаления влагалищной кисты), то здесь сдвиг влево после операции тоже отсутствовал, но все же формула оказалась после операции несколько измененною,—уменьшилось число лимфоцитов, тогда как эозинофилы были в норме, а юные формы отсутствовали (см. гемограмму IV).

Г е м о г р а м м а IV.

Время исследования	Лейкоциты	Юные	Палочков.	Сегментир.	Эозинофилы	Лимфоциты	Моноциты
До операции	6300	0	7	63	1	25	4
Сейчас после операции . . .	7200	0	9	69	1	15	6
Через 3 дня после операции .	6700	0	8	65	1	21	5

Из двух операций *Alexander-Adams'a*, из которых одна была произведена под общим наркозом, а другая под местной анестезией, мы в первом случае получили сдвиг влево, во втором—абсолютную норму.

Нами была исследована также кровь женщин, подвергавшихся общему хлороформно-эфирному наркозу в целях постановки диагноза, без всякого оперативного вмешательства, причем получились те же результаты: кровь больных сейчас же после наркоза давала обычный сдвиг влево. Напротив, когда мы произвели несколько исследований крови у женщин, подвергшихся выскабливанию матки с целью искусственного прерывания беременности, причем у 3 выскабливание было произведено

исключительно под эфирным наркозом, а у прочих—без всякого наркоза, то во всех этих случаях, несмотря на травму, сдвига влево не наблюдалось.

Все сказанное дает нам право думать, что причина изменения крови кроется именно в хлороформе. В новейшее время Müller, в Бюрцбурге, предлагая заменить хлороформ нарциленом, также отмечает вредное действие хлороформа на кровь, дающее сдвиг влево в лейкоцитарной формуле; нарцилен же, по Müller'у, вызывает даже повышение числа лимфоцитов.

К сожалению, произвести отдельно исследование крови у больных, подвергавшихся только хлороформному наркозу, мы не имели возможности,—просто потому, что таких больных у нас не было, ибо, полагая, что тот русский хлороформ, который был у нас под руками, небезукоризнен, мы им одним наркотизировать не решались. Впрочем Müller, употребляя и заграничный хлороформ, также получал сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

D-r B. A. Schiwowa (Rostow a. D.). Die Veränderung der Leukozytänformel nach Schilling infolge von Narkose und localer Anaesthesia.

Bei der Untersuchung des Blutes vieler gynaekologischer Kranken vor der Operation, gleich nachher und am 3. Tage p. o. konnte der Autor unmittelbar nach der Operation eine bedeutende Verschiebung der Leukozytänformel nach links konstatieren, die sich nach 3 Tagen p. o. ausglich. Die Ursache solcher Verschiebung sieht D-r Sch. im Chloroform, da sie nach denselben aber bei lokaler Anaesthesia durchgeführten Operationen nicht beobachtet werden konnte.

К вопросу об измерении кровоточивости *).

Е. В. Смирнова и Н. М. Климова.

Вопрос о кровоточивости имеет не только теоретический, но и глубоко-практический интерес. В повседневной клинической работе нам сплошь и рядом приходится сталкиваться с операционными и послеоперационными кровотечениями и их последствиями. Поэтому весьма естественно желание хирурга предвидеть величину этих кровотечений, от которых часто зависит жизнь больного. — естественным является его стремление изыскать метод, с помощью которого он мог-бы еще до операции иметь представление о предстоящем операционном кровотечении. Особенно это важно при больших операциях, сопряженных с большими кровопотерями, где при повышенной кровоточивости можно ожидать таких кровопотерь, которые будут угрожать самой жизни больного. Несмотря на всю важность данного вопроса, мы до сего времени еще не располагаем общепринятым методом измерения кровоточивости, да и вообще работ, посвященных этому вопросу, чрезвычайно мало.

Hirschfeld, говоря о геморрагических диатезах, упоминает о методе Duke измерения продолжительности кровотечения. Метод сводится к тому, что, после укола пальца ланцетом или иглой Frank'a на определенную глубину, выступающая кровь собирается полоской фильтровальной бумаги через каждые полминуты, пока кровотечение не остановится. В норме получающиеся кровавые пятнышки на бумаге быстро становятся меньше, при патологических случаях наблюдается обратное явление. Таким образом метод позволяет лишь грубо судить о кровоточивости и не дает определенной единицы для измерения последней. — которую можно было-бы перенести в клинику.

Одна из первых попыток разрешить этот вопрос принадлежит проф. И. А. Голяницкому, который предложил, нанося иглой Frank'a рану определенных размеров в мякоть пальца, собирать выступающую кровь втечении единицы времени (одной минуты) кружочком фильтровальной бумаги, тщательно перед тем взвешенным: разница в весе кружочка до и после впитывания крови, выраженная в миллиграммах, и является показателем кровоточивости.

Практически более удобным казался нам измененный одним из нас (Е. Смирнов) метод измерения кровоточивости, описанный в „Казан. Мед. Журнале“ за 1923 г., № 3. Вместо кружочков фильтровальной бумаги мы брали капилляр с диаметром в 1 мм., соединяли его с резиновой трубкой и наносили разрез иглой Frank'a в мякоть II пальца руки. Величина разреза равнялась также 1 мм. Количество излившейся крови определялось высотой кровяного столбика, в миллиметрах, наса-

*) Доклад на заседании Астраханского О-ва теор. и клин. медицины организованном по поводу 35-летнего юбилей проф. В. С. Груздева.

сываемого из ранки в капилляр до тех пор, пока рана не перестанет кровоточить. Способ оказался, хотя и имеющим известные дефекты, тем не менее практически достаточно пригодным.

Дальнейшие исследования, произведенные в этом направлении, указали нам на неудобство упомянутых выше способов. Так, при определении показателя кровоточивости по проф. Голяницкому нужна бумага с постоянно одинаковыми впитывающими свойствами; на величину индекса кровоточивости влияют сухость и влажность окружающего воздуха: ограничение во времени (1 минута) при определении количества вытекшей крови не позволяет судить о кровоточивости, так как бывают случаи, когда в единицу времени выделяется немного крови, но рана долго кровоточит (гемофилия), а постоянно иметь под руками весьма точные весы не всегда возможно. Вот почему один из нас (Е. Смирнов) еще в 1923 году перешел от определения показателя весовым путем к определению количества крови при помощи измерения высоты столба крови в капилляре с определенным диаметром, в который кровь насыщается, пока она не свернется, без ограничения времени. Но и указанная модификация грешит многими неудобствами: прежде всего не всегда под руками может быть такой капилляр; во-вторых, местом нанесения раны бывает при этом способе кожа пальца руки, а толщина этой кожи не у всех одинакова, почему при одной и той же по размерам ране у различных лиц ранится различное количество сосудов, и отсюда величина показателя может быть неправильна. Особенно это относится к липам, имеющим мозолистые, трудовые руки, где подчас игла Frank'a, выпущенная на определенную глубину, не достигает капиллярной сети.

В виду всего этого при дальнейшей разработке указанного вопроса мы ввели в методику определения показателя кровоточивости следующие изменения: прежде всего, что касается места ранения, то вместо толстой кожи пальца мы теперь берем мочку уха с хорошо развитой капиллярной сетью; здесь мы производим укол иглой Frank'a, выпущенной раз навсегда на определенную глубину—так, чтобы глубина раны равнялась 2 мм., затем, не производя давления на мочку уха и лишь расправив слегка ухо пальцами с тем, чтобы ранка зияла, мы собираем вытекающую из ранки кровь смесителем для лейкоцитов из камеры Thomas-Zeiss'a до тех пор, пока кровь не перестанет окончательно выделяться. Количество собранной крови определяется объемными единицами, соответствующими делениям смесителя. Абсолютное количество выделившейся из раны крови в делениях смесителя и выражает собою величину показателя кровоточивости. С момента появления крови из ранки и до момента остановки кровотечения мы отмечаем время, которое обычно колеблется от 0 до 3 минут. Как видят читатели, описанная методика, отличаясь своей простотой и, как показал опыт, достаточной практической ценностью, может быть применена в любом больничном отделении.

Приняв такой метод, мы задались вопросом о пригодности его показателя для практических целей клиники. С этой целью мы произвели 100 исследований на здоровых и 137—на больных людях. Определение показателя кровоточивости у здоровых показало нам, что для нормальной кровоточивости можно допустить от 0,2 до 0,5 изливающейся крови (68⁰/₀); меньше 0,2 (15⁰/₀) будет пониженная, выше (от 0,5 до 1,0)—повышенная (12⁰/₀), а более 1,0 (5⁰/₀)—резко повышенная кровоточивость.

Что касается больных, то полученные нами при исследовании их цифры колебались от 0 до высоких степеней (гемофилия). В нижеприводимой таблице мы приводим цифры величины показателя кровоточивости при некоторых хирургических заболеваниях:

Название болезни	0—0,2	0,2—0,5	0,5—1,0	1,0 и выше	Итого
1) Туберкулез хирург.	6 случ.	9 случ.	17 случ.	3 случ.	35 случ.
2) Гнойные процессы (флегмона, абсцессы, пиэмия) . .	15 »	18 »	12 »	1 »	46 »
3) Расширение вен ног (индекс с ноги)	—	1 »	3 »	—	4 »
4) Артериосклероз	3 »	2 »	—	—	5 »
5) Спонтан. гангрена	6 »	—	—	—	6 »
6) Грыжи	3 »	6 »	4 »	—	13 »
7) Аппендицит	2 »	3 »	3 »	—	8 »
8) Холецистит	—	2 »	—	—	2 »
9) Опухоли (рак)	11 »	4 »	—	—	15 »
10) Анемии (после обильных кровопотерь)	3 »	—	—	—	3 »
Итого	49 »	45 »	39 »	4 »	137 »

На величину индекса кровоточивости несомненно оказывают влияние многие факторы, и проф. Голяницкий в своей работе (Нов. Хир. Арх., 1923, № 9) указывает целый ряд таковых. Мы на своем материале могли также в этом убедиться.

Из числа подобных факторов мы не будем касаться влияния на кровоточивость внешних условий, как тепло, влажность воздуха и т. д.; равным образом не коснемся мы и колебаний показателя кровоточивости в зависимости от введения в организм тех или иных фармакологических средств,—об этом своевременно уже писалось одним из нас (Смирнов. Индекс кроточивости и влияние на величину его различных факторов. Мед. Об. Ниж. Поволжья, 1924, № 3—4). Мы укажем здесь лишь на то, что местные расстройства кровообращения несомненно отражаются на величине индекса, и в этом отношении можно, пожалуй, говорить о местной кровоточивости, обусловленной застойными явлениями—или от сдавления крупных вен, или от воспалительных процессов и т. д. Так, при расширении вен нижних конечностей индекс, взятый с большого пальца ноги при вертикальном положении тела, был во всех 4 обследованных нами случаях резко повышен, в то время, как индекс с ушной мочки давал обычные средние цифры. В одном случае опухоли средостения с явлениями сдавления верхней полой вены наблюдались резко

повышенный индекс на мочке уха и обычный—на пальце ноги. При воспалительных процессах мы всегда имели повышение показателя кровоточивости вблизи воспалительного очага (parotitis, флегмона лица и головы—12 случаев). Далее, определение индекса с пальца ноги при асцитах давало нам повышенные цифры. Словом, целый ряд факторов как воспалительного, так и механического характера несомненно влиял на величину показателя кровоточивости.

Вместе с тем мы не могли не заметить и того обстоятельства, что при некоторых заболеваниях показатель кровоточивости является определенно или повышенным, или пониженным. Так, во всех 6 исследованных нами случаях спонтанных гангренов мы имели резко пониженный индекс (от 0 до 0,1—0,18). При резких анемиях, после больших кровопотерь (3 случ.), он оказался равным 0. Понижен был индекс также при артериосклерозе (5 случ.). Опухоли (cancer), сопровождающиеся резкими кахексиями (15 случ.), давали также пониженный индекс. Указание некоторых авторов на повышенную кровоточивость при гнойных, септических заболеваниях не нашло себе подтверждения в наших исследованиях (46 случаев). Хирургический туберкулез сопровождался, напротив, повышенной кровоточивостью (35 случаев).

Практическую ценность измерения показателя кровоточивости удалось-бы доказать тогда, когда на целом ряде наблюдений над кровотечением во время операции и после нее можно было-бы установить, что при повышенном индексе имеется и большее операционное кровотечение, и наоборот, малая операционная кровопотеря характерна для лиц с низким индексом. Для установки такой связи индекса с операционным кровотечением мы произвели ряд наблюдений, пользуясь для измерения операционного кровотечения методикой М. А. Мещериной, из клиники проф. И. А. Голяницкого (Нов. Хир. Арх., 1925, № 1). Сущность метода заключается в следующем: во время операции операционное поле обкладывается марлевыми салфетками, которые впитывают в себя кровь, изливающуюся из операционной раны; после операции окровавленные салфетки погружаются в децинормальный раствор соляной кислоты, взятый в определенном объеме, через $\frac{1}{4}$ часа вынимаются из него и тщательно отжимаются. Раствор окрашивается в характерный коричневый цвет. Тогда этим раствором наполняется до черты 10 (0,2 куб. с.) пробирка из гемоглобинометра Sahli, и раствор разбавляется до тех пор, пока не получится цвета контрольной пробирки. Таким образом определяется содержание гемоглобина в полученном растворе. До операции предварительно, по общепринятым правилам, устанавливается количество гемоглобина в крови у больного по Sahli. В заключение определяется кровопотеря во время операции по формуле $x = \frac{b \cdot c}{d}$.

В формуле этой b есть количество децинормального раствора соляной кислоты, c —степень разведения водой раствора при определении в нем гемоглобина, d —процент гемоглобина в крови данного больного по Sahli. Вышеуказанная формула вытекает из следующих рассуждений: при определении процента содержания гемоглобина в крови берется 20 мм. крови, т. е. одно деление гемометра Sahli, и разводится водой в d раз (положим, в 70), пока не получится цвет контрольной пробирки. Теперь тот же цвет получается и при разведении крови, полученной после операции; но разводится эта кровь децинормальным раствором соляной кислоты в b раз (положим, в 500) и, кроме того, дополнительно в пробирке Sahli еще в c раз (положим, в 3,5 раза); таким образом получается разведение крови

в $b.c$ (500) $\times$ 3.5) раз. Если цвета в обоих случаях одинаковы, то можно предположить, что и абсолютное количество крови в обоих разведениях одно и то же. Следовательно, если принять в первом случае количество крови за единицу (одно деление гэмометра), а во втором x (неизвестно), то можно написать следующую формулу $1:d=x/b.c$, откуда $x=\frac{b.c}{d}$.

Некоторым недостатком этого способа является то, что салфетки не вполне отмываются от крови вследствие фиксирующего действия децинормального раствора соляной кислоты, почему на них остаются значительные пятна изменившейся крови. В виду этого мы при своих исследованиях сначала отмывали салфетки в дистиллированной воде, а затем уже к последней прибавляли соляной кислоты до децинормального раствора. Описанным способом Мещерина определила кровопотери во время операций в 40 случаях, причем пришла к выводу о полной практической пригодности данного метода. Мы также убедились в пригодности данного метода, хотя полученные нами при различных операциях цифры и оказались несколько ниже, чем у Мещериной.

Сопоставляя величину индекса кровоточивости и кровопотерю во время операции, мы нашли, что между этими величинами существует определенное соотношение,—большая кровопотеря в большинстве случаев была у тех больных, которые при исследовании давали повышенный индекс.

Так, при паховых грыжах у нас получились следующие цифры:

Число случ.	Показатель кровоточивости.	Кровопотеря при операции (в к. с.).
2	от 0,1 до 0,2	от 10,2 до 12,1; сред. 11,1
4	" 0,2 " 0,5	" 12,5 " 18,6; " 15,0
4	" 0,5 " 0,8	" 20,1 " 31,5; " 25,8

При аппендицитах мы получили такие данные:

Число случ.	Показатель кровоточивости.	Кровопотеря при операции (в к. с.).
2	от 0,1 до 0,2	от 9,5 до 12,0; сред. 10,7
3	" 0,2 " 0,5	" 11,2 " 16,1; " 13,7
3	" 0,5 " 0,8	" 15,2 " 20,1; " 17,6

На основании всего вышесказанного мы позволяем себе прийти к следующим выводам:

1. Наша методика измерения кровоточивости, отличаясь своей простотой, дает вполне пригодные практически результаты, позволяющие еще до операции судить, до известной степени, о величине предстоящего операционного кровотечения.

2. Полученные нами цифры показателя кровоточивости говорят, что при злокачественных новообразованиях с резкой кахексией, обильных кровопотерях, спонтанной гангрене, при резко выраженном артериосклерозе—кровоточивость понижена, при хирургическом туберкулезе мы, наоборот, получали повышенные цифры; отмеченная некоторыми авторами повышенная кровоточивости при септических заболеваниях не подтвердилась нашими исследованиями.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Проф. Голяницкий. Нов. Хир. Арх., 1923, № 9.—2) Смирнов. Каз. Мед. Журнал, 1923, № 3.—3) Н. Hirschfeld. Врач. Обзор., 1922, № 2.—4) М. А. Мещерина. Нов. Хир. Арх., 1925, № 1.

D-r E. W. Smirnoff und D-r K. M. Klimoff (Astrachan). Zur Messung der Blutungsbereitschaft.

Zur Bestimmung des Indexes der Blutungsbereitschaft haben die Autoren folgendes Verfahren vorgeschlagen. Es wird ins Ohrläppchen 2 mm. tiefer Einstich mit der Frank'schen Nadel gemacht, das aus der kleinen Wunde austretende Blut wird mit der Mischpipette für Leukozyten der Thoma-Zeiss'schen Kammer bis es nicht aufhört auszutreten gesammelt. Der Blutungsindex wird durch die Menge des gesammelten Blutes in Raumeinheiten entsprechend den Teilungen der Mischpipette bestimmt. Die Autoren fanden dass dieser Index sich in bestimmter Beziehung zum gesammten Blutverlust befindet und dass man deshalb je nach seiner Grösse voraussehen kann, wieviel Blut der Kranke während der Operation verlieren wird. Bei bösartigen Tumoren mit fortgeschrittener Kachexie, bei grossen Blutverlusten, spontaner Gangrän, bedeutender Arteriosclerose ist er gewöhnlich herabgesetzt, bei chirurgischer Tuberculose dagegen erhöht. Die von manchen Autoren angegebene bei septischen Erkrankungen erhöhte Blutungsbereitschaft konnten die Verfasser bei ihren Untersuchungen nicht bestätigen.

Из Госпитальной Хирургической клиники Казанского Гос. Университета (директор проф. А. В. Вишневский) и Микробиологического Института ТНКЗ (директор проф. В. М. Аристовский).

Опыт лечения гнойных ран антивирусом по Безредко.

Приват-доцента Н. В. Соколова

В последние годы вопрос о лечении гнойных ран широко обсуждается в медицинской прессе и дебатруется на хирургических съездах. Очевидно, в ряде случаев с лечением гнойных ран до сих пор дело обстоит неблагоприятно. Асептическое ведение этих ран не всегда удовлетворяет хирурга и ведет к цели,—при нем не ослабляется возбудитель инфекции, и не тонизируются защитные силы организма. Не удовлетворяют зачастую хирурга и антисептические методы: в концентрациях, убивающих бактерии, они неблагоприятно влияют на ткани организма, в лучшем случае—не тонизируют защитных сил последнего. Вот почему среди лечебных средств, применяемых при гнойных ранах, и начинают выдвигаться биологические методы лечения, из которых за последнее время приковывает к себе всеобщее внимание метод, предложенный проф. Безредко,—метод лечения специфическими повязками и внутривидными впрыскиваниями, тесно связанный с оригинальной гипотезой Безредко о местном иммунитете.

Для приобретения животным организмом иммунитета, по мнению Безредко, при ряде инфекций (сифирезная, стафилококковая и др.), нет необходимости в выработке противотел. Стойкий иммунитет может развиваться независимо от этих последних. В различных тканях и органах высших животных существуют специальные клетки, которые чувствительны только по отношению к определенному вирусу, реагируя только на него. По отношению к стафилококку и стрептококку такой чувствительной тканью является кожная ткань по преимуществу. В развитии иммунитета Безредко выдвигает на первое место, как главные факторы, эти чувствительные клетки с одной стороны и подвижные фагоциты—с другой. При внедрении микроба в организм чувствительные клетки, вследствие избирательного сродства к ним данного вируса, вступают с ним в реакцию, в результате которой освобождается третье вещество, являющееся продуктом секрета, а быть может, и распада микроба. Это вещество защищает микроб от фагоцитов, ставит преграду для их действия, в результате чего инфекция получает возможность дальнейшего развития. Но, если чувствительные клетки потеряют свою чувствительность, то сродство между ними и вирусом окажется нарушенным; микроб окажется в неблагоприятных условиях; реакции между вирусом и чувствительными клетками не получится, не образуется

третьего вещества — защитного для микроба, и тогда фагоциты легко могут выявить свою деятельность.

Таким веществом, которое десенсибилизирует чувствительные клетки, между прочим, является, по Безредко, особое вещество, находящееся, очевидно, в теле микроба и названное Безредко „антивирусом“. Для стафилококка и стрептококка оно, повидимому, найдено и может быть изолировано от микроба. Вещество это термостабильно и получается в фильтрате при фильтрации 8—10-дневной бульонной культуры микробов. Если этим антивирусом насытить чувствительные клетки, к которым он имеет, как и вирус, избирательное сродство, то клетки делаются нечувствительными к вирусу и становятся в благоприятные условия существования. В своих экспериментах Безредко достигал иммунитета путем внутрикожных инъекций антивируса и путем накладывания компрессов с последним на выбритую кожу морских свинок.

Получаемый таким путем иммунитет носит чисто-местный характер и не стоит ни в какой связи с изменениями, наблюдающимися при внедрении инфекции в соках организма в смысле появления специфических противотел. Появление последних может быть лишь сопутствующим явлением, не являясь причиной наступающего иммунитета.

Целым рядом многочисленных и разнообразных опытов Безредко и его ученики (Urban, Brocq-Rousseau и др.) доказывают справедливость его взгляда на иммунитет, как на местное явление. В то же время ряд авторов (Combièsco et Calalb, Combièsco et Popesco, Козмодемьянский и Панина, Эберт и Сажина) пытается доказать, что и при способе иммунизации по Безредко наступление невосприимчивости связано с выработкой противотел, увеличением опсопинов, т. е. явлениями общего иммунитета — с одной стороны, а с другой. — что тех же результатов, как и полученные Безредко, можно достигнуть не иммунизацией особой чувствительной ткани, а per os и интраперитонеальным путем.

Переноса результаты эксперимента в область практической медицины. Безредко внес предложение — применять антивирус при гнойной инфекции в форме повязок, тампонов и внутрикожных инъекций. Его предложение исходит из того расчета, что 1) при введении в рану тампонов, насыщенных антивирусом, микроб ставится в неблагоприятную среду для роста, так как антивирус препятствует росту микробов; 2) при инъекции в кожу и накладывании компрессов с антивирусом чувствительные клетки больного, еще не пораженные инфекцией, насыщаются антивирусом и становятся нечувствительными к инфекции; следовательно, последняя изолируется, сродство между микробом и чувствительными клетками уничтожается, не выделяется третьего, защитного для микроба вещества, и микробы энергично фагоцитируются. В дальнейшем развитии своей гипотезы Безредко предложил при гнойно-септических процессах вводить антивирус внутривенно из расчета, что, циркулируя с кровью, он найдет в организме чувствительную к нему ткань и тем предохранит организм от дальнейшего развития инфекции.

Первые клинические наблюдения, о которых сообщает сам Безредко, касались как острых (карбункул, флегмона влагалц руки, пиодермит, послеродовая инфекция), так и хронических (остеомиелит, гнойный плеврит) случаев гнойных инфекций. Приводимые им случаи,

касающиеся только успешных исходов применения антивируса при стафилококковых и стрептококковых инфекциях как типа аутоантивируса, так и типа поливалентного, — очень показательны по их лечебному эффекту.

В а. с. в 1924 г. сообщает уже о 30 наблюдениях над применением антивируса при гнойных процессах (лимфангоиты, нарывы, фурункулы, остеомиелиты, незаживающие свищи), где в одних случаях применялся аутоантивирус, в других — поливалентный. В большинстве случаев им были получены положительные результаты: воспалительные явления быстро стихали, и раны зарубцовывались.

На XVI Съезде Российских Хирургов Бурденко и Живаго сообщили свои данные о применении метода Безредко у 54 больных. Авторы расширили показания и, наряду с пиодермией, фурункулезом и пр., применяли антивирус для заживления ран после секвестротомии с зашиванием наглухо. Во всех случаях применения антивируса в больном очаге наступала определенная реакция: резкое уменьшение гноя, разжижение его и переход в серозное выделение; микроскопически отмечалась картина более сильного фагоцитоза. Во всех случаях авторы наблюдали, далее, более быстрый темп рубцевания ран.

Наши личные наблюдения над применением метода Безредко были проведены частью на стационарном, главным же образом на амбулаторном материале и обнимают 75 случаев, причем мы пользовались при антивирусном лечении как аутоантивирусом, так и поливалентным. После выделения из гноя больных стафилококка в чистой культуре им засеивался мясной стерильный бульон, который затем ставился в термостат при 37.5° на 8 суток. По истечении этого срока небольшая порция бульона фильтровалась через свечу Berkelfeld'a, и производилась проба бульона на истощение путем засеивания стафилококком. Если в течение 48 часов в термостате проба не давала роста, то бульон считался достаточно насыщенным антивирусом; если же получался рост, то в одних случаях бульон засеивался свежей культурой, в других — держался в термостате еще 2—3 дня без заражения новой культурой, после чего снова производилась проба. В случае выработки поливалентного антивируса засеивание бульона производилось 4—5 штаммами стафилококка, в остальном же методика выращивания и контроля была та же.

После того, как в пробной порции фильтрата, при заражении стафилококком, роста не получалось, весь бульон подвергался фильтрации через свечу Berkelfeld'a (а в последнее время — через простой бумажный стерильный фильтр), карбонизировался до $\frac{1}{2}\%$ и подвергался испытанию на кролике в смысле его активности. Кролику выбривалась стенка живота, в которую затем вводился антивирус; эта процедура обычно проделывалась по одному разу в течение двух, иногда трех дней, после чего животному подкожно вводилось $\frac{1}{2}$ к. с. суточной бульонной культуры стафилококка; такая же доза вводилась и контрольному кролику. Обычно у последнего в течение суток развивался подкожный абсcess, иммунизированный же кролик на инъекцию развитием абсcessа не реагировал. После этих проб антивирус считался пригодным для применения на больных.

По характеру болезненных процессов весь наш материал может быть разбит на 2 группы: 1) случаи острых заболеваний, где почти

всегда лечение начиналось с применения антивируса, причем для этого выбирались случаи с необычно бурным, тяжелым течением; 2) случаи с затяжным, в большинстве случаев вялым течением, где лечение анти-вирусом было применяемо после безуспешного лечения всеми, практи-кующимися в клинике, другими методами.

За исключением 3 случаев свежих загрязненных ран, где анти-вирус был применен с профилактической целью, во всех остальных он применялся только после установки наличия в ране стафилококка. В 15 случаях был применен аутоантивирус, в 60 — поливалентный. У всех боль-ных антивирус применялся в форме компрессов (смоченных в антиви-русе) и, кроме того, у некоторых больных (флегмоны, маститы) — в форме тампонов; наконец, у некоторых больных антивирус вливался чрез ка-нюлю шприца в раневую полость (остеомиелиты, послеоперационные свищи). Обработка антивирусом производилась в течение от 3 до 7 дней. Если в течение 7 дней никакого эффекта не отмечалось, иммунизация прекращалась, и случай относился к безрезультатным (0).

Возраст наших больных колебался от 3 л. до 70 лет. Болезнен-ные формы, при которых применялся антивирус, и полученные нами результаты видны из нижеприводимой таблицы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ	Характер процесса	Антиви- рус		Результаты *)					
				+		—		0	
		Ауто	Поли- валент.	Ауто	Поли- валент.	Ауто	Поли- валент.	Ауто	Поли- валент.
Панариции.	Острый 7	—	7	—	4	—	—	—	3
	Хрон. 10	3	7	1	4	—	—	2	3
Флегмоны.	Острый 4	—	4	—	3	—	—	—	1
	Хрон. 6	—	6	—	3	—	1	—	2
Лимфадениты	Острый 5	—	5	—	3	—	—	—	2
	Хрон. 5	3	2	2	1	—	1	1	—
Маститы.	Острый 3	—	3	—	2	—	1	—	—
	Хрон. 9	2	7	2	3	—	2	—	2
Остеомиелиты	Подостр. 2	—	2	—	1	—	—	—	1
	Хрон. 4	2	2	1	1	—	1	1	—
Фурункулы	Острый 3	—	3	—	1	—	1	—	1
	Хрон. 4	—	4	—	2	—	—	—	2
Фурункулез	Хрон. 6	2	4	1	1	—	1	1	2
Послеопер. свищи	Хрон. 4	3	1	2	—	—	—	1	1
Ранения	Остр. 3	—	3	—	3	—	—	—	—
Итого . . .	75	15	60	9	32	—	8	6	20
				60%	53%		14%	40%	33%

*) Плюсом обозначены положительные результаты, минусом — отрицательные, нулем — случаи, где применение антивируса было безрезультатным.

Прежде чем подвергнуть этот материал разбору, я позволю себе привести краткие истории болезни некоторых случаев, наиболее, мне кажется, характеризующих значение применения антивируса.

Случай острых процессов. I. Б-ная П., 20 л., доставлена в амбулаторию 16/XII 25, с резко выраженной флегмоной правой ручной кисти, лимфангоитом, воспаленными железами подмышечной впадины. Общее состояние тяжелое, боля. 1° 39°. Накануне больная получила порез между пальцев при мытье посуды; из пореза выделяется небольшое количество гноя, микроскопическое исследование которого указало на наличие в нем стафилококков. Ванна, согревающие компрессы. 17/XII больная провела ночь тревожно, чувствует себя хуже, 1° 39,20, местная картина более ярко выражена, некоторыми из товарищей поставлен вопрос о необходимости немедленного разреза; я предложил воздержаться от последнего и провести лечение по Безредко. Компресс с антивирусом на кисть и начало предплечья. 18/XII больная провела ночь спокойно, 1° 37,80, отечность кисти меньше, картина лимфангоита слабее; компресс с антивирусом. 19/XII 1° 37,10, лимфангоит незначителен, отечность резко уменьшилась, небольшое выделение гноя из ранки; ванна, компресс с антивирусом. 20/XII хорошее самочувствие, резкое улучшение местных явлений, ванна, содовый компресс. Через неделю больная могла работать.

II. Б-ой З., 70 л., стационарный, после резекции II пястной кости левой руки по поводу хронического поражения. 2/III 26 бурная картина тендовагинита, флегмоны кисти с 1° 39,9°; ванна, согревающий компресс. 3/III картина ухудшилась, ставится вопрос об ампутации предплечья; после очищения раны от гноя, в котором под микроскопом установлен стафилококк,—компресс с антивирусом на кисть и начало предплечья. 4/III боли значительно слабее, 1° 38°, процесс далее не идет; после ванны компресс с антивирусом. 5/III 1° 37,80, боли утихли, обильное гноетечение из раны, отечность кисти значительно меньше. В дальнейшем, после применения антивируса, течение 4 дней картина острого воспаления стихла, и процесс перешел в хроническую форму вследствие секвестрации пястных костей.

Случай с хроническим течением. I. Б-ой Г., 38 л., доставлен в клинику с открытым, раздробленным переломом правой голени в нижней трети; в области перелома и стопы—картина кровоизлияния, 1° 38°; нога уложена в шинную мягкую повязку. 5/XII 25 1° 39°, знобит, отечность всей голени, из раны выделяется небольшое количество гноя, в котором микроскопически определен стафилококк. 7/XII под наркозом широкий разрез голени с наружной и внутренней сторон вследствие прогрессирующей флегмоны. 13/XII сильное кровотечение из раны, ампутация голени. 17/XII рана в вялом состоянии, небольшое количество гноя, грануляции вялые; перевязка с перувианским бальзамом ежедневно. 23/XII сильное кровотечение из арт. tibialis post., которая разбита вялыми грануляциями; лигирование сосуда, перевязка с компрессом в антивирус. 24/XII компрессы с антивирусом на область раны и окружающую кожу. 25/XII грануляции становятся более сочными, рана очищается от гноя. 26/XII перевязка с антивирусом, рана энергично гранулирует. 3/III 26 рана закрылась.

II. Б-ая Г., 20 л., сильной фурункулез в области лица и 3 язвы голени после вскрывшихся фурункулов; заживление идет вяло, в гное из фурункула обнаружен стафилококк. 24/X 26 компресс с антивирусом на раны и легкое втирание антивируса в кожу лица. 27/X раны на голени очищаются, появились свежие грануляции, лицо становится чище, количество мелких фурункулов уменьшается; компрессы с антивирусом. 29/X раны на голени закрылись, лицо очищается.

III. Б-ой Ф., 19 л., оперирован по поводу гнойного плеврита; плевральный свищ, без заживающей около 2 месяцев, в гное стафилококк. 6/V 25 вырывание в свищ 30 куб. аутоантивируса и компресс на кожу в окружности. 7/V инъекция и компрессы повторены. 8/V st. idem. После недельного применения гноетечение резко уменьшилось, применение антивируса оставлено. 1/VI свищ закрылся.

IV. Б-ая К., 25 л., страдает часто повторяющимся лимфаденитом аксиллярной впадины; из гноя выкультивирован стафилококк, и приготовлен аутоантивирус. 5/IV 25 компресс с антивирусом на область обострившегося воспаления железы. 7/IV воспаление стихло, болезненности нет; компресс с антивирусом. В дальнейшем у больной течение 2 месяцев три раза начинался процесс, причем больная каждый раз тотчас обращалась с просьбой применить ей антивирус, который и накладывался каждый раз в течение 3—4 дней. После того течение 1 г. 2 м. процесс не возобновлялся.

В подавляющем большинстве случаев нашего материала, — именно в 60⁰/о, — применение антивируса при гнойных процессах давало благоприятный результат, который в острых и подострых случаях сказывался субъективно уменьшением болей, а объективно — падением 1^о быстрым стиханием воспаления, уменьшением отечности и очищением раны. При этом нужно подчеркнуть, что ни в одном из наших случаев, где воспалительный процесс был связан с процессом в кости (панариции, остеомиелиты), полного заживления в остром периоде получить не удалось, — только течение процесса становилось хроническим.

В случаях свежих ранений, где антивирус был применен с профилактической целью, получалось гладкое заживление, несмотря на значительную загрязненность ран.

В хронических случаях, — а таких случаев нами наблюдалось большинство (48), — благоприятный результат сказывался в уменьшении отечности, появления свежих грануляций, очищении раны и в связи с этим — в сравнительно быстром заживлении раны.

Применяя антивирус в форме компрессов и инъекций в свищевые ходы при остеомиелитах, мы получали быстрое стихание воспалительных процессов в случаях обострения, но ни в одном случае не получили заживления костного процесса без операции там, где было наличие секвестрации.

Благоприятный результат лечения в большинстве случаев, — особенно это относится к острым случаям, — отмечался уже через 2 суток после применения компресса, но яснее всего он сказывался чрез 3 суток. В большинстве случаев 3—4 иммунизаций было достаточно, чтобы в организме образовался сдвиг в сторону улучшения. В дальнейшем чаще дело заживления шло быстрым темпом и без применения антивируса.

В некоторых случаях иммунизацию приходилось производить в течение недели, чтобы результаты стали ясными и стойкими. На некоторых больных, далее, выявилась интересная картина от применения антивируса: после применения компрессов-тампонов с антивирусом в течение 3 дней наступало ясное улучшение, и применение антивируса прекращалось. После того через 2—3 дня наблюдалась новая вспышка воспаления; антивирус опять применялся в течение 2—3 дней, и воспаление стихало. Затем следовали опять прекращение применения антивируса и через 4—5 дней — новая вспышка воспалительного процесса (мастит, панариций, флегмона, фурункулёз, лимфаденит). На примере этих больных пришлось убедиться, что иммунитет, приобретаемый от 3—4-дневного применения антивируса, не отличается стойкостью, и требуется более длительная иммунизация с прикладыванием компрессов на возможно широкую поверхность кожи. Во всяком случае рецидивы эти были отмечены у тех из наших больных, где иммунизация прекращалась через 3 дня, но их не наблюдалось ни у одного больного, где иммунизация производилась в течение 7 дней.

В 26 из наблюдавшихся нами случаев никакого результата от применения антивируса не отмечено, — процесс шел тем же темпом, что и до его применения.

Наконец, в 8 случаях после применения антивируса отмечено резкое ухудшение в течении процесса; в случаях острых это выражалось

более бурным течением, в случаях хронических — покраснением кожи в местах приложения компресса, болезненностью, в некоторых случаях подъемом т°. Предполагая в этих случаях наличие в фильтрате, кроме антивируса, токсических веществ, проф. В. М. Аристовский предложил мне предварительное испытание токсичности антивируса пред употреблением, что мной и введено в методику в форме внутрикожной инъекции $1\frac{1}{2}$ к. с. антивируса. Если реакция при этом не наблюдалось, — антивирус считался пригодным; если же появлялась картина местного раздражения, то антивирус нагревался при 100° в течение 30 минут в расчете на то, что антивирус, как вещество терmostойкое (но Безредко), сохранит свою силу действия, а токсины будут разрушены. Это нагревание оказалось вполне целесообразным. У 5 больных, у которых была отмечена ранее картина ухудшения, после применения гетого антивируса было отмечено быстрое улучшение, и больные могли быть переведены в группу +; у 3 же осталась та же картина, что была до применения антивируса (больные были переведены в группу 0).

Что касается сравнительной оценки результатов от применения ауто- и поливалентного антивируса, то, несмотря на скромные цифры наших наблюдений, все же можно говорить о преимуществах аутоантивируса, применение которого из 15 случаев дало благоприятный результат в 9.

Таким образом конечный результат у нас оказался следующий: на 25 случаев острых заболеваний положительный результат от применения антивируса был получен в 16 случаях, безрезультатным лечение оказалось в 7; на 50 случаев хронических заболеваний положительный результат имел место в 31 (25+6), отсутствие результата — в 21 (19+2) случае. В общей сумме, следовательно, положительный результат был получен в 60%, безрезультатным же лечение оказалось в 40% случаев.

Несомненно, клинические наблюдения никогда не могут приравниваться к лабораторному опыту, где всегда ставится контроль, дающий право на точный вывод. С этой точки зрения группа случаев, где антивирус применялся нами при острых заболеваниях, должна считаться менее убедительной в смысле зависимости лечебного эффекта от применения антивируса, чем группа хронических случаев, где последний применялся всегда после безрезультатного лечения обычно практикующимися в клинике методами. Здесь упомянем кстати, что в некоторых из них я пробовал предварительных применять компрессы с простым стерильным бульоном или лошадиной сывороткой, но от применения их никакого лечебного эффекта не достиг.

На основании наших наблюдений можно, мне кажется, сделать следующие выводы:

- 1) В способе лечения стафилококковым антивирусом по Безредко мы имеем новое средство для лечения гнойных стафилококковых процессов, которое в ряде случаев, не поддающихся обычным методам лечения, дает положительный лечебный результат.
- 2) Благоприятный результат от применения стафилококкового антивируса получается, однако, далеко не во всех случаях.
- 3) Повидимому, применение аутоантивируса дает больший % положительных результатов в смысле благоприятного влияния на болезненный процесс, чем применение поливалентного антивируса.
- 4) Стафилококковый антивирус иногда обладает раздражающим действием

на ткань, которое можно устранить нагреванием его без того, чтобы ослабели лечебные качества антивируса.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Безредко. Местная иммунизация. Paris. 1925.—2) Boss. Presse méd., 1924, № 5.—3) Бурденко и Живаго. Труды XVI Съезда Росс. Хирургов, 1924.—4) Combiesco et Colalb. C. r. Soc. Biol., 1924, 91.—5) Combiesco et Popesco. Ibid.—6) Космодемьянский и Панина. IX Всеросс. Съезд Бактериологов, 1925.—7) Проф. Эберт и Сажина, Ibid.—7) Urbain. Zentr. f. Bakt., Bd. 77, № 9/10:

D-r N. W. Ssokolow (Kazan). Ein Versuch betreffend Behandlung von Eiterwunden mit Antivirus nach dem Verfahren Besredko.

Verfasser hat in 75 Fällen eiteriger durch Staphylokokken hervorgerufener Erkrankung (25 akuten, 50 chronischen) das Antivirusverfahren in Form von Umschlägen und Injektionen in die Wunde angewandt, wobei in 15 Fällen er sich des Autoantivirus, in 60 Fällen aber des polyvalenten Antivirus bediente. Auf Grund seiner Beobachtungen an den Patienten ist Verfasser zu nachstehenden Schlüssen gelangt: 1) In dem Staphylokokken-Antivirus-Verfahren steht uns ein neues erfolgreiches Mittel für die Behandlung eiteriger durch Staphylokokken hervorgerufener Prozesse zur Verfügung, welche sich durch keine übliche Methode heilen lassen; Verfasser verzeichnet 60% geheilter Fälle. 2) Ein günstiges Resultat wird nicht in allen Fällen erreicht,—Verfasser hat unter den mit Antivirus behandelten Fällen 40% erfolgloser Fälle gehabt. 3) Scheinbar gibt der Autoantivirus einen höheren Prozentsatz positiver Resultate. 4) Der Staphylokokken-Antivirus übt mitunter einen Reiz auf die Gewebe aus, ohne die heilende Eigenschaften des Antivirus zu verringern.

Из области хирургическо-гинекологических наблюдений.

Проф. В. Л. Боголюбова.

Быстрое развитие и рост современной клинической медицины настолько расширили ее пределы, что детальное изучение бесконечно разнообразных клинических форм, техники исследования и терапии становится возможным для отдельных врачей большею частью только в пределах одной специальности. Тем не менее практическая жизнь предъявляет нередко к каждому специалисту требования, заставляющие его выходить из строгих рамок своей специальности и уделять внимание целому ряду вопросов, относящихся в сферу других специальных областей медицины. Так, хирургу постоянно приходится иметь дело с заболеваниями внутренних органов, гинекологическими и проч. В настоящем кратком очерке я позволяю себе привести некоторые наблюдения, большею частью близко соприкасающиеся или относящиеся к пограничной области хирургии и гинекологии.

1) *Рак молочной железы у беременных.* За истекший период врачебной деятельности мне много приходилось видеть и оперировать больных женщин, страдавших раком молочной железы. Оперирую их я всегда радикально, с удалением грудной части большой грудной мышцы и, конечно, желез. Видел продолжительные случаи выздоровлений, но также и наступление рецидивов, иногда очень быстрое. Впечатление вынес такое, что результаты оперативного вмешательства при раке молочной железы зависят не только от степени распространенности процесса и радикальности операции, но и от формы рака, что, однако, не всегда учитывается даже и врачами. Хуже протекает рак у молодых женщин, особенно же злокачественным является рак молочной железы у беременных.

Беременность оказывает несомненно очень плохое влияние на указанный процесс, который под влиянием ее обычно начинает быстро прогрессировать. В виду этого, по моему мнению, у подобных больных есть полные показания к производству аборта. Далее, весьма злокачественными свойствами обладает рак молочной железы, возникающий уже в течение самой беременности. Эти формы быстро растут и имеют склонность к быстрой диссеминации. Из имеющихся в данном отношении у меня наблюдений мне особенно памятна одна драматическая сцена, наблюдавшаяся мной во время заведывания Хирургическим отделением Шаповаловской больницы. Однажды, во время приема, в амбулаторию была внесена на носилках молодая женщина, лет 25—26, с недавно родившимся ребенком на руках. При исследовании больной было обнаружено, что обе молочные железы заняты массивными раковыми опухолями, вся кожа на передней поверхности груди, боках и спине пронизана громадным

количеством мелких плотных бляшек (*sanset en saïrasse*), подмышечные и надключечные железы резко увеличены, очень плотны. Через несколько дней больная умерла в больнице.

Оперативное вмешательство при раке молочной железы у беременных, по моим наблюдениям, безотрадно, так как оно почти всегда сопровождается быстрыми рецидивами. Иногда у меня получалось даже впечатление, что операция только ухудшает течение процесса. Всем сказанным я хочу отметить факт, хотя и не новый, но недостаточно многим известный, что рак молочной железы у беременных должен быть выделен, в виду своей особенной злокачественности, в отдельную форму, и его едва ли даже следует оперировать.

2) *Аппендицит и заболевания придатков матки.* Как известно, в настоящее время диагноз аппендицита ставится очень часто, и аппендэктомия представляет одну из обычных операций в практике хирурга. Однако следует заметить, что в известной части случаев диагноз, поставленный даже опытными врачами, не всегда оправдывается на деле. Передко встречаются больные, у которых не так легко, даже при всестороннем исследовании, провести дифференциальный диагноз между аппендицитом и другими заболеваниями, как язва желудка и 12-перстной кишки, холецистит, смещенная почка, камень почки или мочеточника и пр. Так, напр., Федоров упоминает, что он 3 раза удалял камни из правого мочеточника у больных, которым крупные хирурги незадолго перед этим удаляли червеобразный отросток, принявши мочеточниковые боли за аппендикулярные. В настоящем учебном году в Хирургической клинике Казанского Гос. Института для усов. врачей одновременно лежали двое больных, которым ранее была сделана аппендэктомия другими хирургами (одному больному — около 3 лет тому назад, другому — несколько месяцев), и тем не менее, несмотря на сделанную операцию, все прежние болезненные явления, главным образом сильные боли, у них продолжали существовать. У обоих больных были распознаны камни правой почки (лоханки), которые и удалены были мной у того и другого больного путем пиелотомии, после чего больные поправились, и наблюдавшиеся у них болезненные явления прошли.

Неоднократно также приходилось мне иметь дело и с такими больными, преимущественно женщинами, которым производились ранее аппендэктомия, пришивание почки, обнажение желчных путей, но истинная причина существующих у них болезненных припадков оставалось невыясненной, и все прежние болезненные явления продолжали оставаться *in statu quo*. Это обстоятельство заставляет меня всегда очень осторожно относиться к диагнозу аппендицита, особенно у женщин. Кроме некоторых причин, в разбор которых я здесь не имею возможности входить, распознавание аппендицита у женщин осложняется особенно возможностью заболевания у них правых придатков матки, что не так редко ведет к диагностическим ошибкам. В этом отношении ошибаются как хирурги, находя аппендицит там, где на самом деле имеется заболевание придатков, так и гинекологи, пользуясь подобными болями от гинекологических заболеваний в то время, как причина болезни лежит в червеобразном отростке. Такие случаи мне приходилось видеть нераз. Подобные же наблюдения известны и в литературе. Так, напр., больная К ü m m e l ' я, страдавшая много лет болями в животе, три раза подвергалась гинеко-

логическим операциям: первый гинеколог, к которому она обратилась, вырезал у ней правый яичник, а затем, в виду не прекращавшихся болей,—и левый; другой произвел напивентке ампутацию шейки матки и выскабливание; наконец, больная попала к К i m m e l ' ю, который сделал ей четвертую операцию—удаление червеобразного отростка, после чего больная и выздоровела.

Причина трудности распознавания аппендицита и заболеваний придатков матки лежит, как известно, в тех тесных анатомических взаимоотношениях, которые имеются между червеобразным отростком и правыми придатками, причем здесь могут быть весьма разнообразные комбинации: благодаря связи между лимфатической системой appendix'a и правых маточных придатков воспалительный процесс, начавшись с червеобразного отростка, может перейти на придатки, и наоборот; далее, червеобразный отросток часто спускается в малый таз, находясь в непосредственной близости с придатками, иногда даже срастаясь с ними, благодаря чему, при заболевании того или другого из этих органов, трудно бывает решить, откуда действительно исходит процесс; с другой стороны воспалительные процессы, исходящие из женских половых органов, могут подниматься вверх до подвздошно-слепої ямки, создавая картину очень похожую на картину аппендицита; заболевания придатков и червеобразного отростка могут быть одновременными и т. д.

Сращения червеобразного отростка с придатками матки мне приходилось встречать при операциях неоднократно. Из этих случаев, как мне кажется, представляет некоторый интерес следующее наблюдение: больная С., 26 лет, была оперирована мной в Пропедевтической Хирургической клинике (I Советская больница) по поводу хронического рецидивирующего аппендицита. При операции обнаружено, что червеобразный отросток—короткий, утолщенный, с резко инъецированными сосудами—был приращен своей верхушкой к правому яичнику, не представлявшему на вид каких-либо, по крайней мере резких, изменений. К основанию отростка было прикреплено опухолевидное образование сант. в 5 длиной и сант. в 2—3 шириной, состоявшее из желеобразной массы с вкрапленными в нее желтовато-белыми очагами. Отросток был удален вместе с этой желеобразной массой. Больная выздоровела. Микроскопическое исследование червеобразного отростка, произведенное проф. Ф. Я. Чистовичем, установило *псевдомиксому червеобразного отростка*. Здесь велишнее заметить, что Ростовцев в своей известной монографии „О перитифлите“ упоминает только о 2 случаях псевдомиксомы червеобразного отростка, известных в литературе,—Routier и Fraenkel'a; в новейшей литературе я встречал и другие сообщения, позволяющие заключить, что псевдомиксома червеобразного отростка, а в особенности брюшины,—не такое редкое явление. Упомяну, напр., об интересном случае, оперированном проф. В. С. Груздевым, где были найдены псевдомиксома брюшины, лопнувшая псевдомуцинозная киста яичника и псевдомиксома (вторичная) червеобразного отростка (см. Горизонтов, Сборн. работ, посвящ. В. С. Груздеву, 1917—23).

Упомяну еще, что мне доводилось также встречать при аппендиците приращение червеобразного отростка к мочевому пузырю как у женщин, так и у мужчин, и это вызывало иногда у подобных больных, кроме обычных явлений аппендицита, и растройства мочеиспускания (учащение

и болезненность его). Мне вспоминается здесь случай, когда при операции, произведенной в холодном промежутке аппендикита, я долго не мог найти червеобразного отростка. Последний оказался почти разрушенным и плотно припаянным к мочевому пузырю, причем, отделяя его от пузыря, я с удивлением увидел в области отделяемых сросшийся блестящие капли металлической ртути. Оказывается, — как потом выяснилось, — металлическая ртуть вводилась в данном случае внутрь с целью лечения (как известно, она до сих пор применяется в простонародье, а прежде рекомендовалась и научной медициной, как лечебное средство, особенно при непроходимости кишок).

Значительное затруднение для распознавания представляют иногда тазовые гнойники в смысле выяснения источника их происхождения (аппендикулярного или гинекологического). Подобные гнойники, того и другого происхождения, мне приходилось, конечно, встречать и оперировать. У женщин несколько раз для лучшего стока содержимого я прибегал при этом к опорожнению гнойника (или наложению противоотверстия) через рукав (задний свод). Вскрытие гнойника *per rectum*, которое иногда приходится производить у мужчин при тазовых гнойниках, и которое рекомендуется некоторыми хирургами, среди лиц женского пола мне пришлось применить один раз у девочки, для вскрытия тазового гнойника, по всей вероятности аппендикулярного происхождения: живя летом на даче в с. Васильеве, я однажды был вызван в семью одного дачника, у которого заболела дочь, девочка лет 14—15; я нашел больную в довольно тяжелом состоянии — лихорадящей, с ослабленным пульсом; девочка была больна уже в течение нескольких дней (около недели); при бимануальном исследовании (через прямую кишку) был обнаружен большой тазовый абсцесс, хорошо определявшийся через брюшную стенку и выпячивавшийся в прямую кишку в виде опухоли. Больная была доставлена в Шаповскую больницу, где я вскрыл ей абсцесс через прямую кишку, введя в полость таза широкую гуттаперчевую трубку, выведенную *per rectum* наружу. Больная выздоровела, и разрез в прямой кишке быстро закрылся. Эту пациентку я много раз видел впоследствии, в течение нескольких лет после операции, — она была здорова и вышла замуж.

3) *Непроходимость кишечника у гинекологических больных.* Непроходимость кишечника у гинекологических больных не представляет особенной редкости и развивается большей частью на почве образования различного рода тяжелей, перемычек и сращений, возникающих вследствие воспалительных процессов в области внутренних женских половых органов, а иногда — как результат бывших гинекологических операций. Некоторые подобные наблюдения имелись и в моей практике.

а) Больная Х., 35 л., поступила в Хирургическую клинику К. Г. Института для ус. вр. с явлениями непроходимости кишок, развившимися у нее внезапно после поднятия тяжести (накануне). Последние годы пациентка страдала болями в нижней части живота, по поводу которых лечилась (у ней находили хроническое воспаление яичников). Общее состояние больной тяжелое. При лапаротомии мною была обнаружена следующая картина: одна из петель тонких кишок фиксирована ямозом таза сращениями, образовавшимися между кишечной петлей и придатками; брыжейка фиксированной в таза кишечной петли, перекинувшись через *gronfolium*, образовала здесь щель, в которой с одной стороны, в направлении с левой стороны на правую, была ущемлена другая петля тонкой кишки, с другой же стороны — справа налево в щель проникла и ущемилась здесь слепая кишка с червеобразным отростком. Сращения между тонкой кишкой и придатками, до-

вольны рыхлые, разделены, и ущемленные в образовавшейся щели петля тонкой кишки и слепая кишка высвобождены. Последние были резко гиперемизированы, вздуты, но, по освобождении из ущемляющего кольца, быстро оправились и приобрели почти нормальную окраску, за исключением небольшого участка стенки тонкой кишки (в области бывшей странгуляции), который оказался подозрительным в смысле некроза и был инвагинирован. Шов брюшной раны. Гладкое послеоперационное течение. Выздоровление.

б) Больная В., 28 л., также лечившаяся ранее по поводу гинекологического заболевания, была оперирована мной в Шаповской больнице при явлениях кишечной непроходимости. По вскрытии брюшной полости оказалось, что петля тонкой кишки была ущемлена в кольцо, которое образовалось в малом тазу между перемычками, идущими от правых придатков к стенкам таза; гангрена кишки. Резекция кишки на протяжении около 2 четв. арп. Выздоровление.

в) Больная Ш., 36 лет, оперирована в Хирургической клинике Каз. Гос. Инст. для ус. вр. по поводу кишечной непроходимости, внезапно развившейся после поднятия тяжести. Имела 5 беременностей, лечилась от женских болезней. При лапаротомии (асс. Цимхес) в левой половине малого таза найдена петля тонкой кишки, перетянутая тяжами и спаеками, идущими по направлению к инфильтрату, исходящему из левого параметрия. Правый яичник кистозно перерожден, левый — заключен в инфильтрат. Ущемленная кишечная петля высвобождена после осторожного разделения тяжей и спаек. Стенка кишки мало изменена. Выздоровление.

г) Лапаротомия по поводу кишечной непроходимости у одной женщины (Советская больница), где петля тонкой кишки была ущемлена тазом, образовавшимся после ранее сделанной операции кисты яичника. Гангрена кишки. Резекция кишки на протяжении 40 сант. Смертельный исход.

Кроме упомянутых случаев мне приходилось также наблюдать еще несколько женщин с кишечной непроходимостью, где последняя, хотя и не могла быть поставлена в непосредственную связь с гинекологическими заболеваниями, но имела место или у беременных женщин, или у женщин, лежавших в Гинекологическом отделении.

а) Больная У., 40 л., лежала в Гинекологическом отделении Института по поводу какого-то гинекологического заболевания. Внезапно у ней развились явления кишечной непроходимости. Будучи вызван на консультацию, я нашел у ней картину *Heuss's* с резко выраженным симптомом *Wahlg.* — в левой половине брюшной полости ясно проэцировалась через брюшные покровы сильно вздутая, колбасовидной формы кишечная петля. На основании найденной картины мною был поставлен диагноз заворота *Flexurae sigmoideae*. При лапаротомии обнаружено: в левой половине брюшной полости оказалась перекрученной слева направо слепая кишка с частью *colon ascendens*, снабженная очень длинной брыжейкой. Гангрена кишки. Резекция слепой кишки, *colonis ascendens* и участка тонкой кишки, прилежащего к соесум. Анастомоз между тонкой кишкой и *colon transversum*. Через неделю больная (в тяжелом состоянии) была взята домой своими родственниками.

б) Больная, молодая женщина, поступила в Гинекологическое отделение Института. Диагноз колебался между внематочной беременностью и кишечной непроходимостью. При лапаротомии (асс. Гусынин) оказался заворот тонкой кишки, который раскручен. Кишка — без резких изменений. Выздоровление.

в) Больная Р., 30 лет, с 4-месячной беременностью, поступила в Гивек. отд. Института, куда была направлена одним врачом, предположившим какие-то неправильности в связи с беременностью. Явления кишечной непроходимости. При лапаротомии мною обнаружено сложное узлообразование толстых (*Flexurae sigmoideae*) и тонких кишек. Узлы раскручены. Выздоровление.

г) Больная Т., 38 л., аналогичная предыдущей больной, — беременность на III мес. Явления запущенной кишечной непроходимости. Очень тяжелое общее состояние. При лапаротомии обнаружена гигантских размеров гангренифицированная, перекрученная *flexura sigmoidea*; перитонит. Резекция *flexurae sigmoideae*. В виду тяжелого состояния больной — вынимание кишечных отрезков в рану. *Exitus letalis*.

Здесь же упомяну о послеоперационных грыжах после гинекологических операций, каковые грыжи мне приходилось оперировать не-

однократно. Некоторый интерес представляет следующий случай ущемленной послеоперационной грыжи, оперированный мною в Шамовской больнице:

Больная, очень пожилая женщина, была привезена в больницу за 100 слишком верст, причем ущемление грыжи у ней существовало уже около недели. При исследовании больной оказалось, что у нее имеется ущемленная послеоперационная большая грыжа, образовавшаяся в рубце после лапаротомии (удаление фибромиомы матки), произведенной много лет тому назад проф. Феноменовым. Явления стеркoralной флегмоны. Произведена резекция сальника и гангренизированной кишки на протяжении 3 четвертей аршина. Несмотря на свой пожилой возраст, на запущенность ущемления, а также на то, что больную в столь тяжелом состоянии везли много верст, пациента довольно хорошо перенесла сделанную ей тяжелую операцию и поправилась. Я видел ее потом через несколько лет.

4) *Несколько слов по поводу диагностических ошибок при распознавании опухолей брюшной полости.* Кажется, ни в какой другой области хирургии не происходит столь многочисленных диагностических ошибок, как при распознавании опухолей брюшной полости. Классические примеры, когда наполненный мочей пузырь, беременная матка, асцит принимались за опухоли гинекологического характера, по-видимому, имеют место и по сие время. Самые опытные хирурги, терапевты, гинекологи не так редко делали и делают при распознавании брюшных опухолей те или другие диагностические ошибки, иногда обусловленные и тем, что опухоль локализуется в смещенном органе или в смещенном участке органа. Так, напр., Quergaïn однажды удалил гипернефрону смещенной почки, располагавшуюся в тазу, причем истинный характер опухоли был выяснен только при операции, когда убедился, что почки на нормальном месте не было. В другом случае тот же автор нашел у одной молодой девушки карциному на малой кривизне желудка, величиной в кулак, спустившуюся (вместе с желудком) до левой spina il. ant. supér. Федоров принял за опухоль почки желчный пузырь, набитый камнями, который вместе с опустившимся книзу языкообразно вытянутым участком печени прилежал к почке. При этом не могу не упомянуть об одном случае, оперированном мной, где опухоль (аденокарцинома), развившаяся в левой доле печени, настолько сильно оттянула вниз в виде языка участок печени, что благодаря этому, стала весьма подвижной и представляла значительные диагностические трудности для своего распознавания.

Б-я И., 53 л., была переведена в Хирургическую клинику Каз. Гос. Института для усов. врачей из Терапевтической клиники с диагнозом опухоли сальника. Пять месяцев тому назад она заметила появление опухоли в брюшной полости. Опухоль эта стала увеличиваться за последнее время, никаких болезненных явлений она не вызывала, — больная отмечает только, что за последнее время похудела. В анамнезе — ничего особенного. При исследовании оказалось, что в брюшной полости, на уровне пупка, прощупывается плотная опухоль, величиной с кулак, очень подвижная как в боковых направлениях, так и кверху и книзу от пупка. Печень не увеличена. Никакой связи опухоли с печенью ни перкуторно, ни путем ощупывания установить не удастся. При лапаротомии обнаружено: левая доля печени в виде длинного языкообразного лоскута далеко ситскается вниз, заключая в себе опухоль (оказавшуюся затем микроскопически аденокарциномой). Других узлов в печени нет. Произведена резекция печени клинообразным разрезом, причем опухоль была удалена с участком органа. В разрез печени вшит свободно пересаженный лоскут фасции, фиксированный толстыми петлеобразными катгутowymi швами, проведенными через паренхиму печени. Выздоровление.

По отношению собственно к опухолям, исходящим из женской половой сферы, общеизвестно, что гинекологи не так редко удаляют гидронефроз, панкреатические кисты, опухоли брыжжейки, блуждающую селезенку и пр., принимая их за гинекологические опухоли. Хирургам же случается иногда делать диагностические ошибки в обратном направлении и удалять опухоли, исходящие из женских половых органов, принимая их за опухоли другого происхождения. Несколько подобных случаев было и в моей практике. Так, несколько раз я удалял кисты яичника, принимая их за опухоли иной природы. Однажды мне пришлось удалить фибромиому, связанную с маткой посредством длинной ножки и располагавшуюся необычайно высоко в верхней-левой половине брюшной полости. Некоторый интерес представляет, затем, случай, оперированный мною в Казанской Губ. Земской больнице, где была удалена, у одной молодой женщины, 6-месячная левосторонняя трубная беременность мертвым плодом. При консультации с довольно опытным гинекологом не было высказано никаких подозрений на внематочную беременность, — было только сделано предположение о возможности встретить при лапаротомии опухоль, исходящую из женской половой сферы. Операция имела благоприятный исход.

Несколько раз мне приходилось также встречать перекрутившиеся кисты яичника. Если гинекологам, которым приходится довольно часто встречаться с данным заболеванием, диагностика его, может быть, и кажется нередко весьма простою, то с другой стороны следует сказать, что в хирургической литературе имеются многочисленные сообщения, когда хирурги принимали перекрутившиеся кисты яичника за различные другие заболевания, в особенности за перитифлит. В этом отношении мне особенно памятен случай, встретившийся мне много лет уже тому назад и бывший для меня особенно поучительным:

У одного из товарищей заболела дочь, девочка лет 14—15, и я, вместе с другими врачами, был позван к ней. Девочка заболела внезапно, были сильные боли в животе, перитонеальные явления, повышенная ¹⁾ болезненная флюктуирующая припухлость в нижней-правой половине живота. Надо сказать, что ни я, ни другие врачи, бывшие одновременно со мной у больной, хорошенько не разобрались в данном случае и высказали предположение об аппендиците. Правильный диагноз перекрученной кисты яичника был поставлен уже потом, и больная была оперирована проф. В. С. Груздевым.

Данный случай мне остался памятным, и впоследствии мне неоднократно приходилось иметь дело с подобными больными и ставить правильное распознавание, встречаясь иногда и у них с диагнозом того же „аппендицита“.

Далее позволю себе сказать несколько слов о туберкулезных перитонитах и о сумкованных перитонитах вообще, которые приходится оперировать и гинекологам, и которые, у женщин, могут создавать диагностические трудности в смысле отличия их от опухолей женской половой сферы (особенно кист яичников).

Туберкулезные перитониты у женщин мне приходилось оперировать неоднократно. Некоторый интерес в данном отношении представляет случай „семейного“ туберкулезного перитонита у двух девочек, татарок, родных сестер, оперированных мною в Шамовской больнице.

Сначала была оперирована старшая из этих девочек, 15 лет, с классической формой туберкулезного перитонита, причем была произведена обычная лапаротомия

с высушиванием брюшной полости от асцитической жидкости. Девочка эта настолько поправилась после операции, что через несколько месяцев мать ее привела ко мне другую дочь, девочку 9 лет, которая также была оперирована мной, и здоровье ее также значительно улучшилось после операции. Впоследствии я случайно узнал, что которая-то из этих девочек в конце концов погибла.

Особенные затруднения, в смысле отличия от брюшных опухолей, в частности гинекологических (кист яичника), могут представлять осумкованные перитониты. Однажды мне пришлось оперировать осумкованный туберкулезный перитонит у женщины, который был признан ранее за кисту яичника. И на самом деле иногда не только до операции, но и во время ее правильное распознавание в данном отношении поставить не так-то легко. Прекрасным примером в данном отношении является случай В. С. Груздева (Бугорковая киста яичника или осумкованный выпот? Врач, 1899, № 41). В данном случае диагноз не удалось поставить даже на вскрытии.

5) *Гонорройные артриты у женщин.* При той частоте гонорреев, какая имеет место в настоящее время, приходится удивляться, что гонорройные артриты встречаются все же относительно не так часто, как этого можно было-бы ожидать. Мне приходилось видеть гонорройных артритов довольно много, преимущественно у женщин и, главным образом, в виде тяжелых (флегмонозных) форм. Чаще я встречал поражение лучезапястного сустава, иногда — локтевого, коленного, мелких суставов пальцев рук. В большинстве случаев приходилось видеть заболевание только одного сустава или двух (напр., обоих лучезапястных суставов). Картина гонорройного артрита, особенно при флегмонозных формах, настолько типична, что распознавание нередко можно поставить по одному осмотру сустава, как-бы ни странным казался подобный диагноз в некоторых случаях, принимая во внимание, напр., малолетний возраст пациентки, домашнюю обстановку и пр. В моей памяти отчетливо запечатлелось следующее наблюдение:

Однажды на прием больных, который я вел со студентами, явился девочка 12—13 лет с двусторонним поражением лучезапястных суставов при резко выраженной разлитой инфильтрации околосуставных мягких тканей и сильной болезненности суставов. Картина была настолько характерна, что я поставил диагноз гонорройного артрита. В дальнейшем удалось выяснить, что девочка действительно страдает гонорреей, виновником которой явился ее родственник, у которого она жила.

Не могу при этом не вспомнить интересный случай, который сообщает Вельямнов, на основании картины поражения сустава поставивший диагноз гонорройного артрита у 3-летней девочки из богатой интеллигентной семьи. У девочки действительно был обнаружен затем гонорройный вульвовагинит. Источником инфекции оказалась молодая бонна-француженка, страдавшая гонорройным вагинитом и пользовавшаяся для своего туалета губками детей, через посредство которых и инфицировала девочку.

Весьма характерным признаком гонорройных артритов, который и мне приходилось наблюдать нередко, особенно при флегмонозных формах, являлись сильнейшие боли и болезненность пораженного сустава, не выносящего иногда ни малейшего прикосновения не только руки, но одежды, одеяла, легкого сотрясения кровати и т. д. Я помню случай, когда я был приглашен на дом к одной молодой женщине, вышедшей

только 2 недели тому назад замуж. Больную я застал в отчаянном положении: имелась резко выраженная флегмонозная форма гонорройного поражения локтевого сустава с настолько сильными болями, что больная, несмотря на применение всевозможных мер, в том числе и наркотиков, буквально кричала на весь дом. Распознавание легко было поставить при одном осмотре сустава. Как выяснилось затем, больная действительно заразилась гонорреей от мужа.

Относительно лечения и исходов гонорройных артритов я вынес неблагоприятное впечатление, — может быть потому, что имел дело преимущественно с тяжелыми формами. Я лично видел некоторый результат от применения застойной гиперемии по Bier's'y. После этого заболевания уже очень скоро, как мне нередко приходилось видеть, развиваются мышечная атрофия и костный анкилоз сустава. Подобные анкилозы у женщин, в особенности в области лучезапястных суставов, настолько характерны, что и без расспросов больной можно установить истинную причину их происхождения.

6) *Переломы и беременность.* Казалось-бы странным на первый взгляд, что между заживлением переломов и беременностью имеется некоторая связь, а между тем эту связь мне приходилось наблюдать неоднократно, да об этом есть и литературные указания, хотя, насколько мне известно, очень скудные. Когда мне пришлось, еще молодым врачом, лечить одну женщину с переломом костей предплечья, происшедшим во время беременности, то я был очень удивлен, что, несмотря на все меры и на все сроки, положенные для заживления подобного рода переломов, кости все же не срослись, и в конце концов образовался ложный сустав. Конечно, как мы знаем, замедление в образовании костной мозоли и образование ложных суставов могут происходить вследствие целого ряда и других причин, и, хотя этих причин в указанном случае не было, данное наблюдение может казаться случайным. Однако я хорошо запомнил этот случай и впоследствии, при переломах у женщин, всегда обращал внимание, не беременны ли они. И действительно, впоследствии я неоднократно наблюдал, при переломах во время беременности, образование ложных суставов или, — более часто, хотя и не всегда, — замедленное образование костной мозоли. Отсюда у меня сложилось впечатление, что процесс регенерации костной ткани во время беременности в общем является нередко пониженным, что, конечно, имеет важное практическое значение для предсказания при лечении переломов у беременных женщин.

7) *Некоторые замечания по поводу кровотечений у женщин.* Гинекологам лучше, чем кому-либо, известно, какие громадные количества крови могут терять женщины во время родов, при различных заболеваниях женской половой сферы и т. д. — нередко без того, чтобы подобные кровопотери были очень губительны или смертельны для больных. Этот факт, конечно, имеет обще-хирургический интерес, и мы знаем, что женщины на самом деле вообще лучше переносят кровопотери, чем мужчины, так как женский организм и сосудистая система женщины являются уже физиологически приспособленными к периодическому восстановлению больших количеств крови (menses). С этим явлением конечно приходится считаться каждому хирургу, и мои личные впечатления еще раз могут подтвердить правильность указанного положения, хотя, конечно, в самых общих чертах. Вспоминая при этом случай, который мне пришлось

видеть в Саратове. Однажды я был приглашен на консультацию в одну семью, где я застал такую картину: девочка лет 14—15 впервые стала менструировать, причем кровь терялась ею в таком колоссальном количестве, что родители больной для спасения ее должны были вызвать целый ряд врачей. Девочка кровоточила уже второй день, но и того количества крови, которое она потеряла в моем присутствии, было-бы конечно вполне достаточно, чтобы от подобной кровопотери погиб любой крепкий мужчина. Между тем молоденькая пациентка, насколько я помню, в конце концов осталась жива. Случай этот рассматривался врачами, бывшими на консилиуме, как гемофилия (спорадическая), чем, может быть, отчасти и объяснялась та легкость, с которой девочка переносила громадные кровопотери, и что, как известно, нередко наблюдается у гемофиликов. В гинекологической литературе имеются наблюдения сильнейших, иногда смертельных, кровотечений во время регул у женщин с совершенно здоровым половым аппаратом, — чаще у молодых девушек. Причины таких кровотечений, повидимому, разнообразны (в том числе и гемофилия), но преимущественно в настоящее время указывается на связь подобных меноррагий с растройствами внутренней секреции.

Prof. V. L. Bogolubow (Kasan). Aus dem Gebiete chirurgisch-gynaekologischer Beobachtungen.

Auf Grund eigener Erfahrung untersucht Verfasser eine Anzahl von Fragen, die hauptsächlich dem Grenzgebiete der Chirurgie und Gynaekologie gehören, wie Cancer mammae der Schwangeren, Appendicitis und Erkrankungen der Adnexen, Pcus bei gynaekologischen Kranken, Diagnostik der Abdominaltumoren, gonorrhoeische Artriden bei Frauen, Frakturen und Schwangerschaft, Blutungen bei Frauen u. a.

Новый способ оперативного устранения застарелых латеральных вывихов коленной чашки.

Проф. М. О. Фридланда,

Заведующего Ортопедической клиникой Гос. Института для усоп. врачей
им. В. И. Ленина в Казани.

(С 6 рис.).

Насколько часто превалируют латеральные вывихи наколенника над всеми остальными его вывихами, видно из статистики K a r l'a. Этот автор мог собрать в литературе до 1921 г. 296 вывихов *patellae*, из которых лишь 5 было медиальных, все же остальные — латеральные. Что же касается еще единственно возможных вывихов коленной чашки, кверху, то об них и говорить не приходится, ибо они еще более редки, чем медиальные. Естественно поэтому, что главное внимание хирургов направлено в сторону изыскания методов лечения именно латеральных смещений наколенника, представляющих наибольший практический интерес и к тому же представляющих в застарелых случаях очень большие затруднения для прочного вправления. Сколько в этом отношении было сделано усилий, — видно из перечня операций, предложенных для устранения застарелых наружных вывихов коленной чашки различными авторами. Привожу этот перечень, кладя в основу его классификацию H ü b s c h e r'a (1909) с дополнениями по M e y e r'u (1922) и F r a n g e n h e i m'u (1923).

I. Операции на скелете.

a) Операции на наколеннике: 1) экстирпация *patellae* (F o w l e r, 1871); 2) операция F o w l e r'a плюс образование из *rectus femoris* лоскута с верхним основанием и сшивание лоскута с *lig. patellae* и обоими *vastus*ами (L o r e n z); 3) операция F o w l e r'a плюс остеотомия бедра (C h a p u t, 1908).

b) Операции в *regio condylica*: 4) углубление *trochleae* долотом (L u c a s C h a m p i o n i è r e, 1888); операция L. C h a m p i o n i è r e'a плюс устранение *genus valgii*, перепрезка *vasti externi* и иссечение медиальной части капсулы (P o l l a r d, 1891); 6) ковка молотком наружного мыщелка с целью вызвать отложение на нем новообразованной кости (R i d l o n и T h o m a s, 1892); 7) фронтальное выдалбливание *condyli externi* и загонка в него клина из слоновой кости (T r e n d e l e n b u r g, 1900); 8) фронтальное надсечение *condyli externi* и загонка в него клина, выбитого из *tibiae* (A l b e e, 1915; B a r d e n h e n e r, 1916).

c) Операции в *regio supracondylica*: 9) остеотомия по M a c E w e n'u (D a v i e s C o l l e y, 1889), 10) остеотомия по M a c E w e n'u плюс ротация бедра внутри на 30° (F r a s e r, 1904); 11) косая остеотомия сзади

снизу вперед и вверх, с целью удлинения бедра и натяжения *quadriceps* (v. Hacker, 1908); 12) остеотомия по Mac Ewen'у плюс операция Fraser'a плюс образование в медиальной части капсулы складки по Le Dentu (Hübscher, 1909); 13) остеотомия по Mac Ewen'у плюс операция Fraser'a с закреплением бедра двумя позолоченными винтами (Schanz, 1913).

d) Операции на tibia; 14) отбивание долотом *tuberositatis tibiae* и перемещение ее кнутри, экцизия латеральной части капсулы (Heineke, 1894); 15) операция Heineke плюс укрепление *tuberositatis tibiae* на новом месте гвоздем, но без экцизии латеральной части капсулы (Casati, 1896); 16) субперпостальное перемещение *tuberositatis tibiae* кнутри (Alsberg, 1898); 17) отбивание *tuberositatis tibiae* долотом с пересадкой ее более книзу, для натяжения *lig. patellae* (Lauenstein, 1918); 18) операция Heineke плюс рассечение *quadriceps* на $\frac{3}{4}$ его ширины (Goldthwait, 1899).

II. Операции на мягких тканях.

e) Операции на суставной капсуле и связках: 19) прижигание расслабленной части капсулы (Heller, 1850); 20) пришивание медиального края *patellae* к периосту *condyli interni* (Wright, 1883); 21) экцизия куска из медиальной части капсулы, стягивание швом краев раны и вертикальное рассечение латеральной части капсулы (Menard, 1893); 22) операция Menard'a, но без рассечения латеральной части капсулы (Bajardi, 1894); 23) ушивание в складку медиальной части капсулы (Le Dentu, 1894); 24) артротомия и смещение *patellae* кнутри (Perkins, 1874); 25) операция Bajardi плюс рассечение наружных связок и *m. vasti externi* (Pillon, 1897); 26) операция Le Dentu плюс операция Wright'a (Hoffa, 1887); 27) экстрапериостальная экцизия связок и капсулы с ушиванием краев раны (Bardenheuer, 1890); операция Wright'a с той несущественной разницей, что *patella* пришивается не к периосту *condyli interni*, а к апоневрозу над ним (Schanz, 1900); 29) рассечение мостовидного лоскута из медиальной части капсулы и вшивание его в латеральную часть сумки (Wullstein, 1906); 30) операция Le Dentu плюс расширение латеральной части капсулы посредством пересадки в вертикальный разрез куска фасции (Perthes, 1917); 31) фиксация *patellae* к *condylus internus* посредством свободно трансплантированной петли из фасции (Klapp, 1917); 31) рассечение *tracti ilio-tibialis*, наружной капсулы и латеральной части *vasti lateralis*, рассечение медиальной части капсулы и сшивание наложенных друг на друга краев раны, стягивательная повязка для расслабления *vasti lateralis* (Ludloff, 1921).

f) Операции на *lig. patellae*: 33) тенотомия *lig. patellae* (Golding, Bird, 1884); 34) перемещение *lig. patellae* под периост внутреннего мышечка *tibiae* плюс тенотомия *vasti externi* (Roux, 1888); 35) операция Wright'a и шов на фасцию между *m.m. vastus int.* и *sartorius* (Heineke, 1891); 36) сагиттальное рассечение *lig. patellae* пополам, отсечение латеральной половины от *tibia* и перемещение ее позади медиальной половины к периосту внутреннего края *tibiae*, где она и фиксируется швом (Goldthwait, 1904); 37) отсечение медиальной трети *lig. patellae*, подтягивание *patellae* за этот лоскут со вшиванием его под периост медиальной поверхности *tibiae* по Roux плюс операция Le Den-

tu (Hübscher, 1907): 38) отсечение внутренней порции lig. patellae со швыванием лоскута в горизонтальном положении под периост *planum epysondylicum int. femoris* плюс рассечение наружной части капсулы и латеральных связок (Dalla Vedova, 1909).

г) Операции на мышцах: 39) подкожная тенотомия m. vasti externi с редрессацией *genus valgi* (Guérin, 1842); 40) подшивание сухожилия *semitendinosi* в возможно поперечном направлении к сухожилию *quadriceps* (Heusner, 1902); 41) подшивание сухожилия *semitendinosi* к периосту верхнего края *patellae* (Böcker); 42) пересадка *gracilis*, проводимого через фасциальную щель в *vastus internus* на внутренний край *patellae*, на который пересаживается также *semimembranosus* (Lanz, 1904); 43) пересадка *semimembranosus* на верхний край *patellae* (Hoffa, 1904); 44) экстраинновальное рассечение капсулы по латеральному краю *patellae* и швывание в этот разрез мостовидного лоскута с верхним основанием из *vasti med.* и капсулы, сшивание краев дефекта в месте взятого трансплантата (Ali Krogius, 1904); 45) операция Ali Krogius'a с той разницей, что лоскут берется из *fascia cruris* медиально от *patella* с верхним основанием (Goebell); 46) Z-образное удлинение *quadriceps* (Froelich, 1914); 47) операция Goldthwait'a с пересадкой *sartorii*, *semimembranosus* и *semitendinosus* на *patella* (Porzig, 1911); 48) пересадка сухожилия *gracilis* на верхний край *patellae* (Whitlocke, 1914); 49) операция Goldthwait'a плюс операция Le Dentu плюс остеотомия и фиксация *sartorii* к внутреннему краю *patellae* (Vulpius, 1914); 50) пересадка *semitendinosus* на *patella* и ушивание *vasti medialis* на уровне сухожилия *recti femoris* (Gocht, 1919); 51) образование лоскута из *vastus lat.* с основанием у *patella*, проведение лоскута под сухожилием *recti femoris* и пришивание к *vastus medialis*, рассечение напряженных волокон *vasti lateralis* и *tractilio-tibialis* плюс операция Le Dentu (Dreyer, 1920); 52) пересадка петли *gracilis* на *rectus femoris* и сшивание *gracilis* с *condylus med.* (Drehmann, 1921); 53) мобилизация *quadriceps femoris* (Schulze); 54) образование языкообразного лоскута с верхним основанием из медиальной части капсулы, волокон *fasciae cruris* и *vasti medialis*, зашивание дефекта в капсуле, фиксация лоскута к верхнему и внутреннему краям медиально оттянутой *patellae* (Frangenheim, 1923).

Итого 54 способа! И, тем не менее, ни один из них не дает полной гарантии в прочности достигнутой *sub operatione* репозиции вывихнутой коленной чашки.

Делая попытку к выработке радикального метода устранения застарелых вывихов наколенника, мы, естественным образом, начали с пересмотра механизма деформации. На этом пути наше внимание останавливает прежде всего совпадение латерального вывиха коленной чашки с коленным *valgus*'ом, достигающим часто весьма значительной величины. Угол физиологического *valgus*'а колена, согласно исследованиям, предпринятым на этот счет ассистентом заведомой мною клиник, д-ром П. А. Никифоровым, у 500 лиц обоего пола в возрасте от рождения до 70 лет, оказался, в среднем, равным у лиц мужского пола—7,3°, женского—8°, в общем же—7,7°. Отчего он зависит? Проще всего дать ответ на этот вопрос, исходя из эмбриологических данных.

В первой стадии зародышевой жизни формирующееся бедро находится в состоянии резкой наружной ротации; в таком же положении нахо-

дятся и пробегающие по бедру мышцы. В дальнейшем, вследствие винтообразного роста бедра, последнее ротирует кнутри, но не в совершенной степени, так что к моменту рождения плода остается некоторая недоротированность бедра кнутри, хорошо заметная по физиологической латеропозиции *m. quadriceps*, в особенности прямой его части. Достаточно теперь представить себе, что какая-нибудь причина (напр., узость маточной полости или замена спирального роста аппозицией новых клеточных элементов в плоскостях, перпендикулярных к длиннику кости) помешала нормальной эволюции бедра,—тогда последнее окажется к моменту рождения ребенка еще более недоротированным кнутри. Доказательством явится ненормальное расположение мышечков, из которых медиальный будет смотреть вперед, а латеральный—кзад, и патологическое смещение *m. recti femoris* кнаружи, следствием чего, в свою очередь, будет патологическая функция отведения коленной чашки и голени в латеральном направлении, т. е. создастся толчок к патологическому увеличению физиологического valgus'a колена и латеральному вывиху *patellae*.

Высказав это предположение при опубликовании своих первых трех наблюдений вывиха *patellae* (в Arch. f. orthopädische u. Unfall-Chirurgie, 1924, Bd. 23), я не имел тогда более веских объективных доказательств в пользу своего априорного взгляда, кроме патологической латеропозиции *m. quadriceps* и характерного положения бедренных мышечков. В настоящий же момент вышеупомянутые исследования д-ра Никитиной, как мне казалось-бы, дают новое, серьезное подтверждение, а именно: физиологический valgus колена—явление врожденное, достигающее у обоих полов довольно высокой средней цифры, 5,3°.

Если таким образом наш взгляд правилен, то и всю другую симптоматику латеральных вывихов наколенника,—малые размеры наружного мышелка бедра и коленной чашки, уплощение межмышцелковой ямки, расслабление медиальной части суставной капсулы и, наоборот, сморщивание ее латеральной отдела,—мы должны рассматривать не как причину, а как следствие пателлярного вывиха. И действительно, упомянутый симптомокомплекс всего ярче бывает выражен в застарелых случаях деформации, причем малые размеры латерального мышелка и коленной чашки весьма просто объясняются длительным взаимодавлением этих костей, благодаря тенденции *patellae* к наружному смещению, уплощение межмышцелкового ложа—его запустеванием аналогично тому, как мы это наблюдаем, напр., в *acetabulum* при врожденных и вообще застарелых вывихах тазобедренного сустава: изменения эластического состояния суставной капсулы столь же естественно объясняются изменением условий ее натяжения, вследствие смещения сросшегося с нею наколенника. Что касается наблюдающегося при наружных вывихах *patellae* патологически увеличенного угла коленного valgus'a, то это также вполне ясно, так как абдукционная тяга прямой мышцы является общей причиной для обоих указанных страданий.

Таким образом механизм развития латерального вывиха коленной чашки представляется нам, в общем, в следующем виде: находящийся, вследствие эмбриологической недоротированности бедра кнутри, в состоянии патологической латеропозиции *m. quadriceps* развивает значительную абдукционную тягу и сильно прижимает коленную чашку к наруж-

ному мышелку, что мешает их нормальному росту (отсюда следует, что термины „атрофия“ *patellae* и латерального мышелка надо понимать условно); в дальнейшем недоразвитый и патологически смотрящий кзади (недоротированный кнутри) естественный тормоз абдукции—наружный мышелок бедра—уже не может представить атрофичной же коленной чашке серьезных препятствий для бокового вывиха даже без добавочной внутриутробной травмы. В менее патологических случаях плод может появиться на свет и без пателлярного вывиха, но с явным к нему предрасположением, облегчающим происхождение вывиха при сравнительно незначительных усилиях *quadriceps'a* или при ничтожных ударах по наколеннику. Еще больше усиливается предрасположение к наружному вывиху в связи с последующими статическими моментами: формированием бедренно-щечного угла, особенно же если он достигнет патологической степени (*coxa vara*).

Отсюда становится понятными: 1) резкое преобладание латеральных вывихов наколенника над всеми остальными формами его вывихов, 2) приобретенные латеральные вывихи *patellae*, развивающиеся медленно, исподволь, течение месяцев или даже лет, без всяких, казалось-бы, видимых причин, и 3) засвидетельствованное литературой статистическое превалирование указанных вывихов у лиц женского пола (у нас 4 мужчин и 6 женщин), сильно выраженная латеропозиция *quadriceps'is* и *genu valgum* у которых составляет их половую особенность.

С точки зрения высказанного взгляда мы, естественно, приходим к выводу, что рациональное составление оперативного плана для устранения застарелого наружного вывиха наколенника должно иметь исходной точкой своего отправления коррекцию положения *m. quadriceps'is*, хотя-бы одной прямой его части, которую следует переместить из состояния латеропозиции в медиальную сторону с таким расчетом, чтобы направление волокон прямой мышцы было совершенно перпендикулярно к верхнему краю наколенника, репонированного на свое естественное место, в межмышцелковую ямку. Само собою разумеется, что постольку, поскольку успели развиваться вторичные патологические изменения, служащие препятствием для репозиции наколенника, их следует устранить предварительным вмешательством, которое должно заключаться в радикальном рассечении сморщенных медиальных тканей (капсулы, фиброзных тканей), ушивании в складку растянутых латеральных тканей коленного сустава и, если имеется значительный *genu valgum*, его редрессации или остеотомии. Техника основной операции распадается на следующие моменты: разрез кожи от середины нижнего края *patellae* вверх по длиннику бедра до границы его верхней трети, отсепаровка прямой мышцы с сухожилием *quadriceps'is* от остального массива четырехглавой мышцы вплоть до полной мобилизации *m. recti*, медиальное перемещение последнего до некоторой гиперкоррекции и, наконец, фиксация крепким шелком или льняными нитками перемещенного *m. recti* к *m. sartorius*, *m. adductor magnus* и *m. vastus medialis*. Кожная рана зашивается наглухо. Рис. 1—4 иллюстрируют расположение мышц бедра при физиологическом и патологическом *valgus'e* колена, а также главные моменты операции.

В настоящее время я располагаю 10-ю собственными наблюдениями латеральных вывихов коленной чашки, из коих в 7 случаях была про-

изведена мною операция медиального перемещения *m. recti femoris* с неизменно-хорошим функциональным результатом. Ввиду особого инте-

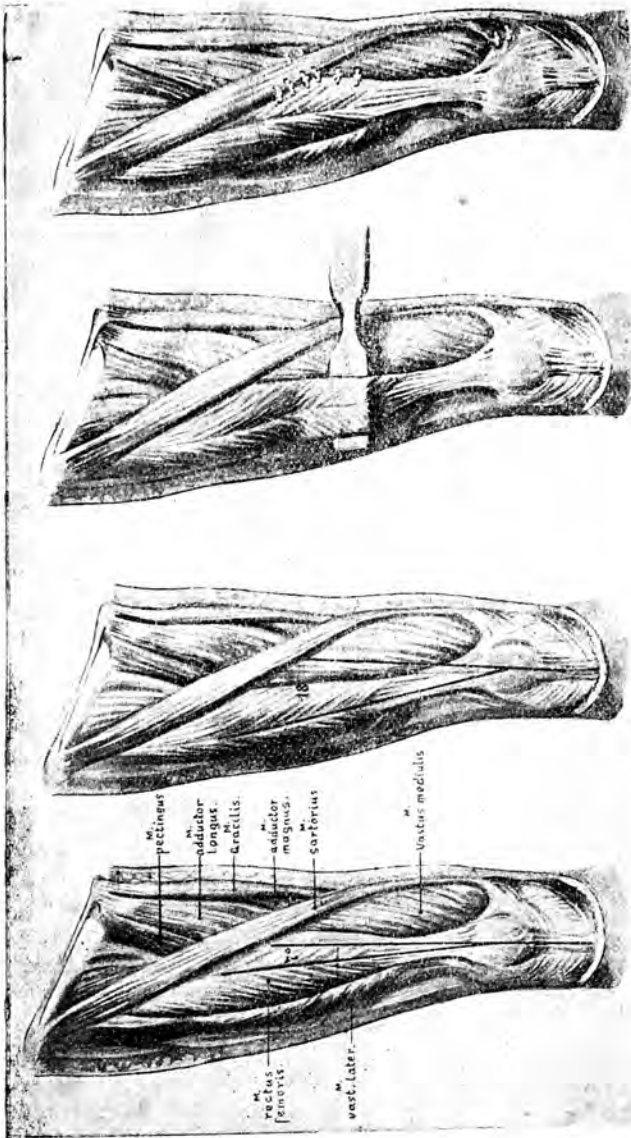


Рис. 1. Физиологическая латеропозиция *m. recti femoris* (не превышающая 7°).

Рис. 2. Патологическая латеропозиция *m. recti femoris*.

Рис. 3. Первый момент операции — мобилизация *m. recti femoris*, который показан уже отсепарованным от окружающих тканей почти до верхней своей трети.

Рис. 4. Заключительный момент операции — мобилизованная часть *m. recti femoris* перемещена в медиальном направлении и фиксирована швами к соседним мышцам; кроме того внизу *capsula fibrosa* подтянута двумя швами к медиальному мыщелку. На всех четырех рисунках коленная чашка, с целью большей демонстративности угла тяги латеропонированного *m. recti femoris*, показана на своем нормальном месте (а не вывихнутой).

реса случаев, привожу вкратце их истории болезни, за исключением первых трех, уже опубликованных, в отношении которых ограничиваюсь лишь общим резюме.

Случай I касался 11-летней татарки с врожденным латеральным вывихом правого наколаенника и резким ограничением движений в коленном суставе, на котором операция Goldthwaita Menard'a Le Dentu оказалась совершенно недо-

статочной; вывих был прочно устранен, и движения в суставе восстановлены до нормы медиальным перемещением сухожилия *quadriceps* вместе с нижней и средней третью *m. recti femoris*, причем прочности эффекта не помешали такие осложнения, как последующая грубая травма сустава и серьезный артрит.

Случай II имел место у 17-летней русской женщины с приобретенным воспалительно-травматическим латеральным вывихом правой *patellae* и *geni valgum* четырехлетней давности. О врожденном предрасположении говорили патологическое *geni valgum*, ненормальная подвижность коленной чашки и резкая латеропозиция *quadriceps* здоровой ноги. Операция медиального перемещения *m. recti* дала стойкое выравнивание коленной чашки, устранила сгибательную контрактуру и повела к быстрому пополнению на 2 см. больной ноги. Одновременная редрессация *genus valgum* способствовала удлинению правой ноги на 2 см. (до уровня левой).

Случай III очень похож на предыдущий: 23-летняя русская женщина с застарелым приобретенным латеральным вывихом правой *patellae* остро-артритического происхождения; вывих комбинирован со сгибательной контрактурой колена, тугоподвижностью его и *geni valgum*. Патологические *valgus* колена и латеропозиция *quadriceps* здоровой ноги указывали на анатомическое предрасположение больной к указанному вывиху. Ввиду беременности (VII месяц), больной предложено явиться для операции после родов.

Случай IV. Мужчина 16 лет, русский. С прошлого года стал замечать, что у него без всякой видимой причины развивается искривление левого колена кнаружи, а около полугода тому назад стало присоединяться наружное смещение коленной чашки. Неудобно ходить и тяготит уродство («ни одна девушка не выйдет замуж»). *Geni valgum* слева: наружный угол колена равен 150°; кроме того слева же *geni recurvatum* 170°. Атрофичная левая *patella* лежит на атрофичном же и смотрящем кзади латеральном мышелке бедра; медиальный мышелок, наоборот, мощно развит и смотрит прямо вперед. Межмышцелковая ямка чрезвычайно узка и плоска. Все бедро по отношению к голени резко ротировано кнаружи. *M. rectus, sin.* сильно смещен кнаружи. Анатомическое укорочение левой ноги, за счет бедра, на 3 см.; функциональное укорочение той же ноги на 5 см. Атрофия лев. бедра в средней части на 5 см., голени на—2 см. На правой ноге *geni valgum*—16° и усиленная *lateropositio m. recti* (см. рис. 5).

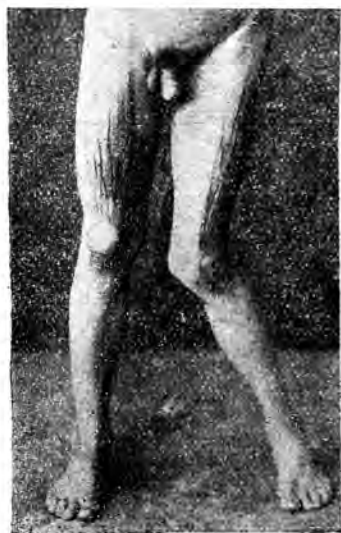


Рис. 5. Случай IV до операции.

гимнастика, суховоздушные ванны. 11/X, вытяжение отменено, разрешено ходить. 20/XI выписан из клиники с вполне здоровой, прямой, почти нормально сгибающейся и выносливой ногой; коленная чашка при всех движениях прочно держится

1/X 24 под эфирно-хлороформным наркозом операция, во время которой обнаружена анатомическая аномалия: *m. rectus femoris* во всю длину прикрыт слявшимися над ним, в виде особого, хорошо развитого пласта, мышечными волокнами *m. vastorum med. et lateralis*. По рассечении этого пласта предстал *m. rectus*, оказавшийся значительно тоньше нормы и настолько прочно связанный своими боковыми частями с мышечными волокнами *vastorum*, что эту связь пришлось рассечь ножом по произвольно выбранной границе. Типичная операция перемещения *m. recti*, дополненная капсулотомией и капсулографией, репозиция *patellae*, которая не уместается в межмышцелковой ямке, а лежит, опираясь краями на оба мышелка бедра. После безуспешной редрессации *genus valgum*—*osteotomy supramalleolaris*. Большая зияющая щель в медиальной части капсулы сустава, тщательно высушенная тампонами от кровоизлияния, прикрыта одной лишь кожей и подлежащей клетчаткой. Глухой шов. Гипсовая повязка на конечность с окном против колена.

11/X сняты швы; *prima*. Разрешено ходить в гипсе, который снят, 25/X и назначены постоянное вытяжение (5 ф.), массаж.

на нормальном месте. 18/V 25 пришел показаться. Абсолютно-нормальные движения в колене, никакого намека на бывший вывих коленной чашки, которая отлично держится на естественном месте, несмотря на узость лоджа; нога совершенно прямая. Вполне доволен результатом операции (рис. 6).



Рис. 6. Случай IV после операции.

на* справа 166°, слева 168°, с высоким стоянием коленных чашек, слабым развитием обоих мышечков бедра и значительным расхождением проксимального сустава между tibia и fibula (на лев. ноге настолько, что свободно входит концы пальцев), причем fibula резко выдается в виде грецкого ореха, 3) у племянницы, умершей в 2-летнем возрасте, было какое-то врожденное заболевание обеих рук и ног, описать которое точнее в семье (малокультурной, крестьянской) не могут.

У больной двусторонний латеральный вывих коленных чашек, лежащих впереди наружного мышечка; при сгибании вывих усиливается. Межмышечковые ямки почти отсутствуют. Оба m. recti резко смещены кнаружи. Значительное расхождение сустава между tibia и fibula, как у сестры. Genu valgum bilateralis. Наружный угол колена 168° справа, слева—166°. Движения в колене по объему нормальны. Длина правой ноги 82 см. (бедро 45 см., голень 37 см.), левой ноги—81 см. (43+38). В обоих коленах хруст. От операции больная отказалась.

Этот случай является также говорящим в пользу врожденного предрасположения к вывиху: незначительность травмы, хронически после нее развивающееся смещение patellae, а главное—наследственные данные, указывающие на семейную склонность к ортопедическим деформациям.

Случай VI. Женщина 25 л., татарка, замужняя. Вывих правой коленной чашки получила 10 лет тому назад при падении со 2-го этажа, после чего развилось и genu valgum. Сильно хромот, медленно ходит, быстро устает. Справа кол. чашка вывихнута, лежит кнаружи и книзу от латерального мышечка; при сгибании колена вывих увеличивается. Мышечки в положении наружной ротации, медиальный увеличен, латеральный атрофирован; межмышечковая ямка почти отсутствует. Резкая латеропозиция m. recti. Genu valgum dext.: наруж. угол колена 130°. Компенсаторный pes adducto-varus d. Атрофия правой ноги на 1—3 см; функциональное укорочение 3 см. Кроме того резкие рахитические искривления: соха vara d. (отведение правого бедра на 5°, левого на 30°), сильное искривление диафиза лев. бедра кпереди, четки на ребрах.

31/III 25 операция: 1) редрессация колена и стопы, 2) типичное медиальное перемещение m. recti с экстрасиновиальным рассечением наружной половины суставной капсулы. Гипсовая повязка до 7/V, после чего механотерапия. 22/V

Этот случай является типичным для вывиха на почве врожденного предрасположения: приобретенный этиологический фактор отсутствует, имеется двустороннее genu valgum, анатомическое недоразвитие соответствующего вывиху левого бедра (короче на 3 см.) и его паружно-ротационная установка, а также аномалия развития бедренной мускулатуры с характером незавершенности ее дифференцировки. С лечебной стороны необходимо отметить быстрое восстановление нормальных движений, несмотря на длительную гипсовую фиксацию конечности, к чему нас вынуждала остеотомия.

Случай V. Женщина 50 лет, русская, замужняя, поступила в клинику 8/X 24. В 15-летнем возрасте упала коленями на толк ваты. После этого стало постепенно развиваться смещение обеих коленных чашек кнаружи. Многие годы дефект этот не причинял никаких беспокойств, и только 5 лет, как стало трудно ходить, особенно по лестнице: остушается, быстро утомляется. В исследованной семье больной имеются следующие уродства: 1) двусторонний врожденный pes valgus у племянника, 2) двусторонний genu valgum у сестры (наружный угол коле-

рецидив *genus valgus*; операция *osteotomiae supramalleolaris*: гипс. 12/VII гипс снят, механотерапия. 29/VIII коленная чашка прочно стоит на своем месте, как в покое, так и при движениях колена, объем которых 65°; наружный угол колена 169°; выписана из клиники. 16/I 26 пришла показаться; ходит без палки, прихрамывая на неоперированную (левую) ногу, которая стала (вследствие исправления *genus valgus* справа) на 2 см. относительно короче; коленная чашка прочно держится на естественном месте при любом положении колена, объем которого 75° (165°—90°); наружный угол правого колена 168°; жалуется на умеренные боли к вечеру после длительного стояния за день; неделями не выходит на улицу по старой привычке; рекомендовано ежедневно пользоваться свежим воздухом и солнцем, меньше нагружать ногу, теплые местные ванны, массаж, рыбий жир.

И у этой больной длительная (3-месячная) фиксация в гипсе не отразилась особенно тяжело на восстановлении последующих движений в колене. Обращают на себя внимание обширные рахитические изменения, которые несомненно способствовали подготовке механических условий для возникновения вывиха *patellae*, хотя в данном случае имела, однако, место и сильная травма. Эти же рахитические изменения являлись причиной болевых ощущений пациентки в остеотомированной ноге в ближайшие месяцы после операции.

Случай VII. Женщина 24 л., татарка, замужняя, поступила 24/III 25. Упала 12 лет тому назад, поскользнувшись, на левое колено, но не сильно, так что после этого свободно пошла дальше. Вслед за этим, однако, у нее стало постепенно развиваться смещение коленной чашки наружу. Нога болит только в сырую погоду; ходит почти не хромя. При выпрямленном колене *patella* на нормальном месте, при сгибании ложится впереди наружного мыщелка, который слегка атрофирован. Активное сгибание до 90°, пассивное почти до нормы, но болезненно. Значительная латеропозиция *m. recti* на обеих ногах. Сильнее справа. *Genus valgum bilaterale* (наружн. угол колена справа 163°, слева 195°). Атрофия бедра на 3 см., голени—на 1 см. От операции отказалась.

Этот случай характерен со стороны незначительности травматического повода к развитию вывиха *patellae*, что может быть объяснено врожденным предрасположением в виде патологической латеропозиции обеих прямых мышц, поведшей к значительному *genus valgum*.

Случай VIII. Мужчина 18 л., татарин, холостой, поступил 24/III 25. 8 лет тому назад перенес какое-то воспалительное заболевание левого коленного сустава, сопровождавшееся болями, опухолью и образованием свища; через год болезнь закончилась костным анкилозом (рентгенограмма!) колена под углом в 88° и смещением коленной чашки наружу и книзу от латерального мыщелка, с которым *patella* также костно связана. Оба мыщелка выражены слабее, чем справа. *M. rectus femoris* слева резко смещен наружу. Наружный угол колена справа—170°. Атрофия левой ноги 4—6 см. Анатомическое укорочение 11½ см., функциональное—29 см. Предложена операция артропластики коленного сустава с репозицией коленной чашки по нашему способу. Первоначально больной от операции отказался и выписался из клиники, но затем, ввиду невозможности пользоваться больной ногой для ходьбы, поступил снова 20/XI 25 с просьбой оказать необходимую помощь.

Операция 3/XII 25. Поперечный разрез под коленной чашкой, отсечение долотом *patellae*, клиновидная резекция спаившихся в одну сплошную костную массу концов бедра и *tibiae*, формирование новых суставных поверхностей, покрытие (неполное) *tibiae* лоскутом на ножке, выкраенным из фиброзно-перерожденных остатков суставной капсулы. Типичная операция мобилизации и перемещения *m. recti* вместе с коленной чашкой и *lig. patellare prorg.* в медимальном направлении с фиксацией швами в исправленном положении. В углах вновь сформированного сустава оставлено по небольшой турунде; швы на кожу; шинная повязка.

Турунды извлечены через 2 суток. Prima. Швы и шина сняты на 9-ый день, назначено постоянное вытяжение ноги (5 ф.). 22/XII начата осторожно механотерапия. 3/I 26 разрешено ходить с костылями. 28/I выписан из клиники; анатомическое укорочение не увеличилось, функциональное 8¼ см. (т. е. на 19 см. нога функционально удлинилась). Активное движение в колене 17°, пассивное 21°; разгибание—до полного выпрямления колена. *Patella* на норм. месте. Ходит безболезненно без палки, но пользуется ею, т. к. иначе нога скоро устает.

Поводом к развитию вывиха здесь явилось таким образом какое-то, нами точно не установленное, заболевание коленного сустава. Интересна здесь комбина-

нация артропластики с нашей операцией и благоприятные результаты от этого сложного вмешательства.

Случай IX. Мужчина 19 лет, татарин-крышен, холост. 5 лет тому назад заболел остеомиелитом левой tibiae, причем одновременно распух и коленный сустав; через месяц образовался свищ на голени, а через 5 месяцев, когда опухоль колена опала, заметил смещение коленной чашки кнаружи, сначала небольшое; затем вывих стал прогрессировать, и образовалось genu valgum. Жалобы на боли в левом колене, хромоту, быструю утомляемость; особенно трудно спускаться по лестнице. На левой tibia операционный рубец—след бывшей секвестротомии и свищ с небольшим гноеотделением. Активное сгибание лишь до 130°, попытки к дальнейшему пассивному сгибанию безуспешны, т. к. вызывают сильную боль. При вытянутом колене patella почти на нормальном месте, при сгибании—садится «верхом» на атрофичный латеральный мыщелок. Оба m. recti сильно латеропонированы, особенно слева. Genu valgum слева 162°, справа 168°. Анатомическое удлинение лев. голени на 1 см. Атрофия лев. бедра вверху на 3 см. и утолщение того же бедра в средней части и голени на 2 см., над коленным суставом утолщение 3 см.

20/V 25 наша операция в комбинации с редрессацией genus valgi и рассечением латеральной части суставной капсулы,—экстрасиновиально вниз и транс-иновиально в ее верхнем отделе, причем длина и ширина зияния сустава 2½ см.; с медиальной стороны капсула ушита в складку. Полость сустава тщательно и нежно высушена марлей, после чего прикрыта кожей. Глухой шов на кожу. Гипс.

Абсолютно-гладкое течение. Гипсовая повязка удалена через 6 недель, после чего массаж, гимнастика. 10/VIII идеальное положение коленной чашки при любом движении колена; его активное сгибание до 110°, пассивное 90°; латер. угол лев. колена 180°; больной хорошо ходит, без всяких болей, свободно спускается с лестницы; сравнение окружности обеих ног даст те же цифры, что и до операции.

Мы видим, что в этом случае оперативное перемещение прямой мышцы, несмотря на одновременное вскрытие сустава, редрессацию и длительную гипсовую фиксацию, дало не только прочную репозицию patellae при любом положении колена, но еще значительно увеличило угол движений в суставе, освободив его от вывиха до операции болей и слабости.

Случай X. Мужчина 20 л., русский, холостой. Вывих коленной чашки был замечен его родителями, когда больному было 3 года от роду, и он стал прихрамывать. С 12 лет стал сильно хромать. Резко атрофированная левая patella вместе с lig. patellae смещена кнаружи от резко же атрофированного латерального мыщелка; при сгибании колена вывих еще больше усиливается. Медиальный мыщелок гипертрофирован, межмышечковая ямка запустела. Резкая латеропозиция m. recti. Бедренная кость представляется скрученной по своей длинной оси кнаружи и прогнутой в нижней трети выпуклостью кпереди. На правой ноге patella также стоит несколько латерально, особенно при сгибании колена. Genu valgum bilaterale (наружн. угол колена слева 162°, справа 170°). Атрофия левой ноги до 5 см. в бедре и 2 см. в голени. Анатомическое укорочение левой ноги на 1½ см., получающееся таким образом, что левое бедро короче правого на 2½ см., а левая голень длиннее правой на 1 см. Функциональное укорочение левой ноги на 2½ см.

2/XII 25 типичная операция мобилизации и медиального перемещения m. recti с patella и ее lig. proprium, причем пателлярная связка, как и в предыдущем случае, отсечена от tibia и пришита к надкостнице ближе к медиальному мыщелку. Мышцы фиксированы швами. Шинная повязка.

Prima. 14 XII начал массаж m. recti. 22/XII шина удалена; массаж всего бедра, пассивные и активные движения, теплые сидячие ванны. 2/I 1926 разрешено ходить: активное сгибание колена до 160°, наружный угол колена 168°. 2 II ходит безболезненно, не хромая; активное сгибание до 120°, пассивное до 100°, наружный угол колена 172° (т. е. genu valgum уменьшился на 10°), patella стоит прочно в исправленном положении; выписан из клиники. 4/II. 2 дня ходил пешком по городу, свободно пользуясь оперированной ногой, но 1 час тому назад с большим случилось несчастье: чуть не попал под лошадь, упал и сильно ушиб левый бок и оперированное колено, которое теперь опухло, болезненно и резко ограничено в подвижности; положен в клинику; постоянное вытяжение на ногу (2 кило), давящая повязка на колено; через 2 дня теплые ванны, механотерапия; быстрое рассасывание серозного выпота в суставе и восстановление его подвиж-

ности; положение коленной чашки ничуть не пострадало. 16/II выписан из клиники при субъективных и объективных данных, совпадающих с таковыми же в день первой выписки 2/II.

Таким образом и у последнего больного с врожденным латеральным вывихом *patellae* мы получили от нашей операции вполне прочную репозицию коленной чашки, которой не повредила даже последующая травма сустава. Интересно также здесь быстрое уменьшение *genus valgii* исключительно лишь под влиянием медиального перемещения *m. recti femoris*.

Суммируя все, высказанные нами в этой статье, соображения и опираясь на клинические наблюдения 10 собственных случаев интересующего нас страдания, мы приходим к следующим выводам:

1. Основным фактором в механизме наружных вывихов *patellae* является патологическая латеропозиция четырехглавой мышцы бедра.

2. Предрасположение к латеральному вывиху наколенника, свойственное и нормальным индивидуумам, есть следствие врожденной физиологической латеропозиции *m. quadriceps*, обуславливающей также физиологический *valgus* колена.

3. Врожденная патологическая латеропозиция может быть объяснена расстройством спирального роста бедра в периоде эмбриональной жизни.

4. Последующие статические моменты, — физиологическое и, в особенности, патологическое формирование бедренно-шеечного угла (*coxa vara*), — усиливают предрасположение к наружному вывиху *patellae*.

5. Радикальной операцией при указанных вывихах является исправление топографии *m. quadriceps* путем мобилизации и медиального перемещения прямой его головки (*m. recti femoris*) на возможно большем протяжении с фиксацией ее к медиальным мышцам бедра: к *m. m. sartorius*, *adductor magnus* и *vastus medialis*. Все другие операции, из которых наибольшего внимания заслуживают рассечение сморщенных тканей с внутренней стороны, а также редрессация или остеотомия *genus valgii*, должны рассматриваться, как вспомогательные методы, показанные постольку, поскольку развились вторичные изменения, препятствующие репозиции наколенника.

6. В послеоперационном периоде показано возможно раннее и осторожное применение теплых ванн и механотерапевтических процедур.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Karl. Arch. f. klin. Chir., 1921, Bd. 118.—Hübscher. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1909, Bd. 24.—Meyer. Arch. f. orthop. u. Unf.-Chir., 1922, Bd. 21.—Frangenheim. Arch. f. klin. Chir., 1923, Bd. 126.—Еиптенко. Казанский Мед. Журн., 1924, № 1.—Фридланд. Arch. f. orthop. u. Unf.-Chir., 1924, Bd. 23.—Никифоров. Работа будет напечатана в одном из ближайших №№ „Каз. Мед. Журнала“.

Prof. M. O. Friedland (Kasan). Ein neues Verfahren der operativen Beseitigung veralteter lateraler Luxationen der Patella.

Verfasser beobachtete 10 Fälle obengenannter Erkrankung, wobei er zu folgenden Schlussfolgerungen kam: 1) Als Hauptfactor im Mechanismus der lateralen Luxationen der Patella erscheint die pathologische Lateroposition des M. quadriceps femoris. 2) Die Prädisposition zur lateralen Luxationen der Patella, welche auch normalen Individuen eigen sein kann, wird bedingt durch eine angeborene, physiologische Lateroposition dieses Muskels, welche auch den physiologischen Valgus des Knies bedingt. 3) Die angeborene pathologische Lateroposition des M. quadriceps femoris kann auch durch Störungen des Spiralschwunges des Oberschenkels im embryonalen Leben erklärt werden. 4) Nachfolgende statische Momente, physiologische, besonders aber pathologische Formierung des Winkels zwischen dem Schaft und Hals des Schenkels (coxa vara), verstärken die Prädisposition zur lateralen Luxation der Patella. 5) Als eine Radicaloperation der genannten Luxationen erscheint die Correction der Topographie des M. quadriceps mittels der Mobilisation und medialer Versetzung seines geraden Teiles (M. recti femoris) in möglichst grosser Ausdehnung und seine Fixation an die medialen Oberschenkelmuskeln: Mm. sartorius, adductor magnus und vastus medialis. Alle andere Operationen, unter welchen die grösste Aufmerksamkeit die Durchtrennung der geschrumpften Gewebe auf der lateralen Seite des Gelenkes, die Capsuloraphie der gedehnten Gewebe auf der inneren Seite sowie das Redressement oder die Osteotomie des Genu valgum verdienen, müssen als Hilfsmethoden betrachtet werden, welche dort angezeigt sind, wo sich secundäre Veränderungen sich entwickelt haben, welche die Reposition der Patella verhindern. 6) Nach der Operation ist möglichst frühere und vorsichtige Anwendung warmer Bäder und mechanotherapeutischer Proceduren angezeigt.

Два случая хинного амавроза.

Д-ра Н. М. Морозова *).

В обширной и чрезвычайно разнообразной патологии глаза хинин, как этиологический фактор, вызывающий стойкие изменения в органе зрения, связанные с расстройством функции последнего, несмотря на его огромную потребляемость, фигурирует не так часто. Хотя в литературе, преимущественно иностранной, посвященной этому вопросу, и насчитывается довольно значительное количество случаев хинного амавроза и амблиопии,—у Lewin'a и Guillery¹⁾ зарегистрировано, напр., 99 случаев, а за последние 20 лет имеется еще около 30 наблюдений,—но все же отдельными авторами подобные случаи наблюдались редко. Uththoff²⁾ на 100.000 больных, а С. Каминский³⁾ на 93.000 имели только по 1 случаю хинного амавроза. Наблюдаемые нами 2 случая за все время существования отделения являются первыми и приходятся на 40.000 амбулаторных больных. Таким образом, хинный амавроз, хотя и имеет довольно обширную литературу, но все же, в виду его сравнительной редкости, заслуживает описания в каждом отдельном случае. Описываемые здесь два случая представляют интерес еще и потому, что в одном из них амавроз был вызван дозами хинина, повидимому, не превышающими терапевтических, но принимавшимися в течение продолжительного времени по поводу заболевания малярией: это заслуживает внимания в связи с исключительным распространением малярии за последние годы, в борьбе с которой в настоящее время применяется длительная хинизация маляриков в дозах, иногда превышающих обычную дозировку (от 2 и более грм. на сутки).

Случай I. Больная Т. Т., 22 лет, 29/VI 1925 г., в 5 ч. веч. приняла 10,0 солянокислого хинина с целью вызвать аборт. Испугавшись своего поступка, вскоре после этого она стала пить молоко, чтобы вызвать рвоту. Минут через 20 больная почувствовала шум в ушах, сердцебиение, головокружение и сильную слабость. Вскоре появились тошнота и рвота, и через 1½—2 ч. больная лишилась сознания. В тот же вечер она была отправлена в III Рабочую больницу. На другой день, в 3 ч. утра, проснувшись, она заметила, что ничего не видит. Полная слепота продолжалась в течение 3 дней. На 4-й день появилось светоощущение, а в дальнейшем, по ее словам, все окружающее казалось ей как-бы в густом тумане. 7/VII, т. е. через 8 дней, больная была доставлена на амбулаторный прием. В препроводительной записке врачом III Рабочей больницы указывалось, что 3/VII ей был сделан аборт, и в настоящее время общее состояние больной удовлетворительное. При осмотре ее прежде всего бросалась в глаза бледность кожи лица и слизистых оболочек. Зрачки были расширены и неподвижны. Острота зрения в обоих глазах

*) Сообщено в Глазной секции О-ва Врачей при Казанском Университете, с демонстрацией больных, 23/X 1925.

равнялась движению руки. Внутриглазное давление по F.-Лившицу в правом глазу— 12×2 , в левом— 13×2 . Дно глаза: соски в обоих глазах матово-белого цвета с неясными контурами, артерии сетчатки очень узки и в некоторых местах с трудом различимы.

Больной была предложена пункция передней камеры, от которой она отказалась. Назначено: 1% sol. strychnini nitr. в оба глаза и sol. kalii iodati, 6,0: 200,0 внутрь; кроме того, предложено носить очки-консервы. 9/VII: зрачки расширены, появилась слабая реакция на свет и на конвергенцию; vis. os. utr.—1,0; поле зрения сужено до точки фиксации, красный и зеленый цвета не различает, дно глаза без перемен. 15/VIII: зрачки сузились почти до нормы, реакция на свет живая, vis. os. utr.—1,0, поле зрения в обоих глазах концентрически сужено на белый цвет до 10° , красный и зеленый цвет больная различает у точки фиксации, дно глаза без перемен. 24/VII: состояние зрачков нормальное, реакция на свет живая, vis. os. utr.—1,0, поле зрения и дно глаза по сравнению с предыдущим исследованием без изменения. В дальнейшем больная не являлась на осмотр более месяца. При исследовании ее 4/IX найдено: состояние зрачков нормальное, vis. os. utr.—1,0, поле зрения на белый цвет концентрически сужено в правом глазу кверху и книзу до 20° , кнутри—до 25° и кнаружи—до 30° , в левом—кверху, книзу и внутри в пределах 20° , кнаружи—до 30° , на красный цвет в обоих глазах—в пределах $13—15^\circ$, на зеленый—несколько уже, со стороны дна глаза изменений по сравнению с предыдущими исследованиями не наблюдается. 28/X: vis. os. utr.—1,0, поле зрения в пределах предыдущего исследования, дно глаза—papillaе обоих глаз начинают принимать оттенок атрофической бледности, состояние сосудов сетчатки без видимых изменений; лечение: sol. strychnini nitr. 1% в виски. 18/XI: больной сделано 20 инъекций 1% strychn. nitr. и виски, vis. os. utr.—1,0, поле зрения на белый цвет по сравнению с предыдущим исследованием расширилось в правом глазу кнаружи до 35° , оставаясь в других направлениях без перемен, в левом—простирается кнаружи до 40° , кнутри—до 35° кверху и книзу—в пределах 25° , на красный цвет в обоих глазах сужено до 15° , на зеленый—до 12° , со стороны дна глаза видимых изменений по сравнению с предыдущим исследованием нет. Дальнейшее лечение: sol. strychn. nitr. 1% в каплях в оба глаза и sol. kalii iodati 6,0: 200,0 внутрь.

Случай II. Больная Е. К., 25 лет. Страдая малярией с февраля 1925 г., принимала хинин 2 и иногда и 3 раза в день по 1 капсуле в течение 4—5 дней подряд, а затем делала перерыв в 2—3 дня. Дозу указать не может, так как лечилась самостоятельно, не будучи под наблюдением врача. С августа больная, не чувствуя улучшения своего состояния, стала принимать, кроме хинина в капсулах, еще один раз в день какое-то лекарство, в которое сама сыпала 4,0 хинина. Усугубив таким образом дозу, она стала чувствовать по временам слабость, головную боль и шум в ушах, но не прекращала приемов. Вечером 2/X, спустя приблизительно $\frac{1}{2}$ ч. после приема обычной дозы хинина, она почувствовала головокружение, шум в ушах и сильную слабость. В дальнейшем появились рвота, гл., хотя, и спустя 2 часа больная лишилась сознания. Проснувшись на другой день в 9 ч. утра, она заметила, что ничего не видит. Слепота продолжалась в течение 3 ч., после чего зрение стало понемногу возвращаться, и на другой день больная уже видела окружающие предметы. На амбулаторный прием явилась 6/IX, т. е. на 4-й день. При осмотре ее найдено: бледность кожи лица и слизистых оболочек, зрачки расширены и вяло реагируют на свет, реакция на конвергенцию сохранена, острота зрения обоих глаз—1,0, внутриглазное давление в обоих глазах в пределах нормы; дно глаза: papillae бледны, контуры их слегка ступенчаты, сосуды сетчатки сильно сужены, поле зрения на белый цвет в обоих глазах концентрически сужено кверху и книзу до 15° , кнаружи и кнутри—до 20° , на красный и зеленый цвет сужено до 10° . Больной было предложено прекратить приемы хинина, и назначены Methylenblau по 0,1 3 раза в день, sol. kalii iodati 6,0: 200,0 внутрь, 1% sol. strychn. nitr. и 1% sol. pilocarp. mур под кожу, а также очки-консервы. 16/X: состояние зрачков нормальное, реакция на свет живая, vis. os. utr.—1,0, поле зрения на белый цвет расширилось и достигает в правом глазу кнаружи до 40° , кнутри—до 35° , кверху и книзу—до 20° , в левом—кнаружи до 45° , кнутри—до 35° , кверху—до 30° и книзу—до 30° , на красный цвет по сравнению с предыдущим расширилось в правом глазу кнаружи до 30° и кнутри до 25° , в левом—кнаружи до 35° и кнутри до 25° , на зеленый цвет в обоих глазах в пределах 15° , дно глаза без видимых изменений. 6/XI: больной сделано 6 инъекций 1% sol. pilocarpini mур. и 20 инъекций 1% sol. strychnini nitr. поле зрения в правом глазу: кнаружи— 40° ,

внутри—35°, сверху—20° и снизу—30°, в левом глазу—50°, внутри—40°, сверху—30°, снизу—25, на красный цвет в правом глазу в пределах 25°, в левом—30°, на зеленый в пределах 18° в обоих глазах: при офтальмоскопическом исследовании замечается, что ретина начинает принимать розоватый оттенок, особенно в левом глазу, состояние сосудов сетчатки без видимых изменений; для дальнейшего лечения назначены *sol. strychnini nitrici* 1% в каплях, и *sol. kali jodati* 6,0: 200,0 внутрь.

Руководствуясь приведенными данными анамнеза и объективного исследования наших больных, мы видим, что оба случая представляют типичную картину хинного амавроза. В обоих случаях амаврозу предшествовали явления общей интоксикации. Полная слепота продолжалась в I случае 3 суток, во II—всего несколько часов. Центральное зрение восстановилось в I случае на 9-й день, во II—на 3-й день. Со стороны дна глаза в обоих случаях наблюдалось побледнение сосков и резкое сужение сосудов сетчатки, поле зрения на белый цвет было сильно сужено.

Случай I интересен в том отношении, что здесь, несмотря на огромную дозу принятого хинина, центральное зрение восстановилось до нормы, тогда как довольно часто, в тяжелых случаях отравления, оно остается пониженным; поле зрения пострадало сильно, оставаясь концентрически суженным в пределах 30°—35°.

Случай II, являясь более легким по сравнению с первым, представляет интерес в том отношении, что здесь амавроз был вызван дозами хинина, повидимому, не превышавшими терапевтических, но принимавшимися продолжительное время с перерывами, которые оказались недостаточными, чтобы вывести из организма предыдущие дозы, следствием чего явилась слепота, а в дальнейшем значительное расстройство функции обоих глаз,—поле зрения осталось суженным на белый цвет до 40°—50°. Подобные случаи описаны в литературе и чаще всего наблюдаются в Америке, где хинин с терапевтической целью назначается в гораздо больших дозах, чем это принято у нас. Этот случай, а также и описанные в литературе, несмотря на их редкость, все же заставляют нас обратить внимание на дозировку хинина и, при назначении больших доз, всегда иметь в виду возможность тяжелых расстройств со стороны зрительно-нервного аппарата,—тем более, что действие хинина и помимо величин дозы не всегда одинаково и во многом зависит от индивидуальных особенностей и общего состояния организма, а также и от способа введения хинина: будучи введен в подкисленном виде, он всасывается через $\frac{1}{4}$ часа, в сухом виде—через $\frac{1}{2}$ —1 час. Введенный внутримышечно или под кожу, он всасывается медленно и действует дольше. При внутривенных вливаниях действие его значительно быстрее. Величина дозы, способная вызвать амавроз или амблиопию, значительно колеблется. В литературе известен случай, где временная слепота наступала каждый раз уже после приема 0,72 хинина (Lewin и Guillery); описаны, далее, случаи расстройства зрения от ежедневного приема 3,0—5,0 хинина в течение нескольких дней (Briquet). С другой стороны известны случаи, где весьма большие дозы хинина (20,0), вызывая проходящую слепоту, оканчивались впоследствии выздоровлением (Lewin и Guillery).

В русской литературе относительно хинного амавроза есть весьма ценная работа проф. Барабашева. Чтобы точнее определить дозу хинина, способную вызвать расстройство зрения, он производил опыты

(?! Ред.) над здоровыми людьми и в одном случае, вместе с явлениями общего отравления получил амавроз, длившийся до $1\frac{1}{2}$ мнп. и повторявшийся 10 раз. На основании своих опытов он вывел заключение, что при хинном отравлении имеют громадное значение индивидуальные особенности организма, проявляющиеся в способности более или менее быстро выделять из себя хинин. Так, в одном из его опытов 200,0 грм. хинина вызвали, наряду с общими явлениями отравления, расстройство зрения, тогда как у другого субъекта вдвое большая доза не вызвала никаких изменений со стороны зрения. Кроме того, по его мнению, вес тела и рост имеют противоположное друг другу влияние на действие хинина: одни и те же дозы, вызывая у лиц высокого роста, худощавых и анемичных резкие явления отравления, у лиц невысокого роста, но хорошо упитанных, могут не оказать заметного действия. Дозу хинина в 3,0 проф. Б. считает опасной для органа зрения. В тропических странах путешественники принимают хинин чайными ложками, не испытывая острых явлений отравления, тогда как другие не переносят такой дозы. По Кравкову ²⁾ смертельной дозой считается 7—10,0 хинина. У детей восприимчивость к последнему такова же, как и у взрослых. Так, у 6-летней девочки после приема 1,68 хинина (в течение 48 часов) наступил слепота, конвульсии и смерть, тогда как у 3-летнего ребенка после приема 1,8 наступил амавроз и выздоровление (Lewin и Guillery). У собак Барабашев получал амавроз от введения под кожу 1 драхмы хинина, Holden—из расчета 0,07 на 1 кило веса тела ³⁾).

Вредное действие хинина на глаз было известно еще в первой половине XIX века. С этого времени начинают появляться сообщения, основанные частью на собственном опыте (Niivenhius), частью на наблюдениях. Так, в 1838 г. Bayder наблюдал случай временного амавроза после 40 гран сернокислого хинина. Briquett сообщил 4 случая хинного отравления с расстройством зрения, продолжавшимся от 1 дня до 1 месяца. В 1857 г. Graefe первый описал офтальмоскопическую картину хинного амавроза, хотя во многих отношениях не соответствующую типической картине, установленной в настоящее время.

В дальнейшем целым рядом других авторов были описаны подобные же случаи и сделаны попытки путем экспериментов над людьми и животными выяснить сущность этого процесса.

Клиническая картина хинного амавроза типична. По наблюдениям почти всех авторов тяжелые случаи отравления, сопровождаются явлениями общей интоксикации, как-то: головной болью, шумом в ушах, глухотой, болью в области желудка, рвотой, общей слабостью, замедленным пульсом и дыханием, явлениями бреда и, наконец, бессознательным

²⁾ Вскоре после моего сообщения в Русск. Оф. Журнале (1925 г., № 8) появилась статья д-ра А. Н. Владыченского, в которой он описывает 3 случая амавроза, вызванного лечением малярии подкожными вливаниями 4% раствора солянокислого хинина по способу David'a, измененному д-ром И. Стукало. В первых 2 случаях хинин (кристаллический) вводился по 2,0 в сутки, а в третьем случае, у 5-летней девочки, было введено в первые сутки 1,8 (кристаллического хинина), во вторые 1,5 и в следующие 2 дня—по 0,6. В первых 2 случаях центральное зрение восстановилось, а периферическое осталось суженным на 20—30°; в третьем случае vis. os. utr.=0,4—0,5, а поле зрения не выяснено. Автор обращает внимание на способы хинизации при лечении малярии и находит необходимым научную разработку вопроса о дозировке хинина.

состоянием; со стороны глаз наблюдается ряд постоянных симптомов, а именно, понижение зрения, достигающее до полной слепоты, и концентрическое сужение поля зрения. Со стороны дна глаза обычно находят побледнение сосков и резкое сужение сосудов сетчатки, достигающее до их облитерации (Uthoff).

Эта типичная и почти всегда одинаковая картина глазного дна представляла исключение в 2 случаях Graefe, где дно глаза не представляло отклонений от нормы. Кроме того Zannotti наблюдал случай кровоизлияния в сетчатку, а Straub—2 случая отека ее. Помимо этого отдельными авторами отмечается целый ряд непостоянных симптомов. Так, со стороны зрачков чаще всего наблюдаются, после кратковременного сужения, расширение их и отсутствие световой реакции, при существовании ее на конвергенцию. В одном случае наблюдалось нормальное состояние зрачков при абсолютной слепоте, в другом—лишь вялая реакция на свет, а в третьем было расширение зрачка и вялая реакция лишь в одном глазу. В одном случае у ребенка после приема большой дозы хинина наступило сужение зрачков, сопровождавшееся конвульсиями и цианозом (Lewin и Guillery). Как редкий случай, был описан парез аккомодации (Каминский). Из других непостоянных симптомов следует отметить понижение внутриглазного давления (Tiffany, Parker), а иногда и повышение (Clemens), анестезию роговой оболочки (Voorhuis), нистагм и клонические судороги век. Наблюдались также единичные случаи гемералопии и нарушения цветоощущения (Rapas). Так, один железнодорожный служащий в течение года после лечения хинином по поводу тифа имел нарушение цветоощущения—ярко красный цвет принимал за зеленый, темно-зеленый—за красный, светло-зеленый—за желтый и лиловый—за синий. Довольно часто наблюдается скотома на цвета, но на белый цвет она бывает лишь как исключение (Podko, Bietti).

Из всего сказанного выше видно, что хинин, будучи введен в организм, обладает достаточно сильной способностью вызывать слепоту, причину которой одни авторы видят в анэмии сетчатки и зрительного нерва вследствие сильного сужения сосудов, вызванного действием хинина, другие—в непосредственном действии хинина на ганглиозный слой клеток сетчатки с развитием в нем дегенеративных процессов. Помимо этого, некоторыми авторами допускается и расслабляющее действие хинина на окончания светочувствительных элементов сетчатки (De Vono).

Виннер полагает, что главную роль здесь играет понижение кровяного давления вследствие ослабления сердечной деятельности. Барашев, на основании своих опытов на людях и собаках, вывел заключение, что хинин понижает кровяное давление и, раздражал вазомоторные центры, вызывает сокращение периферических сосудов. De Schweinitz опытами на собаках подтверждает это мнение; кроме того он находил изменения в стенках сосудов, развитие в них эндовакулита и образование тромбов. Holden видит начало процесса в сосудах сетчатки, вследствие чего, по его мнению, в дальнейшем происходят дегенеративные процессы во внутренних слоях сетчатки и зрительном нерве. Birch-Hirschfeld и Druault полагают, что хинин действует непосредственно на узловатые клетки сетчатки, вызывая в них дегенеративные процессы. На микроскопических препаратах они находили распад хромати-

новых телец, вакуолизацию протоплазмы, утолщение и сморщивание ядер в слое ганглиозных клеток сетчатки, а также дегенеративные изменения в зрительном нерве. Altland, производя экспериментальные исследования над хинным амаврозом, подтвердил данные работ Birch-Hirschfeld'a и Druault. Более подробные исследования в этом направлении принадлежат Behse ⁶⁾ о который на основании своих опытов на кроликах, изучая параллельно офтальмоскопическую и патолого-анатомическую картину хинного амавроза, вывел заключение, что причина амавроза лежит в сильном сокращении сосудов сетчатки, благодаря непосредственному действию хинина на их стенки, и может сопровождаться повреждением их целостности. При этом в центральной артерии, в силу ее анатомического положения, создаются условия благоприятные для образования тромбов со всеми их последствиями. Изменения же сетчатки сосредоточены главным образом в слое ганглиозных клеток и могут или зависеть от непосредственного действия хинина, или являться результатом ослабленного питания.

Случаи отравления хинином чаще всего наблюдаются вследствие приема больших доз, принятых с терапевтической целью или случайно, а также в случаях самоубийства или с целью вызвать аборт. Реже наблюдаются случаи отравления небольшими дозами, принятыми в короткое время, когда предыдущие дозы не успели выделиться из организма. Амавроз встречается реже, чем амблиопия, и замечается больными редко, так как обычно в это время больные уже теряют сознание. Амблиопия в зависимости от тяжести случая может проявляться в различной степени.

Течение болезни и исход в большинстве случаев неблагоприятны. Поражаются обыкновенно оба глаза. Случаи полного излечения весьма редки, — чаще всего наблюдается понижение центрального зрения и сильное сужение поля зрения, в особенности на цвета. В двух случаях Кулебякина ⁷⁾ поле зрения на белый цвет восстановилось почти до нормы, тогда как на красный и зеленый цвет осталось суженным. В третьем его случае восстановившееся поле зрения на белый цвет впоследствии сильно сузилось. Улучшение обычно наступает в первые 2—3 месяца болезни, и в дальнейшем процесс долго остается без изменения. В отношении центрального зрения прогноз, по мнению некоторых авторов, хороший. Кубли ⁸⁾ имел возможность убедиться в этом на одном случае, известном ему более 20 лет. Бледность и сужение сосудов сетчатки, по мнению Кпарр'a, повидимому, остаются после отравления хинином навсегда.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) W. Uthoff. Die Augenveränderungen bei Vergiftungen. 1911.—
- 2) С. Каминский. Русск. Офт. Журн., 1923, № 1.—3) Lewin und Guillery. Die Wirkungen von Arzneimitteln und Giften auf das Auge. Berlin. 1905.—4) П. Н. Барабашев. В. О., 1901, январь.—5) Н. П. Кравков Основы фармакологии, часть I, 1918.—6) Behse. Arch. für Opht., 1909, Bd. LXX.—7) А. И. Кулебякин. В. О., 1911.—8) Ф. Кубли. В. О., 1910.

D-r N. M. Morosoff (Kasan). Zwei Fälle Chininamaurose.

Der Autor beobachtete 2 Fälle von Chininamaurose bei Frauen. Im ersten Falle nahm eine 22 Jahre alte Schwangere 10,0 chinini muriatici ein um einen Abort hervorzurufen. Es erfolgte eine gänzliche Erblindung, welche 3 Tage lang dauerte. Das zentrale Sehen hat sich vollkommen am 9. Tage wieder hergestellt. Das Gesichtsfeld, welches anfangs sehr verkleinert war, hat sich allmählig im Laufe von 4 Monaten erweitert. Im zweiten Falle hatte eine 25 Jahre alte an Malaria leidende Kranke seit Februar 1925 2—3 Mal täglich eine Kapsel Chinin (näher ist die Dosis unbekannt) mit 3—4-tägigen Unterbrechungen eingenommen. Am Abend des 2. Oktobers traten nach gewöhnlicher Dosis die Erscheinungen der allgemeinen Vergiftung ein und einen Tag später—Erblindung, welche 2 Stunden dauerte. Im Laufe von der nächsten 4 Tagen hat sich das Sehensvermögen bei scharf verringertem Gesichtsfeld wiederhergestellt; später im Laufe von 1 $\frac{1}{2}$ Monaten hat sich auch das Gesichtsfeld bedeutsam gebessert.

Новый способ определения истинной кон'югаты (С. v). у женщины *).

Студента Н. И. Зеленина.

(С 6 рис.).

Если заставить 10—15 лиц измерять обычным способом истинную кон'югату у одной и той же женщины, то у большинства измерявших получатся разноречивые данные. Это происходит главным образом оттого, что точки, по которым производится обмер таза, установлены старыми исследователями чисто-эмпирическим путем. В настоящее время, когда медицинская мысль старается подвести научно обоснованный фундамент под старинное учение о нормальном типе, его отклонениях, о взаимоотношении частей тела, с общепринятой методикой измерения истинной кон'югаты, основанной на эмпирических данных, мириться нельзя. Надо найти другой способ измерения, в котором было-бы меньше произвола.

Если мы обратимся к старой литературе, то найдем в ней, что изучением пропорций человеческого тела занимались многие авторы, которые, однако, исходили из невыполнимого задания—свести размеры человеческого тела к числам кратным какой-либо величине,—так наз. канону. Древние египтяне, по Lersius'y, за единицу меряла принимали длину среднего пальца и считали, что этот канон должен 19 раз повториться в нормальном росте человека. Поликлет за единицу меры принимал длину стопы статуи Дорифора—копыеносца. Целый ряд авторов (Lomazzo, Cousin, Stratz, Schadow) пользовались длиной головы от темени до подбородка; по Schadow'y, напр., длина головы должна быть равной длине кисти, причем та и другая должны равняться 9 дюймам каждая. Carus, Ritschel, Schmidt пользовались в качестве канона длиной позвоночника и пр.

В новейшее время, с развитием учения о конституциях, этому вопросу посвящено большое количество исследований, причем для выведения законов соотношения между различными частями человеческого тела применен математический анализ геометрических фигур. В нашу задачу не входит здесь излагать всю массу относящихся сюда исследований. Я ограничусь лишь указанием на работу проф. М. Я. Брайтмана („Введение в учение и пропорциях и конституциях человеческого тела“), в которой упоминается о том, что ему удалось собрать по литературным

*) Доложено в заседании Студенческого Ак.-Гин. кружка 20/X 1925, в заседании врачей родильных домов г. Москвы 1/II 1926 и в заседании Московского Акушерско-Гинекологического Общества 10/II.

материалам более 115 канонов, служащих для оценки пропорций человеческого тела.

Уже самое это обилие формул показывает, что проблема пропорций не может считаться до настоящего времени разрешенной, хотя нельзя отвергать и того положения, что эти пропорции все же существуют и, как нечто реальное, имеют место в человеческом организме. Мы с своей стороны задались целью установить соотношения между фигурой входа в малый таз и фигурой, образованной кистями рук в известном положении пальцев (рис. 1 и 2).

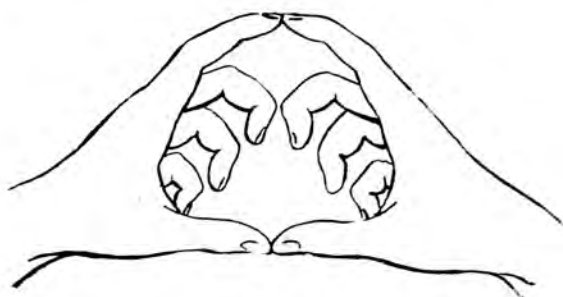


Рис. 1.

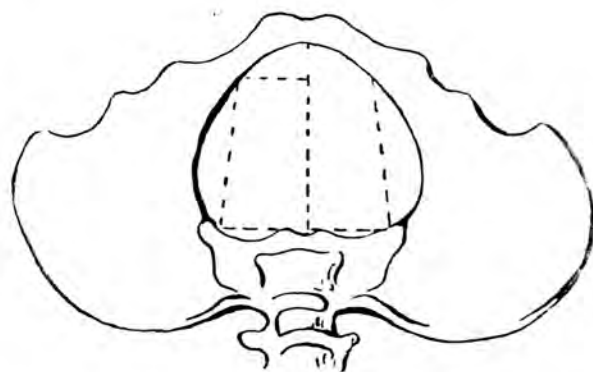


Рис. 2.

Для определения по этому способу истинной кон'югаты необходимо соблюдать одно условие: указательные пальцы должны быть сложены под углом в 130° , что в среднем соответствует лонному углу. Для того, чтобы это было точно выполнено, мы предлагаем пользоваться специальным прибором (см. рис. 4), в котором крылья А и Б сходятся под углом в 130° .

Крылья эти располагаются на указательных пальцах так, чтобы нижние ребра сторон соприкасались с анатомически-постоянными точками вторых суставов, т. е. на выступающих точках указательных пальцев, обозначенных на рисунке концами пунктирных линий. Когда это сделано, то поперечно двигающаяся линейка устанавливается на таких же точках больших пальцев, которые должны быть сложены по прямой

Одного взгляда на оба эти рисунка достаточно, чтобы увидеть в них большое сходство конфигурации. Помимо того, можно думать, что между размерами тазового кольца и размерами фигуры кистей рук существуют точные количественные совпадения, так что, следовательно, по расстояниям между различными пунктами сложенных кистей рук можно судить о столь интересующих врача-акушера размерах малого таза.

В частности, по нашему предположению, линия, проходящая через места соединения концов больших и указательных пальцев на рис. 3, соответствует истинной кон'югате тазового входа.

линии как это обозначено на рис. 3 пунктиром. Расстояние, выраженное в сантиметрах на вертикальной линейке, и будет равно, или, вернее, будет выражать истинную конъюгату таза.

Для того, чтобы убедиться в правильности полученных данных и еще раз отметить зависимость частей тела, перенесем получившуюся при

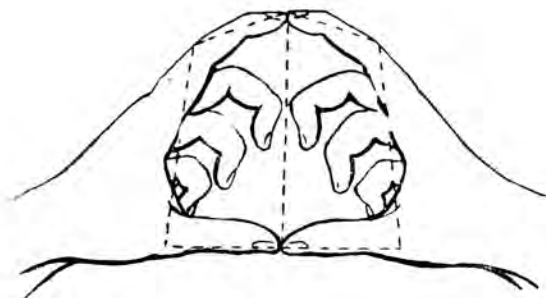


Рис. 3.

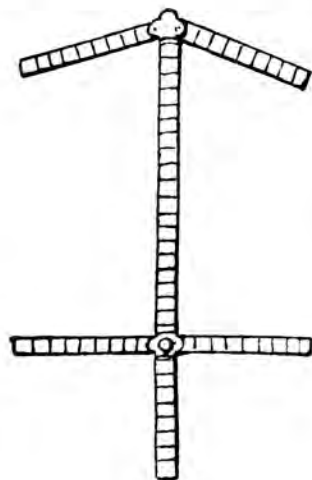


Рис. 4.

измерении фигуру на бумагу. Если мы соединим точки фиксации конъюгатомера прямыми, то получим изображенную на рис. 5 геометрическую фигуру. В этой фигуре угол при E равен 130° . Пусть, далее, $DE = EC = 6$ см., $AM = 7$ см., $AD = CB = 10$ см. Если опустить перпендикуляр из точки E (что будет соответствовать вертикальной линейке конъюгатомера) на линию AB, который разделит угол при E на два равных—по 65° , а из точки D опустить перпендикуляры на EM и на AM, то, так как угол при K—прямой, а при E (DEK)— 65° , то угол EDK будет равен 25° . Тогда $KD = 6 \cos 25$, $EK = 6 \cos 65$, $LA = 7 - 6 \cos 25$, $DL^2 = 10^2 - (7 - 6 \cos 25)^2$, $DL = \sqrt{10^2 - (7 - 6 \cos 25)^2}$, $EM = \sqrt{10 - (7 - 6 \cos 25)}$ — $6 \cos 25$. Переводя это решение на цифры, мы получим:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1) $\cos 25 = 0,906$. | 5) $LA = 7 - 5,536 = 1,564$. |
| 2) $\cos 65 = 0,423$. | 6) $DL^2 = 100 - 2,446 = 97,554$. |
| 3) $KD = 6 \times 0,906 = 5,436$. | 7) $DL = \sqrt{97,554} = 9,899$. |
| 4) $EK = 6 \times 0,423 = 2,538$. | 8) $EM = 9,899 + 2,536 = 12,437$. |

т. е. С. в. будет равняться 12,43 см.

Считаем нелишним указать, что при измерении могут получиться несколько иные данные. Изображенная на рис. 6 геометрическая фигура, полученная тем же способом, как и на рис. 5, имеет иную форму, т. к. при измерении оказалось, что цифра, выражающая длину двух суставов указательных пальцев, больше длины двух суставов больших пальцев.

Пусть $AM=4$ см., AD и $ED=7$ см. Так как условия относительно линии EM и перпендикуляров и углов те же, что и в предыдущем случае, то $LE=ED \cos 65$, $LD=ED \sin 65$, $KD=LD=LK$, $AK^2=AD^2=KD^2$, $AK=\sqrt{7-(ED \sin 65)^2}-4$, $EM=\sqrt{7-(ED \sin 65)^2}-4+ED \cos 65$.

Переводя это решение на цифры, получим:

- 1) $\cos 65=0,423$.
- 2) $\sin 65=0,906$.
- 3) $EL=7 \times 0,423=2,961$.
- 4) $DL=7 \times 0,906=6,342$.
- 5) $KD=6,342-4=2,342$.
- 6) $AK^2=49-5,484$.
- 7) $AK=\sqrt{49-5,484}$.
- 8) $AK=\sqrt{43,516}=6,63$.
- 9) $EM=6,63+2,96=9,59$.

т. е. $C. v.$ будет равняться 9,59 см.

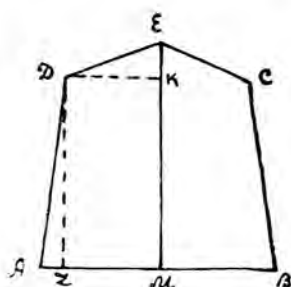


Рис. 5.

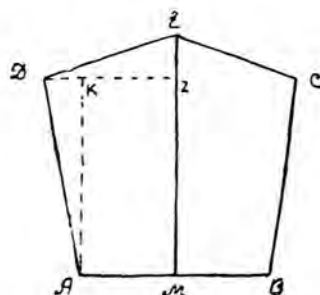


Рис. 6.

Определяя по этому способу истинную конъюгату у 28 роженниц в Род. Доме им. проф. Сеченова на Арбате и у 30 женщин в сельской больнице с. Тесово, Сычевского у., Смоленской губ., мы получили данные, часть которых скомбинирована на прилагаемой таблице (таб. № 1). По этим данным можно видеть разницу в результатах определения истинной конъюгаты по величине $C. ext.$ и по предлагаемому мною способу.

Анализируя данные приведенной таблицы, можно прежде всего отметить, что лишь в 1 случае (№ 2) размер истинной конъюгаты по всем вычислениям был одинаков, в 5 случаях (№№ 14, 21, 23, 29, 30) этот размер разнился на несколько сотых, а в остальных 24 случаях — разнился весьма значительно.

Если, далее, рассматривать каждый случай в отдельности, то необходимо отметить, что величина истинной конъюгаты в случаях №№ 1, 2, 3, 5, 10 и 21 при нашем способе измерения была несомненно ближе к истине, чем вычисляемая по величине $C. ext.$ Доказывается это течением родового акта: как известно, срочные роды у роженниц с $C. v.$ в 7 см. невозможны без какого-либо оперативного вмешательства, между тем случаи №№ 1 и 5 потребовали только применения *Walcher*овского положения, а роды в случае № 3 прошли даже без всякого вмешательства.

Далее, в случае № 4, где $C. v.$, определенная по нашему способу, оказалась меньше вычисленной по $C. ext.$ на 0,75—0,76, роды потребовали наложения щипцов. Тоже самое было в случае № 10, где истинная

№№ по пор.	Возраст роже-ниц	Котор. берем.	Которые роды	Течение пре-дыд. родов	Рак. у матери	Наружные размеры таза				Коэфф. С о-ловья	Пол ребенка
						D. cf.	D. sp.	D. tr.	C. ext.		
1	23	1/1		N	+	24	23	29	16	16	Ж
2	19	1/1		N	+	27	24	31	16	15	Ж
3	22	1/1		N	+	28	25	32	16	13	Ж
4	32	7/5	1,2,5,6 щипцы. 3,4 пр.	N	+	26	25	28	16	19	Ж
5	30	1/4		N	+	26	25	29	16	16	М
6	35	8/7		N	—	24	23	29	17	17	Ж
7	27	1/1		N	—	27	25	32	17	16	Ж
8	21	2/2		N	—	28	25	32	17	17	Ж
9	36	7/7	2 роды вып. ручки	N	+	28	27	30	17	18	М
10	17	1/1		N	—	29	24	32	17	18	Ж
11	19	1/1		N	—	24	23	30	17	16	Ж
12	20	2/2		N	—	26	25	30	17	15	М
13	27	2/2		N	—	27	25	32	17	16	Ж
14	38	6/6	4 роды двойн.	N	—	29	26	32	18	17	Ж
15	43	13/12		N	—	29	25	31	18	16	Ж
16	20	1/1		N	—	26	24	30	18	16	М
17	30	8/8	7 роды двойн.	N	—	30	27,5	33	18	17	Ж
18	30	3/2		N	—	27	25	31	18	16	Ж
19	20	1/1		N	—	25	24	30	18	15	М
20	24	2/2		N	—	27	24	31	18	16	М
21	27	5/2		N	—	28	25	32	18	18	М
22	38	12/12		N	—	29	25	31	18	16	М
23	40	11/11		N	—	29	26	32	18	17	М
24	43	4/2	1-е роды щипцы	N	+	28	24	33	19	17	М
25	36	2/2		N	—	28	25	32	19	17	М
26	24	3/3		N	—	28	25	30	19	18	Ж
27	23	4/3	2-я берем. аборт	N	—	25	24	33	19	15	М
28	27	4/4		N	—	28	25	30	19	18	Ж
29	26	2/2		N	—	28	24	32	20	18	Ж
30	25	1/1		N	—	28	24	32	20	18	М

Таблица № 1.

Размеры головки ребенка						С. в. по обмеру	Матем. вычисл. С. в. и данные для него				Течение настоящих родов
Прям.	Б. поп.	М. поп.	Б. косой	М. косой	Обруж.		I дан.	II дан.	III дан.	С. в.	
12	9	7	11	8,50	38	8,50	4	7	5	8,70	Walcher
12,5	10	8	13	8,0	35	7,00	5	5	4,60	7,00	Шипцы
12	9	7	11	8,5	36	8,75	5	7	5	9,03	N
10	8	9,5	12	8	34	7,75	5	6	4	7,74	Шипцы
13	11	10	11	9	38	8,75	4	7	5	8,70	Walcher
12,5	11	11	9	9,5	36	9,75	5	8	6	10,02	Walcher
11	9	8	13	9	37	9,75	4	9	6	10,35	N
12,5	10	8	13	8,5	35	10,0	5	8	5	10,04	N
13,5	10	9	13	9	40	10,75	5	9	5	11,09	N
12,5	10	8	13	8	35	7,50	5	7,5	4	7,30	Шипцы
13	11	10	12	9	38	11,00	6	9	5	11,02	N
11	9	8	13	9	37	9,50	5	8	4	9,80	N
12,5	11	11	9	9,5	36	10,50	4	9	6	10,35	N (двойни)
9	7	6	5	6	28	10,50	4	9	6	10,35	N (двойни)
11,5	10	9,5	12	8	36	9,00	5	7	6	8,93	N
11	10	10	12	9	35	10,00	5	8	6	10,02	N
11	9	8	13	9	37	9,75	5	8	5	10,04	N
11	9	8	14	10	38	9,80	5	8	6	10,02	N
10	9	8	12	8,5	35	10,0	5	8	5	10,04	Задн. вид лиц. предл.
11	9	8	13	9	37	11,0	5	9	5	11,09	N
12	9,5	7	13,5	10	35,5	10,0	5	8	6	10,02	N
12,5	11	8	12	10	39	8,75	4	7	5	8,70	Шипцы
11	10	10	12	9	35	9,75	5	8	4	9,80	Placenta praevia
11	10	9,5	12	8	36	9,0	5	7	6	8,93	N
11	9,5	9	12,5	9,5	37	9,00	5	7	6	8,93	Шипцы
12	9,75	9,75	9	9	37	9,75	5	8	5	10,04	N
12	9,5	7	13,5	9	37	9,0	4	7	5	8,70	Walcher
11	10	9	12,5	9,5	36	10,50	6	8	5,5	10,46	Ручн. отдел. плас.
15	16	13	6	5	32	11,00	5	9	5	11,09	Двойни
12	10	9	13	10	37	11,00	5	9	6	10,98	N
12	10	9	13	10	37	11,00	5	9	6	10,98	N
13	10	10	12,5	10	35	10,75	6	9	5	11,02	N

кон'югата, определенная по *Vandelo'sque* овскому размеру, равнялась 8 см. в то время, как наше измерение давало цифру меньше на 0,70 см. Щипцами были окончены роды и в случае № 21, где истинная кон'югата равнялась, если вычислять ее по *C. ext.*, 9 см., а при нашем измерении была меньше на 0,25. Наконец, случай № 24 с истинной кон'югатой равной 10 см., а по нашему измерению равной 8,93, также потребовал наложения щипцов.

Надо заметить, что во всех случаях щипцы накладывались лишь тогда, когда все средства для нормального окончания родов силами природы были исчерпаны, и когда имелись налицо все условия, необходимые для выполнения названной операции (вставление головки, конфигурация ее и пр.).

Из всего этого материала ясно, что измерение истинной кон'югаты по нашему способу дает результаты, стоящие гораздо ближе к действительности, чем определение ее по наружной кон'югате.

Таблица № 2.

№ по пор.	Возраст	Наружные размеры таза				Коэфф. Соловьева	С. v. по кон'югатору	Матем. данные для выч. С. v.			Матем. выч. вел. С. v.	Внутренние размеры таза		
		D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.			Дан. I	Дан. II	Дан. III		C. diag.	C. v. anat.	C. v. obst.
1	35	30	29	26	18	14	9,20	5	9	6	9,11	10	9,80	9,00
2	50	33	28,5	26	19	16	10,50	5	10	6	10,24	12	11	10,50
3	45	30	27	25	17,5	14	9,25	4,5	8	6	9,64	11	10,25	10,00
4	43	30	27	26,5	19	15	10,50	5	8,5	6	10,50	12	11	10,75
5	30	28	26	25	18	15	10,50	5	9	6,5	10,50	11	10	10,25
6	29	30	28,5	27,5	18	15,5	9,70	5	8	5,5	9,75	10,50	10	9,50
7	39	31	27	25	19	16	10,00	5,25	8	6	10,00	10,50	10,30	10,00
8	42	30	27	26	17,5	15	10,25	5	8	6	10,02	11,50	10,50	10,20
9	19	28	27	26	18,5	16	9,75	4,7	8,3	6	10,11	12,70	11	10
10	45	28	27	26	18	15	10,00	4,5	7	5,7	10,78	10,50	10,40	10,20
11	50	29	26	24	18,5	17	10,00	4,5	8,5	5,5	10,26	10,75	10,50	10
12	36	32	28	27,5	17	18	9,25	5	9	6	9,11	11,0	9,30	9
13	39	—	—	—	—	17	10,65	5	9	7	10,77	11,5	11	10,70
14	40	—	—	—	—	16	9,50	4,5	8	6	9,64	11,20	10,30	10
15	36	—	—	—	—	19	8,75	4	5	7	8,70	11	10,1	9
16	50	—	—	—	—	19	7,00	4	6,5	8	7,25	9,50	9	6,90

При своей работе я проверял также запястный коэффициент Соловьева, причем полагаю, что этот коэффициент также безусловно следует учитывать при определении конъюгаты, как то можно видеть из данных таблицы.

Однако, если-бы мы в своей работе остановились только на данных обмера живого материала, то все наши доводы были-бы мало убедительны. В виду этого нами были произведены измерения и на трупах — в Институтах Судебной Медицины и Патологической Анатомии нашего Университета. Результаты этих измерений изложены на таблице № 2 (здесь замечу, что измерение полости таза на трупах производилось мною после удаления всех тазовых органов, причем определялись диагональная, анатомическая и акушерская конъюгаты).

Если из таблицы № 1 можно сделать заключение о непригодности определения истинной конъюгаты по Baudelocque'овскому размеру, то на основании данных настоящей таблицы можно спорить и о точности способа определения истинной конъюгаты по диагональной конъюгате. Измеряя полость малого таза на трупах, мы не получили ни одной цифры, хотя-бы приблизительно подходящей к величине истинной конъюгаты, определенной по C. diag. Что же касается определения истинной конъюгаты по нашему способу, то оно подтверждается почти полностью данными, полученными на трупном материале.

На основании всего сказанного, нам кажется, можно сделать следующие выводы:

1) Вопрос о способах определения истинной конъюгаты в акушерстве должен быть пересмотрен.

2) Определение истинной конъюгаты по Baudelocque'овскому размеру и по диагональной конъюгате допускает, по нашим наблюдениям, колебания в пределах от 0,20 до 1,65 для первого способа и от 0,20 до 3,00 см. для второго, что говорит о неудовлетворительности этих способов.

3) Имеются известные численные взаимоотношения между размерами кистей рук и размерами входа в малый таз.

4) На основании приведенного материала можно применять рекомендованный нами способ, как более близкий к истине.

5) Необходимо, понятно, проверка этого способа на большом клиническом материале.

Etud. K. I. Selenin (Moscou). Une nouvelle methode pour la détermination de C. v. chez la femme.

L'auteur, en se basant sur les mesures prises sur seize cadavres des femmes, conclue que la détermination de C. v. d'après C. ext. et d'après C. diag. n'est pas exacte et varie dans la limite de 0,20 à 1,65 cm. pour la première methode et varie de 0,20 à 3,00 cm. pour la deuxième methode. Ceci montre l'insuffisance des deux methodes. D'autre part, en se basant sur les mesures prises sur ces seize cadavres et sur 58 femmes vivantes, l'auteur a trouvé, que si on joint d'une manière appropriée les index et les pouces des deux mains, on reçoit une figure qui, par ses contours et par ses mesures, correspond aux contours et aux mesures de l'entrée du petit bassin. Il propose de mesurer cette figure, pour avoir une représentation plus exacte de l'entrée du bassin chez les femmes. On le fait avec un appareil special construit par l'auteur.

К лечению рвоты беременных.

Д-ра В. Е. Одинцова (Свердловск).

Уже и физиологическая рвота беременных,—а тем более т. наз. „неукротимая“ рвота,—является настолько тяжелым страданием, что позволительно обратить внимание на всякое новое предложение, относящееся к лечению этого припадка.

Интересуясь, как хирург, дифференциальной диагностикой язвы желудка от страданий функционального характера, я остановился более 10 лет назад на мысли испытывать в сомнительных случаях действие на желудок токов высокой частоты (d'Arsonval'я). Поводом к этому послужило главным образом изученное мною ранее на многих больных болеутоляющее и успокаивающее нервы действие этого тока, отчасти же—литературные указания (Манассеин, Засецкий), по которым гальваническим током можно достигнуть успокоения желудочных болей при невротизме желудка. Но гальванический ток вообще обладает успокаивающим действием на нервы в гораздо меньшей степени, чем d'Arsonval'евский. Поэтому мне казалось тем более обещающим успех применение этого последнего тока.

Первое наблюдение в этом направлении я сделал в Сарapulьской земской больнице в 1915 году. Сиделка больницы, до того очень здоровая девушка, заболела тяжелой рвотой и постоянной болью в подложечной области. Болезнь можно было объяснить совокупностью двух причин: неправильным питанием (сухождением) и поднятием непосильных тяжестей. Довольно быстрое развитие заболевания, полная невозможность питания вследствие рвоты и безуспешность применения различных терапевтических мер наводили на мысль об остро развивавшейся язве желудка, а тяжелое, все ухудшавшееся состояние больной ставило на очередь вопрос о хирургическом вмешательстве. Но тут приведенные выше соображения побудили меня испытать в данном случае действие тока d'Arsonval'я от имевшегося в больнице аппарата. Мною была применена т. наз. однополюсная арсонвализация: вакуум-электрод на область желудка; сеанс 5 минут ежедневно.

Результат получился поразительный: боли и рвота после каждого сеанса резко уменьшались, а через 5 сеансов прошли совершенно,—последовало быстрое выздоровление. С этого времени я стал испытывать действие тока d'Arsonval'я, между прочим, и при рвоте беременных, причем получал неизменно хорошие результаты. Обычно уже после 1-го же сеанса наступает успокоение болей, и рвота прекращается на первые 2—3 часа после сеанса; после 2-го и 3-го сеансов светлый промежуток продолжается около суток; прием пищи не вызывает немедленной рвоты, больная начинает ощущать аппетит. 5-й и 7-й сеансы в большинстве случаев заканчивают лечение, которого мне не приходилось ни разу повторять в течение данной беременности.

Для примера из леченных мною за последние годы уже в Свердловске приведу два случая рвоты беременных:

1) Больная О., 28 л., считает себя беременной 1½ месяца (2-я беременность). Рвота, постоянные боли под ложечкой, упадок сил, истощение. За последнее время при рвоте выделяется слизь с кровью при пустом все время желудке. Беременность желает сохранить во что-бы то ни стало. Было уже применено лекарственное лечение, но безуспешно, и тогда больная обратилась ко мне. Мною применено было лечение током d'Arsonval'a. Всего было сделано 7 сеансов, после чего рвота прошла совсем, появился аппетит, больная доносила и в срок родила ребенка, которому теперь 2 года.

2) Больная К., жена врача, 30 лет, беременна 1-й раз; тяжелая рвота. В анамнезе—какое-то перенесенное в детстве заболевание в животе со рвотами (аппендицит?). Опытный гинеколог настаивал на скорейшем прерывании беременности, считая невозможным продолжение ее вследствие упорной рвоты. После примененного мною лечения током d'Arsonval'a последовало, однако, полное выздоровление, хотя в этом случае лечение в было более продолжительным, чем обычно,—потребовалось 15 сеансов, причем каждый сеанс продолжался 12—15 минут. Повидимому, перенесенное ранее заболевание сделало этот случай более упорным; однако в конце концов больная все же поправилась, доносила и в срок родила мальчика, которому наднях исполнилось 1½ года.

Никакого другого лечения и никакой особой диеты я при этом способе лечения не назначаю.

Объяснить действие арсонвализации при рвоте беременных, мне кажется, можно, принимая во внимание определенно успокаивающее ее действие на вегетативную нервную систему: здесь имеет место, значит то же самое, что и при других заболеваниях, где рефлекторная возбудимость отдельных участков вегетативной нервной системы патологически повышена, и где польза арсонвализации давно уже признана, напр., при бронхальной астме, неврозах сердца и др. страданиях.

Показанием к применению арсонвализации служат те формы рвоты у беременных, где она является выражением чисто-функционального и притом рефлекторного страдания, в где нет органического страдания, как сужение привратника, рак, язва и т. п.

Положительные результаты от данного метода лечения при чисто-рефлекторной рвоте настолько постоянны, что должны считаться правилом, а термин „неукротимая рвота“ для этих форм рвоты беременных должен быть вычеркнут.

Еще несколько замечаний технического характера.

Для токов d'Arsonval'a существуют двоякого рода аппараты: 1) большие, дорого стоящие и являющиеся обычно принадлежностью электротерапевтических кабинетов; аппараты эти соединяют в себе 2 возможности,—т. наз. большой соленоид для общей арсонвализации (при общих неврозах, бессоннице, нарушении обмена веществ) и малый соленоид (резонатор Оudin'a и т. п.) для местной арсонвализации одним полюсом; 2) небольшие переносные аппараты типа „Invictus“, „Radiolux“ и др., представляющие собой удобную для частных врачей форму для применения исключительно однополюсной местной арсонвализации. Прибором такого типа (Invictus, фирмы Reiniger, Gebbert и Schall), между прочим, я пользуюсь в настоящее время. Для вышеуказанного лечения следует применять или графитные, или вакуум-электроды, в форме приплюснутой колбы или груши, которая плоской стороной ставится на живот слегка влево от средней линии, тотчас ниже реберной дуги выше пупка. Сила тока должна быть такова, чтобы вызы-

вать ощущение легкого покалывания от нежных искр, сыплющихся по краям электрода на кожу, и легкого тепла. Никаких болезненных или неприятных ощущений при этом не бывает. Сеансы ежедневно должны продолжаться по 5 минут, очень редко дольше. Для полного излечения рвоты обыкновенно требуется, как уже было сказано выше, 5—7 сеансов, редко больше.

D-r W. E. Odinzoff (Swerdlowsk). Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum.

In einer Reihe von Fällen von Hyperemesis gravidarum reflektorscher Natur hat der Autor schöne Erfolge mit der Elektrisation nach d'Arsonval erhalten. Dabei hat er sich ausschliesslich der unipolaren lokalen d'Arsonvalisation bedient, indem er die Elektroden (Graphit oder Vacuum-Elektrode) auf den Bauch der Schwangeren, links von der Mittellinie, dicht unter dem Rippenbogen und oberhalb des Nabels ansetzte. Die Seancen wurden täglich wiederholt, wobei jede 5 Min. dauerte. Zur vollen Heilung waren 5—7 Seancen genügend.

К вопросу о лечении эклампсии щелочно-гиперто- ническими растворами.

Г. М. Шполянского (Ленинград).

Выпущенная на русском языке еще в 1914 г. книга физиолога М. Fischer'a „Отек и нефрит“ осталась мало известной, а между тем основной вопрос, затрагиваемый автором, — поглощение воды коллоидами, — является для патологии существенно-важным.

Как известно, коллоиды делятся на две группы: коллоиды гидрофильные и гидрофобные. Первые поглощают воду и бывают в твердом и жидком состоянии; вторые плохо поглощают воду и в присутствии солей осаждаются, отчего и называются иначе суспензионными в то время, как первые — эмульсионными коллоидами. В нашем организме, главным образом, встречаются и имеют первенствующее значение гидрофильные или эмульсионные коллоиды. Они желатиноподобны в твердом состоянии и называются тогда теловдами (в жидком состоянии они называются солюдами).

Все клетки нашего организма состоят из гидрофильных (а частью и гидрофобных) коллоидов, находящихся в полужидком состоянии. Автор упомянутой книги на целом ряде опытов с коллоидами (желатиной, фибрином) и животными (лягушками) изучал их свойства и способность поглощать воду, причем прочно установил: 1) что они поглощают воду чрезвычайно медленно, 2) что поглощение воды усиливается при их подкислении, 3) что от прибавления к воде солей подкисленные коллоиды поглощают воды гораздо меньше. Увеличивая концентрацию кислот, можно усилить их растворимость в воде, увеличивая концентрацию солей в воде, — повизить. Тело живой лягушки, опущенной в воду, воды не поглощает, тело же убитой лягушки, по прошествии известного времени, необходимого для накопления в нем кислот, усиленно поглощает воду.

Проникновение воды в клетки и, наоборот, потеря ими воды до сих пор объяснялись теорией осмоса через полупроницаемые клеточные перепонки. Но оказалось, что весьма многие физиологические факты осмосом объяснены быть не могут. Сплошь и рядом ткани и клетки поглощают, напр., такое количество воды, которое совершенно не соответствует их осмотическому давлению и пр. Большое количество теорий, предложенных для объяснения этого факта, оказывается мало удовлетворительными, между тем как коллоидно-химическая теория Fischer'a прекрасно и без натяжек объясняет все явления поглощения воды коллоидами.

Сущность и происхождение нефрита построены Fischer'ом на тех же принципах. Почечный эпителий, представляющий собой гидрофильный коллоид, под влиянием накапливающихся в нем кислот усиленно поглощает воду, разбухает, контуры его клеток расплываются, поверхность разреза почки становится серой, маркой. Вследствие разбухания тканей,

сосуды сдавливаются, приток кислорода уменьшается, что в свою очередь вызывает образование органических кислот (продуктов неполного сгорания), а выведение CO_2 из клеток в бедную кислородом и насыщенную углекислотой кровь тоже задерживается. Получается *circulus vitiosus*, в результате чего поглощение воды клетками усиливается, они растворяются и вымываются в мочевые каналы. В моче тогда появляется белок (растворенная почечная ткань), а затем цилиндры: эпителиальные, зернистые и гиалиновые. Таким образом цилиндры являются в сущности набухшими, отторгнувшимися и вымытыми в мочевые каналы рядами клеток. При этом, чем больше накапливаются в почке кислоты, тем усиленнее клетки поглощают воду и распадаются.—цилиндры становятся зернистыми, а при дальнейшем поглощении воды—гиалиновыми. Все это было проверено автором целым рядом тщательно поставленных опытов с искусственно вызванным нефритом.

Одновременно с накоплением кислот в почке и с увеличивающимся набуханием почечных элементов уменьшается количество выделяемой мочи, так как влага задерживается почечной тканью,—развивается анурия, затем уремия. Если же кровообращение в почке восстанавливается, и кислоты из нее удаляются, отек почечной ткани проходит, и моча снова начинает выделяться. Таким же образом объясняет Fischer и отеки, наблюдающиеся у нефритиков во всем теле,—по автору они не суть результат воспаления почек, а явление, сопутствующее последнему и вызываемое теми же причинами, что и нефрит, т. е. накоплением в тканях кислот.

Вышеприведенные соображения, построенные на экспериментальных данных, привели автора к следующим практическим выводам, проверенным в клинике: 1) для лечения отеков и нефрита необходимо уничтожить кислоты, накапливающиеся в почках и тканях; 2) для уменьшения гидрофильности тканей, т. е. способности их поглощать воду, их надо привести в соприкосновение с крепкими солевыми растворами.

Автор проделал много опытов со всевозможными кислотами, щелочами и солями и составил таблицу последних в порядке постепенного усиления их действия. При этом оказалось, что соли двухвалентных металлов действуют сильнее, в смысле уменьшения гидрофильности коллоидов, чем соли одновалентных; соли трехвалентных сильнее солей двухвалентных и т. д. Практически автор предложил вливать крепкий раствор поваренной соли с прибавлением соды по формуле: NaCl —14.0, $\text{Na carbon. puris. crist.}$ ($\text{Na}_2\text{CO}_3 \cdot 10\text{H}_2\text{O}$)—10.0, aq. dest. —1000.0, причем, если под руками нет химически - чистой кристаллической соды, то ее можно заменить ее сухой содой— Na carbon. siccum (Na_2CO_3)—3.71, или сухой содой ($\text{Na}_2\text{CO}_3 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$)—4.95.

Жидкость эта вливается или интравенозно, или в прямую кишку капельным способом, или дробно по 300—400 куб. сант.

Здесь было-бы выгодно заменить натриевую соль кальциевой, так как Са двухвалентен и действует сильнее Na в смысле извлечения воды из тканей; но кальциевую соль нельзя совместить с содой, в виду возникающей реакции осаждения.

Раствор этот был испробован автором, совместно с клиницистами, при почечных болезнях, анурии и эклампсии. В результате почки начинали функционировать, появлялась моча,—сначала в небольшом количе-

стве, с большим содержанием белка и цилиндров, а затем диурез быстро увеличивался, количество же белка в моче уменьшалось.

Книга Fischer'a написана чрезвычайно убедительно, экспериментальная часть ее очень обоснована и демонстративна, а приводимые им клинические случаи так прекрасно протекали, что остается только удивляться, почему предлагаемый им метод лечения нашел так мало последователей. В русской литературе мне встретились только одна статья во „Враче“, где описан случай эклампсии, излеченной вливанием щелочно гипертонического раствора Fischer'a в соединении с гедоналом, и работа Селицкого, который на основании, — правда, небольшого, — экспериментального материала пытается опровергнуть положения Fischer'a.

Со своей стороны я думаю, что метод лечения, предлагаемый Fischer'ом, следовало-бы испробовать при эклампсии и, в частности, в случаях, осложненных нефрозами. Ведь большинство исследователей находило у беременных склонность к ацидозу. Zangemeister (Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. 49, 50), напр., находил при беременности пониженную щелочность крови. Hasselbach и Gammelton (Biochem. Zeit., Bd. 68) нашли повышенный ацидоз крови у беременных и экламптичек. Ацидоз находили у экламптичек и все другие авторы, напр., Zweifel (Döderlein's Handbuch, II), Landsberg (Zeit. f. G. u. G., Bd. 71), Mahnert (Arch. f. G., Bd. 117), причем, хотя определить, какие кислоты вызывают этот ацидоз, не удалось, но во всяком случае все пришло к заключению, что это — кислоты органического характера (молочная, мясомолочная, или аминокислоты).

Mahnert находил в крови беременных пониженное содержание CO_2 , которое и объясняет накоплением в тканях и крови продуктов органических кислот, как продуктов неполного распада. Это накопление все больше ослабляет нормальные окислительные процессы и расстраивает функцию почек, заставляя почечные элементы жадно поглощать воду. Получается набухание почек и, в виду того, что увеличение их объема ограничено плотной капсулой, — сдавливание сосудов, результатом которого являются еще большее нарушение окислительных процессов, уменьшенное выведение продуктов обмена и, наконец, полная анурия. Вместе с тем при пониженном содержании CO_2 появляется спазм сосудов. Наконец, ацидоз крови вызывает усиленное поглощение воды форменными элементами. Даже у здоровых людей кровяные тельца в венозной крови больше, чем в артериальной. Не этим-ли и объясняются капиллярные стазы у экламптичек, описанные Hinselman'ом и Linzenmeyer'ом? Первый из них считает причиной стазов именно спазм сосудов. Linzenmeyer (Arch. f. G., Bd. 118) высказывается против такого объяснения, так как он не находил зависимости между стазом и кровяным давлением; зато он находил параллелизм между стазом и быстротой оседания красных кровяных шариков (S.R.), которую объясняет агглютинацией, а потому и стазы склонен объяснять не спазмом сосудов, а повышенной агглютинацией кровяных телец.

Если сопоставить все изложенные факты, то мы должны придти к выводу, что беременность способствует накоплению кислот в организме. Незначительные нарушения в обмене веществ, не имеющие как-бы видимых причин, но могущие брать начало в расстройстве питания или усвоения, в нарушении правильной функции того или иного органа, — усили-

вают ацидоз, ацидоз в свою очередь еще более нарушает функцию органа, — словом, получается *circulus vitiosus*. Накопление кислот, далее, усиливает вязкость крови и гидрофильность кровяных телец, которые поглощают больше воды и разбухают. Это в свою очередь усиливает агглютинационные процессы и капиллярный стаз. Капиллярный стаз еще больше усиливает ацидоз, и, если он возникнет в определенных участках коры головного мозга, то в результате получаются судороги (т. е. эклампсия). Одновременно с этим на почве того же ацидоза развиваются дегенеративные процессы в паренхиматозных органах: печени, почках и пр.

Очень возможно, что неудачные попытки найти яд эклампсии объясняются просто тем, что такого яда вообще нет.

В виду всего сказанного мысль бороться с общей кислотностью при лечении эклампсии представляется чрезвычайно заманчивой. Бороться с ацидозом можно, повидимому, различными способами: диетой, режимом, усилением ферментативных свойств крови, введением некоторых гормонов и пр., но безусловно одним из методов будет выщелачивание. Таким образом введение щелочно-гипертонических растворов в кровь будет здесь лечением каузальным, хотя и временным, так как уменьшение отека тканей и ацидоза ограничено временем действия данного раствора.

Этот метод был нами испробован в 1922 г. в Родильном Доме имени проф. Снегирева и в акушерском отделении Больницы в память 25 октября. Прежде всего останавлиюсь на профилактическом применении щелочно-гипертонического раствора. Для иллюстрации приведу несколько случаев.

Случай I. В., 28 лет, IV-gravida. Последн. регулы 9 мес. назад. Резкие отеки ног, больших губ и нижней части живота; отеки стала замечать со второй половины беременности. Год назад болела воспалением легких с отеками. Анализ мочи: уд. в. 1018, реакция кислая, белку $9,0\%$, гемоглобин, мелкозернистые цилиндры (1—2 в поле зрения). Вливание в прямую кишку щелочно-гипертонического раствора: на другой день количество мочи 1150 куб. см., уд. вес ее 1013, белку $6\frac{3}{4}\%$, гемоглобин, цилиндры из лейкоцитов. На следующий день влило еще 1000,0 раствора: мочи 2 литра, уд. в. ее 1015, белку $6\frac{1}{2}\%$, гемоглобин, гиалиновые цилиндры: отеки значительно меньше. Через 2 суток после того началось роды, закончившиеся через 13 часов рождением мацерированного плода. Количество мочи в день родов 1770, белка нет, отеков нет. Послеродовой период протекал гладко, но вскоре опять появился белок в моче, и больная была переведена в терапевтическое отделение другой больницы. Таким образом эффект был здесь преходящий. Мы имели, очевидно, здесь дело с обострившимся старым почечным процессом.

Случай II. К., 30 л., VI-gravida, поступила 25/X 1922 на 9-м месяце беременности. Все беременности с отеками, без судорог. При поступлении весьма значительные отеки на лице, животе и на ногах. Моча кислая, уд. вес 1020, белку 2% . Влило 1000,0 раствора в прямую кишку. 27/X моча мутная, р. кислая, уд. в. 1015, белку $1\frac{1}{2}\%$; влило 1000,0 щ.-г. раствора. 28/X количество мочи 1620 куб. сант., уд. в. 1016, р. кислая, белку $0,5\%$. 1—2 гиалиновых цилиндра в поле зрения; влило 1000,0 раствора: отеки значительно меньше. 29/X уд. в. мочи 1014, белку $\frac{1}{4}\%$; влило 1000,0 щ.-г. раствора. 30/X количество мочи 2150 куб. сант., уд. в. 1014, реакция нейтральная, белку $\frac{1}{5}\%$, отеков почти нет. Выпущалась 8/XI без отеков со следами белка в моче.

Случай III. Р., 26 лет, поступила 8/XII 1922 г. в конце второй беременности. Сильный общий отек, уд. вес мочи 1018, реакция кислая, белку $4\frac{3}{4}\%$, гиалиновые и зернистые цилиндры; влило в прямую кишку 800,0 щ.-г. раствора. 11/XII количество мочи 600 куб. сант., реакция кислая, уд. вес 1022, белку $5\frac{9}{10}\%$, гемоглобина следы, цилиндры гиалиновые и зернистые; влило 800,0 щ.-г. раствора. 12/XII 4 ч. утра отеки больше, ноги до паха резко увеличены в объеме, спина и живот также отечны; сильная одышка, головная боль, язык сухой, пульс 110 в минуту, больная плохо видит, не мочится со вчерашнего дня; влило в прямую кишку 1000,0 щ.-г. раствора. В 8 ч. утра 2 раза непроизвольно помочилась, в 9 ч.

переведена в родильную комнату по поводу появившегося кровотечения; в родильной больная вновь помочилась. Моча (200,0) мутная, слегка окрашенная, содержит много белка. При внутреннем исследовании—раскрытие на 2 пальца, боковое предлежание плода: пузырь разорван, и введен метрейриентер. Вскоре последний родился, а в 2 ч. 15 дня родился ребенок. Несмотря на тяжелое состояние больной, судорог не было. Послеродовое течение нормальное, отеки скоро прошли, белок исчез, и 20/XII родильница выписалась здоровой.

В дальнейшем в течение приблизительно полугода все беременные, поступавшие при наличии отеков и белка в моче, были нами лечимы вливаниями щ.-г. растворов. Через несколько часов после вливания давалось обильное питье, обязательно с примесью солей (Na citricum). У всех отеки проходили, количество белка уменьшалось, а иногда и совсем исчезало. В случаях анурии появлялась тягучая, часто с примесью крови, густая моча, которая при кипячении свертывалась; но появление после анурии хотя-бы и такой мочи является хорошим прогностическим симптомом. Независимо, что первые порции мочи насыщены белком,—важно то, что почки начинают работать. После того вливания следует систематически продолжать до тех пор, пока моча не примет щелочную, или хотя-бы нейтральную реакцию.

Приведу еще два случая эклампсии, леченные таким же образом.

Случай I. И., I-рага, поступила 22/X 1922 г. в 4 ч. 4 м. утра. Отеки на ногах с VI месяца беременности. Больная в бессознательном состоянии, беспокойна, мечется по постели и стонет. Катетером добыто около 25 куб. сант. тягучей мочи, которая при кипячении свертывается. Родила в 10 ч. 20 м. утра. До родов три припадка эклампсии, после родов, до 11 час. утра,—еще 2 припадка. До 3 ч. 30' дня влито в прямую кишку 1000,0 щ.-г. раствора. После второй клизмы в 1 ч. дня сознание больной стало проясняться, после третьей клизмы больная помочилась, и головная боль прошла. Вечером было еще 3 припадка, последний в 10 ч. После припадка сознание возвращалось. Назначено обильное питье. На другой день утром вынушено 600 куб. сант. мутной мочи слабо-щелочной реакции, с умеренным количеством белка. В дальнейшем полное выздоровление.

Случай II. З., 24 л., IV-рага, поступила 16/X 1922 г. в 2 ч. 20 мин. дня в бессознательном состоянии с припадками эклампсии. Дома было 7 припадков, по дороге в больницу еще 2 припадка. Больная очень беспокойна, мечется по кровати, на вопросы не отвечает, ноги отечны, припадки эклампсии следуют один за другим. Вынушено катетером несколько куб. сант. густой, мутной мочи, которая при кипячении вся свернулась. В 3 ч. дня, при почти полном открытии, вскрыт пузырь, в 6 ч. 30' дня произошли роды. До 8 ч. 30' веч. было 11 припадков, с промежутками в 15—40'. Больная в тяжелом состоянии, пульс напряжен, 120—130 в минуту. В 8 ч. веч. приступлено к вливанию в прямую кишку щ.-г. раствора. До утра 17/X влито 1800,0. Ночью припадки реже, приблизительно через 1 час. До 3 ч. дня 17/X было еще 7 припадков. Всего было 33 припадка—до родов 15 и 18 после родов. 17/X утром было добыто катетером 25,0 куб. сант. густой, мутной мочи, кислой реакции; при прибавлении азотной кислоты моча вся свернулась. До вечера влито еще 1 1/2 литра щ.-г. раствора. Вечером вынушено еще 20 куб. сант. густой мутной мочи, кислой реакции, содержащей 30% белка, зернистые, гиалиновые и восковидные цилиндры. Общее состояние тяжелое, т° 38,2°, пульс 140, язык сухой, больная беспокойна, мечется и стонет. В ночь на 18/X влито еще 2 1/2 литра щ.-г. раствора. После того больная стала мочиться, но измерить количество мочи не удалось, так как б-ая мочилась под себя; уд. вес. мочи 1018, реакция щелочная, белка 22 1/2% в осадке цилиндры. 18/X т° 36,3°, припадки нет, сознание по временам проясняется; диурез чрезвычайно обильный. 19/X сознание яснее, больная ест и пьет, отеков нет, диурез большой, белка только следы. Дальнейшее течение гладкое.

Нами было проведено, и притом с успехом, еще несколько случаев, но, к сожалению, условия работы и те годы были настолько неблагоприятны, что проводить описанный метод лечения систематически нам не удалось.

Благотворное влияние щелочно-гипертонических вливаний при анурии было установлено также во время холерной эпидемии в Ленинграде, в бывшей Обуховской больнице, где вливания эти широко применялись при анурии у холерных больных.

Мы не предлагаем этот метод лечения, как безусловно верный и непогрешимый. Его необходимо проверить на большом материале. Возможно, что применение его будет целесообразным только в известных случаях эклампсии, именно, при тех, которые осложнены нефрозом. Возможно также, что желательно изменить состав вливаемого раствора. Но принцип, положенный в основу лечения щелочно-гипертоническим раствором, нам кажется правильным.

В заключение позволю себе высказать следующие положения:

- 1) Эклампсия беременных сопровождается общим ацидозом.
- 2) Ацидоз вызывает усиленное поглощение воды тканями и форменными элементами крови.
- 3) Усиленное связывание воды тканями паренхиматозных органов, в частности почечным эпителием, вызывает их дегенерацию (в почках — нефроз).
- 4) Усиленное связывание воды форменными элементами крови вызывает агглютинацию, последняя способствует стазам.
- 5) Стазы, затрудняя подвоз кислорода и выведение CO_2 , усиливают местный ацидоз тканей; если же они локализируются в известных участках коры головного мозга, то происходящие в ней дегенеративные процессы могут вызывать судороги.
- 6) Причинное лечение должно стремиться уменьшить ацидоз и отек тканей и крови.
- 7) Щелочно-гипертонические вливания, очевидно, дают во многих случаях этот эффект.

Dr G. M. Spoljansky (Leningrad). Zur Frage der Eklampsiebehandlung mittels hypertonischer Alkalilösungen.

Nach der Theorie von M. Fischer wird die Nephritis durch eine Störung des kolloidalen Zustandes des Nierenepithels unter dem Einfluss der erhöhten Acidität des Organismus erzeugt, wobei das Wesentliche die verstärkte Wasserbindung durch die Kolloiden des Nierenepithels bildet. Fischer zeigte, dass sich die Wasserbindung durch die Kolloiden verringert, wenn das Wasser Salze enthält, und er hat für die Behandlung der Nephritis rectale Infusionen von alkalischen hypertonischen Lösungen (NaCl 14,0; $\text{Na carb. puriss. cryst.}$ 10,0; aq. dest. 1000,0) vorgeschlagen. Der Verfasser hat diese Methode bei der Behandlung der Nephritis der Schwangeren und der Eklampsie nachgeprüft und gute Erfolge erhalten.

Случай декапсуляции почки при эклампсии.

Н. И. Дамперова (Кинешма, Иваново-Вознес. губ.).

Операция Edebohls-Sipple'a¹⁾ не пользуется широким распространением даже на своей родине, в Германии: из отчета Вюрцбургской Акушерской клиники²⁾ за период в 35 лет, с 1888 по 1923 г., видно, напр., что там лишь однажды прибегли к декапсуляции на 8-й день комагозного состояния; больная погибла. В русской литературе опубликовано только два случая этой операции: Скробанского³⁾ и Прозоровского⁴⁾. Даже в крупных статистиках, напр., Адамовича⁵⁾,—133 случая,—этот способ борьбы с эклампсией вовсе не упоминается. В виду этого я и решился, не будучи специалистом, опубликовать один свой случай декапсуляции, окончившийся выздоровлением.

Больная С., 17½ л., поступила 4/X 1925 г. в заведомое мною Хирургическо-Гинекологическое отделение Кинешемской больницы. Доставившие большую тревогу утром 4/XI в 1 час дня 4/XI у С. впервые развились приступ судорог с потерей сознания, которое больше не возвращалось; в 3 ч. дня последовал второй судорожный приступ, в 4 часа третий. Пациентка беременна в первый раз, на VIII солнечн. месяце. Размеры таза: D. sp. 26, D. cr. 28, C. в. 8½. Шейка сглажена, наружный зев открыт на 1 сант., края его ригидны. Пульс полный, довольно напряженный, 100 ударов в 1'; кровяное давление измерить не удалось в виду сильного двигательного возбуждения; t° 38,5°. С 4 до 9 ч. вечера 7 тяжелых экламптических приступов. За это время введено морфия подкожно 0,02, хлорал-гидрата в клизмах 4,0, хлороформа путем вдыханий 20,0. До 9 ч. вечера открытия никакого, общее состояние ухудшилось.

В 9 ч. 20 м. предпринято под хлороформом кесарское сечение по классическому способу, без гемостаза матки. Извлечен асфигтичный живой плод. После операции, с 10 ч. по 10 ч. 45 м. веч., 4 сильных припадков, а затем до 9 ч. 40 м. утра 5/XI—14 сильных припадков; пульс 120, t° 39,0°, состояние комагозное. За ночь больная получила 0,02 морфия и 6,0 хлорал-гидрата. Мочи перед операцией было выпущено 120 куб. сант. и в 11 ч. утра 5/XI—150 куб. сант.; в ней масса аморфных уратов, белка 150/100. Решено сделать кровопускание. Однако венесекция оказалась неудачною (узкие вены), и вскрыта лучевая артерия, из которой получено 80—90 куб. сант. крови, затем артерия затромбировалась. Между тем приступ судорог опять повторился, и в 11 ч. утра 4/XI сделана декапсуляция правой почки под хлороформом. Капсула отделялась довольно легко, цвет почки был темно-сине-багровый, поверхностный продольный разрез паренхимы дал незначительное кровотечение.

После декапсуляции, в 11 ч. 50 мин., был один несильный приступ,—тридцатый по счету,—а затем приступов больше не было! С 11 ч. у. 5/XI по 11 ч. у. 6/XI больной введено 800 куб. сант. физиологич. раствора под кожу, и несколько раз делались маленькие клизмы из содового раствора. Мочи за это время было 560 куб. сант., мутной, с содержанием 12/100 белка. За 6/XI введено 1000 куб. сант. 2% раствора глюкозы под кожу и 500 куб. сант.—в клизмах; мочи 2710 куб. сант., белка 6/100. За 7/XI мочи 2800 куб. сант., белка нет. За 8/XI мочи 1920 куб. сант. С вечера 5/XI больная начала глотать воду, спит почти непрерывно, лицо еще вздуто, маскообразно. Вечером 6/XI некоторые проявления сознания, спокойный сон. 7/XI взор более сознательный, с 8-XI больная отвечает на вопросы, амнезия; мочится сама. 9/XI больная разговаривает, хотя речь замедлена; амнезия сглаживается. 12/XI сняты швы—prima. Вскоре затем больная выписана в хорошем состоянии, без каких-либо жалоб.

Случай этот представляется мне интересным в прогностическом отношении. Эclamптические приступы, не уступавшие наркотикам, несколько не убавились ни в силе, ни в частоте и после кесаревого сечения; удаление плода ничуть не повлияло на ход болезни на протяжении более полусуток, функция почек осталась глубоко угнетенной. Прогноз, таким образом, складывался неблагоприятный. У Селицкого⁶⁾ из 4 случаев, где после кесаревого сечения было больше 10 припадков эclamпсии, в 3 последовала смерть. На кровопускание не приходилось в данном случае возлагать особых надежд, так как накануне довольно значительная потеря крови при кесарском сечении совершенно не повлияла на приступы, да и технически кровопускание и из вены, и из артерии встретило затруднения. При таких условиях декапсуляция казалась вполне уместной, и действительно, после этой операции, — кстати сказать, прошедшей почти бескровно, так как даже порядочные мышечные артерии (у больной нарочно была перерезана XII межреберная артерия) кровоточили слабо, — наступил резкий перелом болезни: приступы судорог прекратились, диурез быстро поднялся, белок исчез. Связь между этой операцией и восстановлением почечной функции настолько ярка, что ее хочется считать причинной.

Если мы обратимся к литературе, то увидим, что у самого инициатора лечения эclamпсии декапсуляцией Sippel'a успех был отмечен в 80% . Последующие авторы не столь оптимистичны. Тем не менее я думаю, что в отчаянных случаях эclamпсии с анурией есть смысл испытывать эту несложную операцию.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Sippel. Zeit. f. gynaek. Urol., Bd II, H. 2.—2) Schimmel. Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXVII.—3) Скробанский. Журн. Акуш. и Женск. Бол., 1909.—4) Прозоровский. Ibid., 1910.—5) Адамович. Ibid., 1925.—6) Селицкий. Ibid., 1915.

D-r N. I. Dampieroff (Kineschma, Gouv. Iwanowo-Wosnesensk). Ein Fall von Nierendekapsulation bei Eklampsie.

Der Autor beschreibt einen schweren Fall von Eklampsie, bei welchen alle Massnahmen (Narcotica, Aderlass, Kaiserschnitt) ohne Erfolg blieben, während nach der Dekapsulation einer Niere die Kramptanfälle aufhörten, die Diurese sich rasch erhöhte, das Eiweiss im Harn verschwand und die Kranke sich bald erholte.

К вопросу о missed abortion.

Заведующего отделением д-ра мед. Н. Н. Чукалова.

Если для патологического феномена, известного под названием missed labour, и по настоящее время осталось в науке определение, впервые данное Oldham'ом и Clifton'ом, — а именно, под этим названием разумеется то патологическое состояние маточной беременности, когда, при зрелом или почти зрелом плоде, наступающие к сроку родов схватки не ведут к родам, плод умирает и мертвый задерживается в матке (за прекращением схваток) более нормального срока, то понятие о missed abortion и до сих пор страдает неточностью.

Duncan, впервые подразделивший понятие missed labour на отдельные понятия: missed labour и missed abortion, к этой последней категории отнес те случаи патологической маточной беременности, когда течение ее наступают признаки выкидыша, но последний не происходит, нежизнеспособный еще плод умирает и остается в матке до наступления срока родов или даже более этого срока.

Е. Fränkel¹⁾ считает возможным внести в это определение поправку, причисляя к missed abortion и все случаи, где задержка в матке нежизнеспособного плода после его смерти продолжается не менее 6 недель (6-недельный срок Fränkel считает максимальным от момента смерти утробного плода до его изгнания из матки при обыкновенных выкидышах). Вообще же Fränkel хотел-бы совершенно упразднить самое название missed abortion и говорить в подобных случаях лишь о ненормально долгой задержке плодного яйца.

Современные акушеры понимают под missed abortion вообще или задержавшийся выкидыш, или чрезмерно долгую задержку незрелого плода в матке после его смерти.

Патолого-анатомический материал, которым мы воспользовались в настоящей работе, дали следующие два случая missed abortion, наблюдавшиеся нами в Адмиралтейской больнице.

Случай I. Б-ая М. К., 38 л., замужняя, русская, многорожавшая, поступила в больницу 5/IX 1925 г. со схватками. Больная хорошего питания, правильного телосложения, начала ходить в детстве на втором году; в детстве перенесла брюшной тиф и скарлатину. Мenses — первые на 14-м году, приходили обычно через 4 недели и длились по 3 дня. Предшествовавшие роды, числом 3, все протекали нормально. В настоящее время, спустя 8 лет после последних родов, б-ая снова беременна. До настоящей беременности она, по ее словам, никакими женскими болезнями не страдала, с начала же настоящей беременности заметила у себя гнойные боли. Последние крови были в декабре 1924 г. Движение плода почувствовала в начале апреля 1925 г. До поступления в больницу обращалась в консультацию для беременных, причем там 22/VI 1925 г. у ней была констатирована беременность на VII месяце. В начале июля 1925 г. больная почувствовала схватки без особой к тому причины; схватки эти были неособенно сильны, с промежутками в 15—20 мин., продолжались полсуток, причем отходили в небольшом количестве

«воды». Вслед за прекращением схваток больная перестала чувствовать движения плода. С того времени она стала замечать у себя на белье пятна темного цвета, а в дальнейшем чувствовала некоторую слабость до конца беременности. 1/IX 1925 г. пациентка была на амбулаторном приеме в Адмиралтейской больнице, причем исследование ее дало следующую картину: дно матки несколько ниже пупка, тело ее шарообразной формы, имеет около 15 см. в ширину и столько же в длину, частей плода в нем не прощупывается, сердцебиения не выслушивается, окраска входа влагалища розоватая, шейка матки наощупь несколько мягче нормы, не сглажена, из закрытого наружного зева выделяется гнойный секрет. 4/IX у больной снова начались схватки, продолжавшиеся и следующий день и 5/IX она была принята с врезыванием плодного пузыря, после искусственного разрыва которого стали видны ягодичы плода. Через несколько минут после разрыва пузыря родился мертвый плод, соответствующий VII месяцу внутриутробной жизни: вслед затем отошли вторые воды желто-зеленого цвета, без запаха. Плацента отделилась и выделялась самостоятельно. Послеродовой период протек нормально, и родильница 15/IX выписана здоровой.

Плод мужского пола, длина его—31 см., вес—550,0. Размеры головки: большой косой—11 см., малый косой—8 см., м. поперечный—5 см., б. поперечный—6 см. Кожные покровы пергаментного вида, сморщены, сильно покрыты первородной смазкой, окрашены в серо-буроватый цвет, не имбибированы кровью, пузырей на них нигде не видно, отделяется только эпидермис; более глубокие слои кожи находятся в соединении с подлежащими мягкими тканями. Внутренние органы не указывают на какие-либо отклонения от свойственного данному возрасту строения, резкого размягчения их не заметно, мозг превращен в полужидкую массу, при разрезе костей *Wegner*овского изменения не обнаружено.

Пуповина: сосуды на разрезах представляются проходными, *Wharton*ова студень несколько отека, причем приблизительно по середине пуповины находится скопление отечной жидкости, величиной несколько более лесного ореха, напоминающее как-бы кисту; при микроскопическом исследовании данного участка кровеносные сосуды пуповины оказались вполне проходными, без особых изменений.

Плацента: вес 103,0, размеры 12×9 см., консистенция плотнее обычной, почти кожистая, вся плацента очень бледна и несколько более нормы утолщена; местами на материнской ее поверхности заметны небольшие наслоения засохшей крови, толщиной до 0,5 мм.; в остальных местах материнская поверхность плаценты бледна.

При микроскопическом обследовании плаценты найдено, что ворсинки хорошо сохранили свою форму, строма их в большинстве случаев, при окраске по *van Gieson*у, интенсивно окрашивается фуксином, представляется более грубой, сильно гиалинизированной. В местах сильной гиалинизации ядер почти не заметно. Кровеносных сосудов в большинстве ворсинок не встречается. В тех ворсинках, где они сохранены, они представляются уже обычных, окружены гиалинизированной тканью. Покрывающий ворсинки эпителий довольно хорошо сохранился, по большей части имеет вид синцитиальных масс, образующих местами выросты. Около ворсинок, во многих местах, заметны отложения извести, окрашивающиеся от гематоксилина в фиолетово-черный цвет; известковых масс не заметно внутри ворсинок, они лежат в пространствах между ворсинками, прилегая непосредственно к эпителиальному покрову. Местами около ворсинок замечаются гомогенные массы гиалинизированного фибрина, окрашивающиеся по *van Gieson*у в желтоватый цвет. Крови внутри ворсинок почти совершенно нет, красные кровяные шарики встречаются, в небольшом числе, лишь в пространстве между ворсинками. Присутствия клеточной инфильтрации воспалительного характера как в ворсинках, так и в пространствах между ними не обнаружено.

Случай II. Больная З. В., 26 лет, домашняя хозяйка, русская, замужняя, многорожавшая, поступила в отделение 19/IX 1925 г. Больная удовлетворительного питания, правильного телосложения. Чем хворала в детстве,—не помнит, ходить начала к концу первого года жизни. Первые месячные на 16-ом году, приходили через 3 недели, продолжались по 3—4 дня, без особых растройств. Первая беременность в 1918 г., окончилась выкидышем на II мес.; вторая, в 1920 г., окончилась срочными родами; ребенок жив и по настоящее время. За последние 2 года пациентка страдает малярией и белыми. Имеется *struma* среднего объема. В настоящее время З. В. беременна в третий раз, причем последние крови были в конце января. Настоящая беременность протекала первоначально нормально, если не считать довольно сильной рвоты в первые месяцы. В апреле б-ая почувствовала схватки,

которые спустя 4 часа прекратились, в мае была на амбулаторном приеме в одной из больниц, где у нее была диагностирована беременность на III месяце. В середине июля была на амбулаторном приеме в Адмиралтейской больнице: диагноз: беременность на III месяце (?), эндометрит. В августе опять была у нас же на амбулаторном приеме; в это время у ней было небольшое кровотечение менструального типа; поставлен диагноз — *Fibromyoma uteri* (?), эндометрит, и назначены горячие влажалошные сиринцевания. При поступлении в отделение 19/IX был найден начавшийся выкидыш: скоро родился плод и одновременно с ним плацента. 27/IX 1925 г. пациентка выписалась из отделения здоровой.

Плод женского пола, вес его—45,0, длина—13 см. Наружные покровы серопепельного цвета. Конечности несколько деформированы, ступни ног имеют вид култей, пальцы ног совершенно не обозначены: на руках можно различить лишь зачатки пальцев. Явления мацерации не заметно, но можно отметить некоторую степень мумификации: плод плотнее, чем обычно. Кости черепа в полуснавшемся состоянии, хрящевая часть грудной клетки, таз и позвоночник хорошо обозначаются. Импровизация кровью покровов не заметно, эпидермис находится в тесном соединении с подлежащими тканями. Внутренние органы каких-либо отклонений от свойственного данной стадии утробного развития не представляют. Размещения внутренних органов и потери форм незаметно, за исключением мозга, который представляет собой полужидкую массу, причем кровоизлияний нигде в мозгу не замечается.

Пуповина без особых изменений, узлов и перекручиваний в ней не заметно. Кровеносные сосуды на разрезах проходимы. Амнион выглядит несколько плотнее нормального. Плацента: вес 75,0, размеры 9X6 см., форма несколько бобовидная, консистенция плотная; с маточной стороны она несколько бугристая, серовато-белого цвета с салым оттенком, на разрезах мелкопориста, причем с маточной поверхности по периферии повсюду различается белый слой толщиной в 2—3 мм.; кровоизлияний в ткани плаценты нигде не замечается.

При микроскопическом исследовании плаценты оказалось, что отдельные ворсинки по большей части располагаются раздельно, будучи раздвинуты между собою гомогенной массой. Кое-где плацентарная ткань заменена массами гвалинизированной фибрина. Упомянутые массы, разделяющие ворсинки, местами содержат небольшие включения клеток *deciduae* и кучки полиморфоядерных лейкоцитов и лимфоцитов. Что касается самих ворсинок, то часть их представляется омертвевшими и совершенно лишенными клеточных элементов. Строма во многих ворсинках последнего рода представляется гвалинизированной, причем заметных кровеносных сосудов почти нигде нет. Клеточные элементы стромы в периферии ворсинок, видимо, сохранялись наиболее долгое время. Эпителиальный покров ворсинок в общем выступает несомненно отчетливо. Резкого обособления на два слоя в нем не заметно. Эпителиальные клетки то сгруппированы в несколько рядов, то лежат в один слой, то совершенно отсутствуют. Некоторые клетки эпителия представляются отторгшимися и лежащими в гомогенных массах фибрина. Местами среди этих гомогенных масс встречаются глыбки извести.

Вопрос об этиологии *missed abortion* до настоящего времени далек от своего окончательного разрешения. Все же, изучив подробно литературу по затронутому вопросу¹⁾ и сопоставляя многочисленные, в громадном большинстве разноречивые мнения отдельных авторов, мы можем установить прежде всего тот важный факт, что при *missed abortion*, как правило, оказывается больной сама матка. В наших обоих случаях также имело место заболевание этого органа, выражавшееся белыми и притом.— что наиболее интересно,—лишь во время давних *missed abortion* беременностей.

Те авторы, которые производили микроскопическое обследование плацент при *missed abortion*, всегда находили в таких плацентах обли-

¹⁾ Интересующихся литературой о *missed abortion* мы отсылаем к литературным источникам, приводимым у Fränkel'a (Samml. klin. Vorr., № 351, 1903), Kōk'a (Zentr. f. Gyn., 1923, № 3) и Küstner'a (Döderlein's Handb. d. Geb., Bd. II, XIV, 1924).

терацию кровеносных сосудов ворсинок и, как правило, гиалиновое перерождение плацентарной ткани, в частности ворсин хориона. Так, Merttens ²⁾ во всех 9, имевшихся в его распоряжении, плацентах подобного сорта нашел облитерацию кровеносных сосудов хориальных ворсин, происшедшую за счет клеточных разрощений. Кроме того, этот автор указывает на гомогенизацию стромы ворсин, бедность их клеточными элементами и местами отложение в них извести. Аналогичные изменения отмечает и Gräfe ³⁾. Dössekker ⁴⁾ в своем случае отмечает в плаценте повсюду полное запустение кровеносных сосудов ворсинок, выполненных клеточными, концентрически располагающимися массами; большинство ворсин было в его случае гиалиново перерождено. Иванов ⁵⁾ в описываемом им случае нашел ворсинки в некоторых участках плаценты совершенно нормальными (в них ясно можно было различать синцитий и Langhans'овский слой), в других же участках ворсинки представлялись некротизированными и сосуды в них — облитерированными; во многих препаратах автор нашел большие отложения извести. Fränkel ⁶⁾ в двух своих случаях, обследованных микроскопически, нашел облитерацию сосудов хориона. Нейн ⁷⁾ во всех 3 своих случаях констатировал отсутствие капилляров в ворсинках, тромбоз, гиалиновое перерождение. Putsloew ⁸⁾ отмечает в своем случае гиалиновое перерождение ворсин, частичную облитерацию их сосудов, тромбозы. Улезко-Строганова ⁹⁾ в обследованных ею 5 случаях нашла, что после смерти плода его оболочки, а именно, хорион, оставаясь в матке в течение нескольких месяцев, не только сохраняют местами свои структурные особенности, но и способность к дальнейшему росту (гиперплазия ворсинчатого покрова), а также — что строма ворсин подвергается фиброзному перерождению с запустением сосудов, переходящему далее в гиалиновое перерождение и оканчивающемуся полным некрозом. Проф. Тимофеев ¹⁰⁾, попутно, тоже отмечает в своем случае гиалиновое перерождение ворсин хориона, оказавшихся в участках обследованной им матки при missed abortion. Гиалиновое перерождение ворсин хориона, облитерацию кровеносных сосудов ворсинок и отложения извести нашли и мы в обоих наших случаях.

Таким образом облитерация кровеносных сосудов ворсинок хориона встречается всегда в плацентах при missed abortion, судя по имеющемуся материалу, а также, как правило, наблюдается и гиалиновое перерождение их. Спрашивается теперь: что же, эти изменения в плацентах при missed abortion являются прижизненными, или посмертными? — вопрос существенно важный в затронутой нами теме.

Küstner, Улезко-Строганова, Gräfe, Merttens смотрят на эти изменения, как на посмертные, и лишь один Dössekker склоняется считать их прижизненными. На основании изучения своего материала и на основании микроскопических картин плацент при missed abortion, изученных другими авторами, мы позволим себе присоединиться к взгляду Dössekker'a. Если-бы эти изменения в плацентах при missed abortion были посмертными, то надо думать, что они были-бы различными в зависимости от срока задержки плаценты в матке. На самом деле это, однако, не так: просматривая описания микроскопических картин плацент различного срока задержки у приведенных авторов, мы не находим какой-либо зависимости изменений в плацентах от срока их задержки. Это

несоответствие отмечает, между прочим, из русских авторов и Улезко-Строганова.

Далее, если-бы эти изменения были посмертными, то почему же в одной и той же плаценте при missed abortion часть кровеносных сосудов ворсинок является совершенно облитерированными, часть—облитерированными лишь частично, а часть хорошо сохранившимися? Gräfe и Meritens прямо говорят, что облитерация ворсин совершается засчет клеточных разрощений в интимае. Почему же они будут посмертными, как то полагают названные два автора? Бонштедт¹¹⁾ в своей диссертационной работе приходит к выводу, что из числа изменений строения человеческого последа надо считать бесспорно происшедшими после смерти плода скопления крови, отложения фибрина вокруг ворсинок, кровяного пигмента и кристаллов в межворсинчатых пространствах, равно как и отложение извести в этих же местах: соединительнотканье же изменения стромы ворсинок, разрощения intimaе и закупоривание сосудов ворсинок, по Бонштедту, не являются характерными для последа, задержавшегося после смерти плода в полости матки,—эти изменения могут произойти и при жизни плода. Известно, наконец, что в некоторых случаях missed abortion плацента несомненно продолжала жить и после смерти плода (Mihael¹²⁾, Gräfe, Иванов, Улезко-Строганова).

Все вышеизложенное заставляет нас считать находимые в плацентах при missed abortion изменения, в частности гиалиновое перерождение ворсинок и облитерацию кровеносных сосудов их, явлениями не посмертными, а прижизненными, притом происходящими постепенно, почему и гибель плодного яйца, в зависимости от постепенного прекращения притока питательного материала от матери, происходит здесь незрзу, а постепенно. Этим-то обстоятельством, в связи с заболеванием матки,—органа, от правильной функции которого зависит родовой акт,—и объясняется, по нашему мнению, та характерная клиническая картина, которую missed abortion так отличается от обыкновенного выкидыша.

Литература. 1) E. Fränkel. Samml. klin. Vortr., 1903, № 351.—2) I. Meritens. Zeit. f. Geb. u. Gyn., 1894, Bd. XXX.—3) M. Gräfe, Zentr. f. Gyn., 1897, № 3.—4) W. Dössekker. Corr.-Bl. f. Schw. A., 1898, № 16.—5) Иванов. Врач, 1898, № 15.—6) Fränkel. O. c.—7) Heyn. Zentr. f. Gyn., 1903, № 7.—8) Purslow. Lancet, 1909, v. II.—9) Улезко-Строганова. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1909.—10) Проф. Тимофеев. Каз. Мед. Журн., 1924, № 6.—11) Бонштедт. Дисс., СПб, 1902.—12) Mihael. Zentr. f. Gyn., 1897, № 7.

D-r N. N. Tchukalov (Kazan). Sur la question du „missed abortion“.

Après avoir étudié les changements du placenta dans deux cas caractéristiques de missed abortion, l'auteur a trouvé, que ces changements (dégénérescence hyaline des villosités du chorion, oblitération des vaisseaux des villosités etc.) se trouvaient pendant la vie et se développaient graduellement et c'est pour cela que la destruction de l'oeux fécondé, dans deux cas, était graduelle. La même cause avec des affections de l'utérus qui n'y sont pas rares expliquent, d'après l'auteur, ce tableau symptomatique par lequel le missed abortion se différencie nettement de l'avortement banal.

К вопросу о „малом кесарском сечении“.

Проф. Н. И. Горизонтова.

В последнее время, в связи с сильно увеличившимся в клиниках и больницах числом операций искусственного выкидыша, вопрос о технике производства этой операции является злободневным. Так как обычный способ производства искусственного выкидыша посредством расширения шейки бужами Негар'а или ламинариями с последующим выскабливанием при беременности более 2 месяцев нередко ведет к осложнениям, а при беременности более 3 месяцев является совершенно неподходящим, и так как при производстве искусственного аборта нередко является необходимость одновременно производить стерилизацию женщины, то в виду этого за последние 10—15 лет было предложено немало различных способов как производства искусственного аборта, так и одновременного производства аборта и стерилизации. Таковы, напр., вагинальные способы: 1) Лейбчика и Отта, состоящие в экстраперитонеальном рассечении передней стенки шейки по медиальной линии между наружным зевом (несколько от него отступя) и *plica vesico-uterina*. 2) Schauta и Wernera, состоящие в медиальном рассечении шейки, то без вскрытия брюшины переднего дугласа, то со вскрытием его (в последнем случае к операции присоединяется стерилизация в виде удаления труб или только их резекции); 3) Dützmanna и Какушкина, состоящие в передней кольпотомии и рассечении передней стенки тела матки с резекцией труб или без таковой. Таковы, далее, способы абдоминальные, состоящие в разрезе тела матки после брюшностеночного чревосечения, с одновременной стерилизацией. Способы эти, на рассмотрении которых мы здесь и остановимся, известны под названием „малого кесарского сечения“.

Приоритет разработки „малого кесарского сечения“ принадлежит Sellheim'у, который в 1913 г. подробно описал свой метод одновременного прерывания беременности и стерилизации, дав ему указанное название. После вскрытия брюшной полости Sellheim вскрывает матку поперечным или продольным разрезом по передней или задней стенке: обычно разрез, длиною всего в 3—4 сант., ведется по дну матки от трубы к трубе; затем плодное яйцо удаляется пальцем целиком, и полость матки при помощи компресса очищается от остатков отпадающей оболочки. Чтобы выделения из матки имели лучший отток, Sellheim производит расширение шейки сверху бужами Негар'а до 1—1½ см., причем ассистент пальцем, введенным во влагалище, контролирует прохождение бужем наружного зева. После достаточного расширения канала шейки из полости матки проводится во влагалище марлевая полоска. Затем, удлиняя разрез матки за трубные углы, Sellheim производит резекцию маточных отделов труб на протяжении 2—3 сант., после

чего, остановив кровотечение, зашивает матку двухэтажным швом из катгута. В некоторых случаях Sellheim делает вместо частичной резекции труб полное их удаление, что он находит технически более удобным.

После того, как Sellheim опубликовал эту операцию, ее стали производить многие германские гинекологи— Frey, Freund, Doerfler и др. и опубликовывать свои результаты, причем оказалось, что некоторые из них начали производить ее еще раньше Sellheim'a. Так, Walther, в Цюрихе, к 1912 г. имел 18 случаев этой операции, которую он произвел у туберкулезных женщин. Freund начал ее производить с 1908 года.

У всех последующих операторов метод производства „малого кесарского сечения“ в общем был такой же, как и у Sellheim'a, отличаясь лишь некоторыми несущественными особенностями. Так, Frey, Freund и др. совершенно оставили расширение шейки и тампонацию матки, как приемы излишние и даже опасные в смысле возможности занесения инфекции в матку из влагалища. Нормальный цервикальный канал и без расширения, по мнению этих авторов, является вполне достаточным для оттока выделений из матки. Многочисленные случаи данной операции, протекавшие благополучно без расширения цервикального канала, доказали справедливость этого.

Для вскрытия матки названные гинекологи пользовались продольным разрезом по передней стенке тела, Doerfler же производил поперечный разрез в нижнем отделе тела над шейкой, вскрывая *placenta vesicouterina*. При производстве стерилизации Frey пользовался способом Madlener'a, состоящим в захватывании середины трубы пинцетом, в раздроблении тканей приподнятого пинцетом участка трубы энтеротрибом Douen'a и в наложении на этом участке лигатуры. Freund для стерилизации применял свой способ, состоящий в том, что один конец (дистальный) перерезанной трубы, будучи выделен из брюшины и сложен в петлю на подобие пуговицы, погружается между листками широкой связки, а другой (проксимальный resp. маточный) вшивается в брюшные покровы (вентрофиксируется).

Frey, разработав в 1923 г. материал Цюрихской клиники Walther'a, сообщает, что с октября 1920 г. малое кесарское сечение, с одновременной стерилизацией или без нее, было произведено при беременности свыше 3 месяцев, осложненной заболеваниями легких, сердца и пр., 52 раза, причем в 16 случаях операция была выполнена под местной анестезией, а в остальных 36—под общим наркозом. Все больные поправились, осложнений не было.

Freund также в 1923 году опубликовал свой материал, обнимающий 70 случаев этой операции и собранный им с 1908 г. Результаты получались тоже хорошие: все больные поправились быстро и без осложнений. Беременности впоследствии ни у одной больной не наступило. Во всех своих случаях этот автор производил зашивание матки узловатыми шелковыми швами, предпочитая шелк при этой операции катгуту.

Doerfler относительно своих результатов малого кесарского сечения замечает, что он 1½ года пользуется этой операцией для производства искусственного аборта по поводу тбс, пороков сердца, хронического нефрита и пр. и постоянно получал хорошие результаты.

В России операция эта была впервые произведена в 1915 и 1916 гг. Бекманом, в Ленинграде, в двух случаях, причем в обоих случаях она не была вполне типичною. Производя чревосечение по поводу двух перфораций матки, происшедших при искусственном аборте, Бекман удалил ложечкой и пальцем оставшиеся части плодного яйца чрез увеличенное разрезом перфорационное отверстие и затем в обоих случаях зашил матку наглухо. В одном из этих случаев была произведена стерилизация. Выздоровление наступило только в одном случае. Затем эта операция была произведена, в отдельных случаях, в 1923 году проф. К. К. Скробанским и Л. А. Гусаковым, а с марта 1923 г. она стала применяться в клинике проф. К. К. Скробанского систематически, в подходящих случаях. Как видно из сообщений Е. С. Павловой, вышедших из этой клиники, последняя к июню 1924 года располагала материалом в 30 случаев.

Показаниями для операции служили чаще всего tbc, затем vitium cordis, nephritis, узкий таз, morbus Basedowi, в одном случае приращение матки к передней брюшной стенке после кесарского сечения и в двух — слепота. Срок беременности колебался между $1\frac{1}{2}$ и 5 месяцами, причем чаще всего равнялся 2—3 месяцам. Операция производилась иногда под общим наркозом (хлороформ, эфир), иногда под спинномозговой анестезией и несколько раз под гипнозом. Брюшная полость вскрывалась небольшим разрезом по Pfannenstielю, матка плотно подводилась к разрезу и вскрывалась в дне поперечным разрезом длиною в 3—4 сант. После удаления плодного яйца пальцем и выскабливания матки кюреткой рана зашивалась многослойным швом из катгута. Подобно тому, как это рекомендовали Frey и Freund, при операции не производилось ни расширения шейки, ни тампонации матки. Для стерилизации, — в виду того, что клиновидная эксцизия труб на беременной матке дает сильное кровотечение, — применялся следующий способ: после перевязки и перерезки грубы между 2 лигатурами маточный конец ее, сложенный вдвое и зафиксированный той же лигатурой, прикрывался у задней поверхности матки брюшной широкой связкой. В среднем вся операция длилась 25—30 минут, не сопровождаясь ни разу значительным кровотечением, в виду чего применявшееся первоначально введение перед нею эрготина потом было оставлено. Все больные за исключением одной, погибшей через $1\frac{1}{2}$ часа от расстройства сердечной деятельности, — поправились. В послеоперационном периоде 3 больные лихорадили от основного страдания (tbc), у 2 было частичное нагноение в брюшной ране и у одной инфильтрат в паравезикальной клетчатке. Что касается отдаленных результатов, то они известны относительно 23 больных: 21 больная чувствуют себя вполне хорошо, а 2 жалуются на болезненные крови и общее плохое самочувствие в связи с tbc процессом.

В Повивально-Гинекологическом Институте в гор. Свердловске, как сообщает об этом В. Г. Перетц, „малое кесарское сечение“ с одновременной стерилизацией было произведено за 1923 г. 42 раза, причем в одной половине этих случаев операция была произведена на основании медицинских показаний, а в другой — на основании социальных показаний. В большинстве случаев срок прерываемой беременности был 3-месячный: только в 2 случаях операция была выполнена на 5-м и 6-м месяцах беременности. Техника ее была следующая: после вскрытия брю-

шной полости продольным разрезом по белой линии матки, подведенная к брюшной ране, вскрывалась поперечным донным овальным разрезом, простиравшимся от одной трубы до другой, причем перерезывались места впадения труб в матку; после удаления плодного яйца (пальцем или ложечкой) матка сначала зашивалась узловатыми швами из шелка в один этаж, поверх этих швов накладывался непрерывный серо-серозный шов из шелка, при наложении которого оперирующий старался особенно тщательно перитонизировать области вырезанных маточных отделов труб. Из 42 больных одна больная погибла от сепсиса на 2-ой день после операции; сепсис возник в этом случае вследствие уже имевшейся инфекции в плодном яйце; одна больная долго лихорадила вследствие образования инфильтрата в области операционного поля, остальные поправились без осложнений и выписывались на 11-ый день.

Вот, в кратких чертах, те давные относительно разбираемой операции, которые мне удалось найти в имеющейся в моем распоряжении литературе. Все авторы, производившие эту операцию, дают об ней очень лестные отзывы,—все они находят, что она представляет легкий, простой способ удаления плодного яйца из матки в любой срок беременности,—способ чистый, асептический, особенно выгодный тем, что вся операция производится здесь под контролем зрения и осязания. К выгодам способа относится, далее, то, что для удаления плодного яйца здесь не надо идти чрез ватину, которая постоянно бывает богата микробами и трудно поддается дезинфекции; к выгодным сторонам операции относится также то, что она обычно не сопровождается значительным кровотечением; наконец, к очень видным преимуществам ее относится возможность одновременного с операцией аборта производства стерилизации, причем, в виду доступности при ней труб, само производство стерилизации является легко осуществимым.

Из всех способов разреза матки при „малом кесарском сечении“ наиболее выгодным считается авторами разрез по передней поверхности маточного тела, но у нас в России чаще всего применялся поперечный разрез в дне. Благодаря разрезу на передней поверхности матки, некоторые авторы (Перетц) предлагают называть эту операцию *hysterotomia anterior abdominalis*. Все авторы отмечают, что больные, несмотря на наличие различного рода серьезных заболеваний, по поводу которых производилась данная операция, большею частью легко, быстро и без осложнений поправлялись и чувствовали себя в дальнейшем вполне хорошо. В настоящее время у нас в России наиболее активным сторонником данной операции, ее пропагандистом является проф. К. К. Скробанский, который, в виду простоты ее техники, абсолютной стерильности и других преимуществ, думает применять ее в дальнейшем даже и в тех случаях, где не нужно одновременно производить стерилизации.

Несомненные выгоды и преимущества данной операции, особенно там, где вместе с прерыванием беременности нужно и предохранить больных от нового зачатия, побудили и нас применять ее в Томской Акушерско-Гинекологической клинике, где с осени 1924 г. по 1925 год она была произведена в 5 случаях.

Показаниями для операции в 2 случаях была бугорчатка легких (у одной из этих больных была еще киста яичника), в 1 случае—порок развития матки (*uterus subseptus arcuatus*), благодаря которому из 5 пред-

шествовавших беременностей 3 окончились выкидышами, а 2—тяжелыми родами, осложненными поперечным положением плода, в 1 случае—истощение вследствие многодетности (больная имела 8 беременностей) и в 1 случае—сильная рвота и осложнение беременности фибромной маточного перешейка (isthmus).

Возраст больных колебался между 27 и 39 годами. Число предшествовавших беременностей равнялось у 1 больной 0, у другой—3 (2 срочн. родов и 1 искусств. выкидыш), у третьей—5 (2 ср. родов и 3 естеств. выкидыша), у четвертой—6 (4 родов и 2 иск. аборта), у пятой—8 (6 ср. родов и 2 иск. выкидыша). Срок настоящей беременности колебался между $1\frac{1}{2}$ и 4 месяцами.

Во всех случаях операция была произведена под общим наркозом (эфир, хлороформ). Разрез брюшной стенки в 4 случаях был проведен по *lin. alba*, а в 1—по *Pfannenstiell*'ю. В 4 случаях матка, выведенная на поверхность брюшной раны, вскрывалась поперечным разрезом длиной в 3—5 сант. в зависимости от срока беременности, а в пятом, где беременность была осложнена фибромной с мандарин величиной, расположенной в поверхностных слоях передней стенки маточного перешейка (isthmus),—была сначала вылучена фибромиома, для чего мочевого пузыря и брюшина частично были отслоены, а затем матка была вскрыта продольным разрезом в области энуклеации опухоли. Перед рассечением матки во всех случаях выпрыскивался под кожу питуитрин. Плодное яйцо во всех случаях удалялось пальцем целиком, после чего полость матки тщательно выскабливалась ложечкой. Расширения цервикального канала и введения марлевого дренажа по *Sellheim*'у не применялось. Разрез матки тщательно зашивался узловатым швом из ниток в 2 этажа. В одном случае впрочем,—именно, где матка была разрезана продольно в шейке,—разрез ее был зашит узловатыми швами из катгута и покрыт отслоенным мочевым пузырем, как это делается при цервикальном кесарском сечении по *Krönig*'у. Кровотечение из матки во время операции во всех случаях было незначительное.

Из 5 случаев—в 4 одновременно с прерыванием беременности была произведена стерилизация, а в одном—она не была сделана в виду того, что больная *I-gravida*, страдавшая рвотой, желала иметь детей в будущем. Стерилизация в 2 случаях была произведена посредством иссечения маточных частей труб и тщательной перитонизации этих участков матки, причем для иссечения труб поперечный разрез матки удлинялся и раздвигался в области расположения труб. В одном случае, где операция производилась одновременно и для прерывания беременности, и для удаления кисты левого яичника (*cystis simplex* с яблоко), одна труба была иссечена вся вместе с кистой яичника, а другая—только в своей маточной части. Наконец, в одном случае стерилизация была сделана по *Kirchhoff*'у, т. е. путем резекции и погружения перерезанных концов в расщепленную грыжешку. Продолжительность операции в среднем, считая от начала разреза брюшной стенки до конца ее зашивания, длилась около 1 часа.

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений,— t^0 выше 37^0 не поднималась, выделений из матки было мало, симптомов, указывавших на задержку выделений из матки, ни в одном случае не было, брюшная рана у всех больных зажила *per primam*, ин-

фильтратов в полости малого таза не было. Все больные выписывались на 13—15-й день после операции. В настоящее время все они чувствуют себя хорошо, месячные ходят правильно; у стерилизованных—беременности не наступило.

Кроме описанных случаев, уже в текущем 1926 году (за январь) „малое кесарское сечение“ было произведено по медицинским показаниям, с одновременной стерилизацией, в 3 случаях; так как эти больные, однако, еще находятся в послеоперационном периоде.—протекающем, кстати сказать, нормально,—то они и не включены в число рассматриваемых случаев.

Насколько позволяет судить наш ограниченный пока опыт с операцией „малого кесарского сечения“, у нас составилось об ней очень благоприятное мнение. Вместе со всеми другими авторами, изучавшими эту операцию, мы можем признать ее технически простой и легкой по сравнению с вагинальной операцией искусственного выкидыша, а также абсолютно стерильной. Она, далее, представляет большие удобства для производства искусственного прерывания беременности в любой срок ее развития—именно благодаря тому, что при ней операционное поле хорошо доступно для зрения и осязания, как ни при одном из существующих способов искусственного прерывания беременности. В указанном отношении операция эта представляет несравненные преимущества перед вагинальными способами Schauta, Wegner'a и Лейбчика-Отта. Хотя при помощи этих вагинальных способов можно также в любой срок беременности опорожнить матку, но это опорожнение здесь, как всем очевидно, сопряжено с значительно большими техническими трудностями и требует известной опытности в вагинальных операциях. К преимуществам операции также относится незначительность кровотечения из матки, что побудило нас, как и других операторов, оставить профилактическое введение эрготина или питуитрина. Но к особенно важным преимуществам „малого кесарского сечения“, выделяющим его из ряда всех операций искусственного прерывания беременности, относится легкая возможность производить одновременно с удалением плодного яйца стерилизацию женщины.

Производство стерилизации, как убедил нас в этом опыт, является здесь очень удобным и доступным, не в пример производству стерилизации при вагинальных способах. Благодаря этому техническому удобству, при данной операции возможно выполнить стерилизацию более тщательно и надежно. Оттого в литературе до сих пор нет еще указаний, чтобы после стерилизации, произведенной при „малом кесарском сечении“, хотя-бы в одном случае наступила беременность.

При всех своих преимуществах, конечно, данная операция,—как и всякая другая,—имеет и некоторые отрицательные стороны; к ним относятся все те опасности, которые могут являться ближайшими и отдаленными спутниками всякого чревосечения вообще и брюшностеночного в частности, а также разреза тела матки, как опасность перитонита (впрочем сведенная в настоящее время до minimum'a), опасность последовательных срощений, опасность развития грыжи в брюшном рубце и возможность разрыва матки в случае возникновения новой беременности. Это последнее обстоятельство и заставляет соединять главный момент данной операции—удаление плодного яйца—с другим—со стерилизацией—и ограничивает круг ее применения при производстве искусственного аборта. По нашему

мнению эта операция и является особенно показанной, можно сказать, даже незаменимой—в тех случаях, где необходимо и желательно, прерывая беременность, одновременно произвести и стерилизацию, женщины, а также выполнить другие операции на матке или придатках, напр., вылущение фибромиомы или удаление кисты яичника и пр. Впрочем в некоторых случаях возможно при „малом кесарском сечении“ не делать одновременной стерилизации; только при этом следует несколько изменить способ производства разреза матки,—в виду возможности новой беременности делать его не в теле, а на границе между телом и шейкой, вскрывая брюшину в переднем Douglas'овом кармане и отслаивая несколько мочевого пузыря, т. е. оперировать по типу интраперитонеального цервикального кесарского сечения по K^opnig'y, как это и было сделано нами в одном случае. Нельзя при этом, однако, не заметить, что при подобном видоизменении меняется сама операция,—она делается более сложной, при ней становится более затруднительным удаление плодного яйца, части которого и кровь теперь более легко могут попасть в брюшную полость.

На основании всего сказанного можно сделать заключение, что т. наз. операция „малого кесарского сечения“ (*hysterotomia anterior abdominalis cum sterilisatione*), отличаясь перечисленным выше положительными качествами, заслуживает серьезного внимания со стороны гинекологов и широкого применения в подходящих случаях.

ЛИТЕРАТУРА.

- Sellheim. Monat. f. Geb. u. Gyn., 1913. Bd. XXXVIII.—Ott. Zentr. f. Gyn., 1925, № 5.—Лейбчик. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1924, стр. 520.—Dützmann. Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXV.—Какушкин. Врач. Газ., 1924.—Werner. Centr. f. Gyn., 1913. № 43.—Schauta. Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXXIII, Hft. 3.—Doerfler. Zentr. f. Gyn., 1923, № 6.—Freu. Ibid., № 24.—Freund. Ibid., № 42.—Madelener. Zentr. f. Gyn., 1920, № 20.—Васильев. Сб. В. Г. Бекмана, 1916, стр. 293.—Бекман. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1917, стр. 171.—Гусakov. Врач. Газ., 1923, № 24.—Павлова. Журн. Ак. и Ж. Б., 1925, стр. 87.—Павлова. Тр. VI Съезда Акуш. и Гин., 1925, стр. 298.—Перетц. Врач. Газ., 1925, № 11.—Скробанский. Журн. Ак. и Ж. Б., 1925, стр. 163.

Prof. N. J. Gorizontow (Tomsk). Zur Frage des „kleinen Kaiserschnittes“.

Auf Grund einer Reihe von Fällen (8) hatte sich der Autor von den Vorzügen der Schwangerschaftsunterbrechung auch in frühen Stadien durch die abdominale Hysterotomie („kleinen Kaiserschnitt“) überzeugt. Besonders angezeigt, man möchte sagen—sogar unentbehrlich erscheint diese Operation in solchen Fällen, wo zu gleicher Zeit mit der Unterbrechung der Schwangerschaft die Sterilisation des Weibes, auch andere Operationen an der Gebärmutter oder ihrer Adnexa z. B. die Enucleation von Fibromyomen der Gebärmutter, die Entfernung von Ovarialeysten u. a. auszuführen nötig ist.

К диагностике внематочной беременности поздних стадий (трубно-брюшной *).

Д-ра М. Я. Серебриной.

(С 2 рис.).

Внематочная беременность поздних стадий—явление настолько редкое, что, по статистике Rosenblatt'a, с 1809 г. по 1923 г. в литературе описано всего 295 случаев ее, причем в громадном большинстве этих случаев имела место трубно-брюшная беременность: яйцо сначала прививалось в трубе, затем стенка трубы разрывалась, плод выскакивал в брюшную полость, плацента же и часть оболочек оставались в первоначальном месте. Встречаясь так, сравнительно, редко, внематочная беременность поздних стадий может представлять известные затруднения для распознавания. По мнению Huggins'a (реф. Журн. Ак. и Ж. Б., 1912) большое значение здесь может иметь анамнез, из которого можно получить указания на бывшие ранее воспалительные процессы и в особенности на припадки, могущие навести на мысль о происшедшем прерывании трубной беременности.

Из объективных признаков внематочной беременности важнейшими, как известно, считаются два: отсутствие у беременной женщины плодного яйца в полости матки и отхождение deciduae, которое не всегда, однако, бывает (исследования Schiffman'a—Wien. med. Woch., 1925—в этом направлении показали, что отхождение deciduae при прекращении внематочной беременности наблюдается только в 70%).

Бекман (Ж. Ак. и Ж. Б., 1914) в диагностике поздних стадий внематочной беременности придает большое значение раздельному прощупыванию матки и плодного мешка, что иногда бывает очень затруднено вследствие болезненности живота. Чтобы облегчить пальпацию, надо исследовать больную под наркозом, но и при этом бывают ошибки; так, напр., если плацента прикреплена ко дну матки, то и плодоемместилище представляет непосредственное продолжение матки, без наличия границ между ними в виде борозды.

Распознавание облегчается также при тонких брюшных покровах, когда можно бывает прощупать части плода гораздо яснее, чем при маточной беременности. Важным признаком поздних стадий внематочной беременности Бекман считает, затем, сильные боли в животе. Боли эти развиваются, повидимому, вследствие раздражения брюшины движениями плода, свободно лежащего в брюшной полости, а также вследствие растяжения плодоемместилища, если таковое сохранилось.

*) Доложено в Научной Конференции Род. Дома 28/XII 1925.

Редкое явление при поздней внематочной беременности было описано в случае М. Г. Краснополяского (Ж. Ак. и Ж. Б. 1913), который наблюдал отхождение околоплодной жидкости в течение 6 месяцев, начиная с V месяца беременности; объяснялось это тем, что здесь имелось налицо нарушение целостности плодных оболочек в области маточного отверстия трубы. вследствие чего полости матки и яйцевых оболочек сообщались между собою (трубно маточная беременность).

Одним из характерных признаков внематочной беременности в поздних стадиях является, далее, появление ложных родовых схваток, которые обыкновенно начинаются задолго до конца беременности, не сопровождаясь, однако, раскрытием зева. Такого рода боли могут продолжаться по несколько суток (случай Бекмана, Краснополяского и наш).

Частые ошибки при распознавании доношенной или почти доношенной эктопической беременности объясняются тем, что плодный мешок при своем росте обычно оттесняет органы большого и малого таза, вследствие чего топографическое расположение их значительно нарушается. Вообще, по словам Sittner'a, глава о внематочной беременности есть вместе с тем и глава диагностических ошибок. С этой точки зрения несомненный интерес представляет следующий случай поздней внематочной беременности, наблюдавшийся в Родильном доме имени Грауэрмана:

24/III 1924 г. в Дом поступила больная М., 34 л., учительница, с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота и пояснице и на незначительные выделения желтого цвета. Из анамнеза выяснилось, что менструации у М. начались с 13 лет, установились сразу, по 4 суток через 4 недели; последние менструации были 20/IX 1923 г., обычного типа. Больная—замужняя, замужем 12 лет, беременна была один раз, 10 лет тому назад; беременность протекала нормально и кончилась срочными родами. Послеродовых заболеваний не было. 25/X, после 5-дневной задержки регул. больная почувствовала внезапную судорожную боль в правом боку и пролежала в постели 3 дня, ощущая общую слабость. Через неделю боли в правом боку повторились и опять заставили больную пролежать в постели 3 дня, а еще через неделю—новый приступ болей. В дальнейшем такие приступы повторялись еще 4 раза в течение 10 дней, причем появились выделения кофейного цвета в небольшом количестве. Приглашенный врач диагностировал нормальную 2-месячную беременность в сочетании с параметритом. Больная пролежала в постели 2½ месяца с явлениями колита и температурой до 37,6°. С III месяца беременности припадки у ней больше не повторялись. Движения плода почувствовала с V месяца беременности. С этого же времени появились периодические боли внизу живота справа.

Пациентка пролежала в Родильном Доме в первый раз 6 дней, затем была выписана по собственному желанию, в виду отсутствия родовой деятельности. 5/IV она, однако, снова поступила с жалобами на схватки и боли внизу живота. За все время пребывания дома у ней, по ее словам, наблюдались серьезно-кровянистые выделения, и она не переставала чувствовать резкие движения плода. При вторичном поступлении внутреннее исследование показало, что шейка матки находится высоко над симфизом, достигается с трудом, не сглажена, наружный зев прикрыт, задне-правый свод уплощен, во входе определяется головка плода, покрытая истонченной задней стенкой влагалища.

Бывшие до того довольно сильными схватки 7/IV прекратились, и одновременно началась рвота зелеными массами, а t° поднялась до 39,6°. Внутреннее исследование показало, что задний свод резко выпячен, истончен и натянут находящейся за ним головкой, на которой ясно определяются ее швы и роднички. Высоко над симфизом прощупывается шейка, пропускающая два пальца. При вхождении пальцами в шейный канал никаких подлежащих частей не прощупывается. Из полости матки выделилась маркая, с запахом, масса, напоминающая decidua. Per rectum выше головки, справа от нее, прощупывалась хрустящая масса, напоминающая ткань последа, или кровяные сгустки. Через брюшные покровы матка не контурировалась.

На основании этих данных исследования был поставлен диагноз трубно-брюшной беременности, и произведено под общим хлороформно-эфирным наркозом чревосечение (проф. М. Г. Сердюков) с продольным разрезом по средней линии. По вскрытии брюшины выяснилось, что тело матки увеличено до 3 месяцев беременности, отнесено плодным мешком влево от средней линии и вверх от l. innominata. Справа и сзади от матки, непосредственно к ней примыкая, располагается плацента, часть которой помещается в растянутом ампулярном конце правой трубы. Проксимальный конец последней, в форме извитого, в 12 сант. длиною, шнура располагается на поверхности плодного мешка на границе с плацентой. Остальная часть плодного мешка с заключающимися в нем водами и плодом расположена в заднем дугласе, который сильно растянут головкой плода. Левая труба и яичник видимых отклонений от нормы не представляют, окружены небольшими сращениями. Наружная поверхность плодовместилища—неровная, с обильно развитыми сосудами, соприкасается с петлями кишек, брыжжейкой и отчасти с париетальной брюшиной. Ножицами вскрыт плодный пузырь, причем излилось небольшое количество чистой, прозрачной околоплодной жидкости. Плод извлечен за ножки из брюшной полости живым. Сращения плодовместилища с телом матки разделены. Правые придатки вместе с плодным мешком удалены. Кровотечение небольшое. Сосуды перевязаны. Культи широкой связки обшита. Спайки плодовместилища с брыжжейкой, толстыми кишками и пристеночной брюшиной малого таза разделены тупым путем. В заключение брюшная рана закрыта 3-этажным швом.

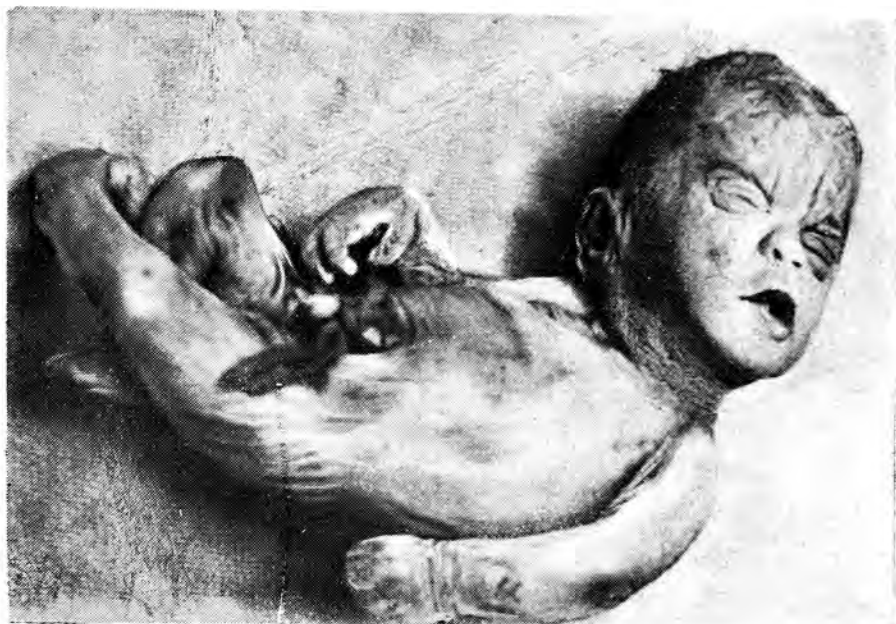


Рис. 1.

Послеоперационный период протек гладко, брюшная рана зажила per primam, и больная выписалась здоровой. Что касается извлеченного при операции живого плода, то он погиб через сутки. Это была (рис. 1) недоношенная девочка весом 1100 грм., длиною 34 сант.; окружность головки у ней равнялась 24 сант., груди—22 сант., живота—18 сант. Кожа и слизистые оболочки были цианотичны, подкожный жировой слой развит слабо, на коже нижних конечностей имелись мелкие кровоподтеки. Головка неправильно-цилиндрической формы, с плотно прижатыми к черепу ушными раковинами, грудная клетка плоска, спереди слегка вогнута. Левая большая половая губа вдвое больше правой. Нижние конечности деформированы: правое бедро искривлено к медиальной линии, правая стопа—в виде *pes valgus*, левая голень скручена винтообразно по продольной оси так, что пятка направлена вперед. Стопа также в положении *pes valgus*. На основании размеров

и веса, а также произведенной рентгенограммы плода (по точкам окостенения) можно считать, что возраст его равнялся 30—32 неделям.

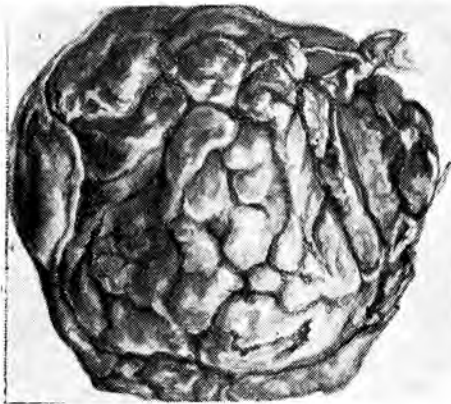


Рис. 2.

При микроскопическом исследовании трубной стенки в ней были найдены изменения, свойственные хроническому сальпингиту, с обильным развитием плотной соединительной ткани и кровоизлияниями. Во внутренних слоях трубной стенки имелась круглоклеточная инфильтрация и местами—резкий склероз ткани. Просвет трубы был расширен, слизистая оболочка почти отсутствовала, мускулатура замещена соединительной тканью.

Описанный случай с клинической точки зрения представляет интерес главным образом в смысле точной диагностики, которая была поставлена здесь до операции на основании данных анамнеза, наличия схваткообразных болей и данных объективного исследования. Кроме того, в данном случае обращают на себя внимание патолого-анатомические изменения фаллопиевой трубы,—наличие хронического эндосальпингита и перисальпингита, которые могла послужить причиной задержки плодного яйца в трубе и повести к возникновению внематочной беременности.

Прикрепление яйца, как видно из препарата, было в первой трети ампулярного конца трубы. Плод, повидимому, развивался в трубе лишь в течение 2 месяцев, а затем, вследствие истончения и раз'едания трубной стенки хориальными ворсинками, он вышел в брюшную полость, где и продолжал развиваться. Плодовместилище расположилось между правой трубой и петлями кишок, брыжейкой и пристеночной брюшиной.

D-r M. I. Serebrina (Moscou). Sur le diagnostic de la grossesse extrautérine dans la dernière période.

L'auteur étudie les différents signes diagnostiques de la grossesse éctopique progressive, anamnétiques et objectifs. Il décrit un cas d'une grossesse extrautérine où l'opération a été faite avec succès au huitième mois par le Prof. Serdukoff. Le diagnostic était bien posé avant l'opération. Le foetus pesait 1100,0 et mesurait 34 cm. de longueur, on l'a eu vivant et il a vécu 24 heures. Il présentait quelques déformations de la tête et des extrémités inférieures, qui n'excluaient pas pour lui la possibilité de rester vivant. La mère a bien supporté l'opération.

Случай внезапной смерти после родов с кровоизлиянием в области пучка His'a.

Старш. ассистента Ю. А. Лейбчика.

Под случаями внезапной смерти, как известно, понимают те случаи, когда жизнь человека, до того здорового, угасает совершенно неожиданно в течении нескольких минут или даже молниеносно, в несколько секунд (Secudentod). Такая внезапная смерть во время беременности, родов и послеродового периода наблюдается далеко не редко, причем она может быть последствием различных причин. По Zweifel'ю (Döderlein's Handbuch f. Geb., 1925) чаще всего она бывает на почве *apoplexiae cerebri*, воздушной и легочной эмболии, различных острых и хронических заболеваний сердца, в некоторых случаях — эклампсии во время первого же припадка или тотчас после него.

Однако не во всех случаях внезапной смерти удастся установить истинную причину ее или, правильнее, те условия, которые привели к ней. Так, Lesser (цит. по Zweifel'ю, l. c.) сообщает результаты вскрытия 171 случая внезапной смерти. Из них только в 53 случаях были обнаружены такие изменения жизненно-важных органов, которые, естественно, должны были повлечь за собой смерть индивидуума. В 71 случае имелись хронические сердечные заболевания, окончившиеся скорострительной смертью по поводу ничтожных причин, без каких-либо новых поражений сердца. В остальных случаях и, в частности, в 17 случаях эпилепсии причина смерти осталась невыясненной, т. к. все органы оказались свободными от резких изменений.

С этой точки зрения значительный интерес представляет следующий случай, наблюдавшийся нами в Акушерском отделении Ин-та, — случай, тем более заслуживающий внимания, что аналогичного ему в доступной литературе найти мне не удалось.

Г-жа Б., 26 лет, сильно малокровная II-gravida, поступила в отделение 31/III 1925 г., в 6 ч. утра, для срочных родов, при несглаженной шейке с раскрытием зева на один палец. Схватки редки и слабые. Положение плода II черепное. Размеры таза: D. sp. 25, D. cr. $27\frac{1}{2}$, D. tr. 30, C. ext. 20. Более года назад Б. была оперирована мною по поводу 4-месячной беременности, причем последняя прервана путем предложенной мной модификации *hysterotomiae vagin. ant.*; как операция, так и послеоперационное заживление прошли без осложнений. Настоящая беременность протекала нормально, и лишь в конце беременности появились желтоватые бели.

Днем 31/III у Б. появились в небольшом количестве кровянистые выделения. 1/IV весь день схваток почти не было. 2/IV в 11 ч. утра открытие на 2 попереч-

ных пальца. В 13 часов сонли воды. В 13 ч. 30 м. введен проктейринтер, и назначен хинин рег ос по 0,3 (2 раза). В 17 ч. проктейринтер вышел. Т° у. 36,9, п. 76; веч. 37,5, п. 72. После 21 часа схватки участились, появились незначительные кровянистые выделения. В 3 ч. IV в 3 ч. утра полное открытие. в 3 ч. 20 м. выринут питуитрии 1,0, в 5 ч. началось врезывание, в 5 ч. 45 родился живой младенец весом 3800,0, длиной 52 см.

Уже тотчас после рождения плода состояние б-ой стало заметно ухудшаться. — наступило головокружение, потемнение в глазах и учащение пульса. Обратило на себя также внимание появление в это время многочисленных мелких кровоизлияний на коже век, шеи и шеи. В 7 ч. утра было произведено ручное выделение последа. Появившиеся еще до выделения последа небольшое кровотечение продолжалось, но потеря крови не превышала обычной. Не смотря на массаж матки и вырскивание эрготина, матка плохо сокращалась. Кровотечение остановлено ручным прижатием аорты. Вскоре после этого общее состояние б-ой еще более ухудшилось, появилось угрожающее падение пульса, сонливое состояние, холодный пот и т. д. Все принятые меры для поднятия и возбуждения деятельности сердца не дали результатов, и в 8 ч. 20 м. наступил *exilis letalis*.

Произведенное вскрытие (проф. Н. П. Васильев) установило следующее: телосложение правильное, питание хорошее, трупное окоченение выражено слабо; посмертных пятен нет; на коже век, лица, шеи, плеч и верхней части груди мелкие точечные петехии, слизистые оболочки также покрыты точечными кровоизлияниями. Мозг слегка отечен. Гипофиз несколько увеличен. Кровь водянистая, бледноватая; костный мозг в эпифизе бедра красен. Селезенка несколько увеличена; капсула ее морщинистая, легко снимается ножом, паренхима мягкая, малиново-красная, трабекулы выражены слабо. Околосердечная сумка нормальная. Проба на воздушную эмболию отрицательна. Сердце нормальной величины, слегка желтоватого цвета, местами обложено жиром, слой которого на границе между левым желудочком и предсердием достигает толщины в 1/2 поп. пальца. Энкард кое-где покрыт мелкими петехиями. Между трабекулами и в толще мышцы перегородки имеется обширное кровоизлияние в 4×3 1/2 см. величиною, захватывающее область пучка His'a; помимо этого на эндокарде рассеяно много петехий от булавочной головки до чечевичного зерна размерами. Полость правого желудочка растянута; клапаны воду держат, аорта нормальная. Легкие эмфизематозны, на плевре многочисленные точечные кровоизлияния, под плеврой на границе долек видны пузырьки воздуха, идущие тонкими полосками. В слизистой оболочке желудка масса точечных кровоизлияний. Паренхима печени желто-зеленоватого цвета, дольки ее незаметны, желчные протоки проходимы. Почки: оболочка снимается легко, под ней большое количество кровоизлияний, корковый слой несколько желтоват. Мочеточники немного расширены. Под слизистой мочевого пузыря — кровоизлияние. Что касается половых органов, то яичники небольшой величины; трубы нормальны, матка с головку ребенка, сросшена с сальником, серозный покров ее испещрен массой точечных кровоизлияний, на передней стенке полости остатки отпадающей оболочки и немного мелких сгустков крови. На шейке имеются 2 боковых разрыва — слева в 4 1/2 см., справа — в 4 см. На передней поверхности нижнего сегмента матки и верхнего отдела шейки (место бывшего разреза) виден совершенно неповрежденный, прочный, несколько растянутый рубец, ширина которого местами доходит до одного сантиметра. Справа в параагинальной клетчатке небольшая гематома.

Для микроскопического исследования были изготовлены срезы из сердца, гипофиза и операционного рубца в стенке матки. Исследование первых показало, что эндокард в области пучка His'a разрушен кровоизлиянием, состоящим преимущественно из красных кровяных телец. Кровоизлияние окружает His'овский пучок и проникает по соединительнотканному прослойкам его, разобщая волокна пучка друг от друга; отсюда кровь проникает местами на небольшое протяжение по интерстициальным прослойкам вглубь миокарда. Пучок His'a виден в поперечном сечении, причем мышечные волокна его отчетливы, разбухли, миофибриллы отсутствуют. Местами мышечные волокна в середине представляются совершенно пустыми, — очевидно вследствие разделения отдельных фибрилл жидкостью (отек, гидроническое пропитывание). Определить сохранение непрерывности пучка на всем его протяжении не представилось возможным, т. к. срезы были сделаны в поперечном сечении. Что касается остальной мышцы сердца, то, кроме явлений слабой бурой атрофии, особых изменений в ней отметить было нельзя. Далее, одна

из веточек венозной артерии сердца, лежащая близ эндокарда, неподалеку от пучка His'a, представлялась сплошь выполненной организующимся тромбом, и стенки ее были равномерно утолщены.

В передней части гипофиза, кроме явлений умеренной гиперэмии, присутствия эозинофильных и базофильных клеток и довольно большого количества т. наз. Erdheimовских клеток беременности,—особых изменений отметить не удалось.

В области рубца мы встретили участки грануляционной ткани и участки склерозированной, отчасти отечной соединительной ткани, богатой волокнами с сравнительно небольшим количеством клеточной ткани разнообразного типа: наряду с типичными фибробластами здесь встречались полибласты, лимфоциты, небольшое количество полиморфно-ядерных лейкоцитов и особые клетки эпителиоидного вида. Многочисленные сосуды представлялись здесь расширенными и выполненными красными кровяными шариками с небольшим примесью лейкоцитов. Кое-где среди рубцовой ткани встречались, в виде отдельных пластинок или обособленно, гладкие мышечные волокна, по большей части извитые и неравномерно набухшие, иногда оканчивающиеся на концах слабыми колбовидными вздутиями. Ядра в этих волокнах чаще были овальной, реже палочковидной формы. Одни из волокон интенсивно окрашивались эозином и производили впечатление регенерирующихся и вступающих в рубцовую ткань, другие волокна представлялись очень тонкими, слабо окрашивающимися и резко отличающимися по окраске от соединительной ткани рубца,—создавалось впечатление, что мышечные клетки последнего рода подвергаются атрофии. Часть рубца со стороны децидуальной его поверхности была пронизана полиморфноядерными лейкоцитами, которые нигде, однако, не образовывали настолько густых скоплений, чтобы можно было говорить о гнойном воспалении. На срезах из других мест ткань рубца была пронизана обширными кровоизлияниями, состоявшими преимущественно из красных кровяных телец.

Как видно из данных вскрытия, резких изменений жизненно-важных органов, которые могли-бы объяснить причину внезапной смерти нашей пациентки, нам установить не удалось. Самое серьезное, что бросалось в глаза,—это обширное кровоизлияние в области атрио-вентрикулярного пучка и затем масса мелких точечных кровоизлияний, которые были рассеяны положительно на всех слизистых и серозных покровах почти всех органов, а также и в глубине их. Для решения танатологической задачи в данном случае мы должны отказаться от „причинности“ и встать исключительно на точку зрения кондиционального мышления, защитником и проводником которого в настоящее время является проф. Шор (Учение о смерти человека, Ленинград, 1905), и выяснить ту совокупность условий, которые, насаиваясь и отягощая друг друга, повели к неожиданной смерти в периоде физиологического процесса.

И прижизненно, и на вскрытии в данном случае была установлена наличность хронической анемии. Затем здесь имели место затянувшиеся в течение 73 часов роды, которые, конечно, могли значительно ослабить и понизить сопротивляемость организма.

При этом, кстати говоря, возникает вопрос, не сыграло-ли роль в длительности периода раскрытия при родах в данном случае наличие рубца в нижнем сегменте матки и верхнем отделе шейки. Отрицать этого категорически, конечно, нельзя, так как механизм родовой деятельности и условия, которые могут патологически извращать ее, еще недостаточно изучены и ясны. Однако, как свидетельствуют данные относительно родов у женщин, перенесших кесарское сечение, увеличение длительности их по сравнению с нормой в общем невелико,—напр., по Wille (Deut. med. Woch., 1926, № 14) продолжительность их в среднем была равна 21 часу (minimum 4 часа, maximum 38 часов). В данном случае рубец, повидимому, не представлял значительного сопротивления и растягивался хорошо,

схватки же в течение первых 2 суток были удивительно слабыми и вялыми. Искусственно возбуждать их мы не решались, не желая форсировать периода раскрытия при наличии рубца.

В происхождении и развитии дальнейших явлений имело, повидимому, большое значение впрыскивание питуитрина. Имеется довольно много наблюдений о побочном действии и осложнениях при применении этого средства. Так, проф. Малиновский (Дисс., Казань, 1913) в нескольких случаях наблюдал от него шум в ушах, головокружение, сердцебиение и т. п. В случаях Voigt'a Schneider-Siwers'a и Bowermann'a (цит. по Малиновскому), помимо вышеуказанных явлений, наблюдались резкая бледность лица, затемнение сознания, сильное расширение и плохая реакция зрачков, напряженный пульс и другие объективные признаки угрожающего характера, а в случае Bang'a (цит. по Guggisberg'y, Halban-Seitz's Biologie u. Path. d. Weibes, 1925, Bd. VI)—острый диффузный орек легких с учащением пульса и выделением пенистой, окрашенной в розовый цвет мокроты. Эти побочные действия многими объясняются вызываемым питуитрином сильным повышением кровяного давления. И действительно, Edward A. Schäfer (The endocrine organs an introduction to the study of internal secretion, 1916, p. 84—88) показал, что при первой инъекции питуитрина получается резкое повышение кровяного давления, вскоре приходящего к норме, при последующих же инъекциях кровяное давление или совсем не повышается, или же поднимается незначительно. Повидимому, в нашем случае как раз произошло резкое повышение кровяного давления с последующим параличом и расширением сосудов, что и повело к многочисленным петехиям и к кровоизлияниям в области пучка His'a. Всему этому могло способствовать наличие у нашей пациентки функционально ослабленного сердечно-сосудистого аппарата на почве конституциональной его слабости.

Субэндокардиальные кровоизлияния в области пучка His'a, по Schman's'y, наблюдаются не так редко, причем кровотечения эти могут возникать или на почве интоксикаций, или вследствие сильных сокращений с одновременным распадом токсически поврежденных мышечных волокон. В результате перерыва проводимости пучка получают аритмии и диссоциация работы предсердий и желудочков. Сами по себе повреждения и перерыв атрио-вентрикулярного пучка несмертельны,—клиника знает довольно большое количество случаев этого перерыва вследствие, напр., разрушения пучка гуммой, причем дело ограничивается здесь резвитием симптомокомплекса Morgagni-Adams-Stokes'a. Проф. Самойлов (Каз. Мед. Журн., 1925, № 4) сообщает об опытах, где у животных производилась перерезка атрио-вентрикулярного пучка без того, чтобы животные погибали.

К сожалению, из-за желания сохранить препарат сердца для музея нам не представилось возможности проследить весь ход пучка в кровоизлиянии. Во всяком случае пучек His'a, окруженный и сдавленный излившейся кровью, проникавшей даже между отдельными его волокнами, местами перерожденный, вакуолизированный,—вероятно, не мог уже у нашей больной правильно функционировать, отчего, возможно, наступила внезапная диссоциация.

Одновременное ослабление сопротивляемости анемичного организма, маточное кровотечение,—правда, не превышавшее нормы, но для данного

организма явившееся отягощающим моментом. — внутритканевое крово-
течение и возможность рефлекса с внутренней поверхности матки при
вхождении в нее рукой (шок?), наконец, внезапно наступившая диссо-
циация работы предсердий и желудочков с одновременным внезапным
падением кровяного давления — все это, повидимому, при наличии консти-
туциональной и функциональной слабости сердечно-сосудистого аппарата
(условно-инвалидное сердце по Шору) и повело к резкой дисгармонии
в работе сердечно-сосудистого аппарата, параличу сердца и внезапной
смерти нашей пациентки.

Dr. J. A. Leibtschik. Ueber einen plötzlichen Todesfall nach
der Geburt mit Bluterguss im Bereich des His'schen Bündels.

Verfasser beschreibt einen plötzlichen Todesfall nach der Geburt,
in welchem der Tod 1 St. 20 Min. nach manueller Placentalösung in 20—
30 Min. erfolgte. Die Autopsie wies nur zahlreiche Petechien auf der
Oberfläche und im Innern aller Organe und auf allen Schleimhäuten nach,
ausserdem noch einen Bluterguss von $4 \times 3\frac{1}{2}$ ccm. Grösse im Bereich des
Reizleitungssystems. Verfasser nimmt an, dass der plötzliche Todesfall
infolge Vereinigung mehrerer Bedingungen erfolgte: 1) chronische Anämie,
2) langdauernde Geburt (73 St.) und Abschwächung des Organismus,
3) Pituitrininjektion, welche zu einer Blutdrucksteigerung führte mit nach-
folgender Blutdrucksenkung und Vasomoterenlähmung, welche vielleicht
die Ursache des Blutergusses im Bereich des Reizleitungssystems mit seiner
Störung und zahlreicher petechialer Blutungen war, 4) Uterusblutung und
Blutung in das Gewebe, 5) plötzliche Störung des Reizleitungssystems mit
Herzblock, 6) Schock (?) infolge intrauteriner Manipulationen. Verfasser
glaubt, dass die Vereinigung aller dieser Bedingungen und ihr plötzlicher
Erscheinen bei einem vielleicht konstitutionell und funktionell abgesch-
wächten Herz und gleichen Blutgefässen in diesem Fall den Tod hervor-
gerufen haben.

К вопросу об эндометриоидных разращениях.

Проф. А. И. Тимофеева.

(С таблицей рисунков)

В связи с работами последнего времени, принадлежащими главным образом американским авторам, вопрос об эндометриоподобных разращениях, встречающихся как в самой матке, так и вне ее, привлек к себе особое внимание исследователей, и современная литература очень богата сообщениями, касающимися этой области патологии. В связи с изучением генеза этих разращений выдвинуты новые оригинальные теории их происхождения, напр., Halbanом и Sampsonом. Однако, многое еще в этом вопросе остается неполно выясненным, а потому накопление фактического материала, могущего пролить свет на отдельные детали в этой области, является желательным и своевременным. С этой точки зрения мы и решаемся опубликовать наши наблюдения, произведенные главным образом на операционном материале проф. В. С. Груздева, отчасти — нашем собственном, из Гинекологической клиники Гос. Ин-та для усовершенствования врачей, а также поделиться результатами экспериментов, поставленных нами в лаборатории глубокоуважаемого проф. В. С. Груздева, которому мы этот труд с чувством искреннего уважения и сердечной благодарности учителю в день 35-летнего юбилея и посвящаем.

Среди эндометриальных разращений можно выделить две группы. Одну группу составляют разращения, для которых определенно устанавливается прямая их связь со слизистой оболочкой матки. Для разращений второй группы этой связи не существует, а по своему топографическому расположению они могут быть интра—и экстраперитонеальными (Lauche). В. Meyer среди разращений интраперитонеальных выделяет еще особо разращения периметральные.

Остановиваясь прежде всего на разращениях первой группы, следует сказать, что соответственно топографическим отделам матки можно говорить о железистых разращениях (гетеротопиях) ее тела и шейки.

Если понимать эндометриоидные гетеротопии широко и относить к ним и эрозии влагалищной части матки, как это делает К. П. Улезко-Строганова, то шейку матки следует поставить на первом месте по частоте встречающихся здесь надобного рода разращений. Согласно указаниям Улезко-Строгановой, к которым и мы вполне присоединяемся, большинство разращений типа эрозий следует отнести к группе гетеротопий, имеющих исходным пунктом непосредственно слизистую оболочку матки. Как известно, отличительной чертой эрозий является их сравнительно поверхностное расположение и отсутствие наклонности

к образованию таких глубоких вростаний в миометрий, какие можно наблюдать со стороны слизистой оболочки тела матки.

Не останавливаясь на типичных эрозиях влагалищной части матки, позволим себе привести один, наблюдавшийся нами в Институте для усовершенствования врачей, случай оригинального, чрезвычайно экзотического разрастания цервикальных желез матки.

Дело касается 43-летней крестьянки, имевшей 5 родов и 2 выкидыша с послеродовым заболеванием в анамнезе. У больной установлено было присутствие двусторонних воспалительных опухолей придатков и обширных периметритических спаек, а также найдены глубокие разрывы маточной шейки, сильно ее деформировавшие, с резким выворотом задней губы *portionis vaginalis* наружу. Произведено полное удаление матки с придатками. При микроскопическом исследовании матки получились весьма интересные картины. Вывороченная наружу задняя губа влагалищной части матки казалась занятой бархатистой эрозией. И действительно, это была напильлярная эрозия. Поверхность эрозии была покрыта красивыми напильлярными разрастаниями, эпителий которых представлялся то цилиндрическим, то низко-кубическим, местами же был слущен. Разрыхленная подэпителиальная строма состояла из тонко-петлистой ретикулярной ткани, местами инфильтрированной мелкими круглыми клетками, местами содержащей плазматические клетки, и очень напоминала своим видом строма слизистой оболочки тела матки. В более глубоких слоях ретикулярный характер стромы терялся, но все же она оставалась богатой клеточными элементами, среди которых преобладали уже веретенообразные формы. Вся толща влагалищной части, как в области эрозии, так и в отделах, покрытых уже плоским эпителием, пронизана была массой железистых полостей самой разнообразной величины и формы. По задней стенке матки указанные железистые разрастания захватывали не только всю шейку, но распространялись и на тело матки, на протяжении нижних двух третей его, притом в наружных слоях миометрия несколько выше, чем в подслизистом слое. Наружу, в боковых отделах шейки, железистые полости достигали почти до параметральной клетчатки. По мере удаления от влагалищной части, где железистые разрастания были столь обильны, что местами придавали органу губчатое строение, они становились все менее резко выраженными и на уровне верхней границы своего распространения встречались уже лишь в виде отдельных железистых полостей. Характерным для описанных разрастаний являлось строение их эпителия: последний всюду имел характер типичного цервикального эпителия, как-бы находящегося в состоянии секреции, — высокие, цилиндрические, хорошо контурированные клетки его имели характерные, отнесенные к основанию клеток ядра и светлую, слегка зернистую протоплазму, в которой местами можно было видеть светлые вакуоли. В некоторых, сильно растянутых, полостях клетки под влиянием механического растяжения делались значительно ниже, превращаясь иногда почти в пластинчатые элементы. Никаких признаков наложения или прорыва в сторону окружающей стромы со стороны эпителия полостей нигде установить не удалось.

Как уже отмечено, строма между железистыми полостями в поверхностных слоях влагалищной части имела вид типичной ретикулярной ткани, а в более глубоких отделах шейки оставалась богатой клеточными элементами. Группы железистых полостей и отдельные железы, внедрявшиеся глубоко в миометрий, местами были окружены ясно выраженным слоем клеточной ткани, местами же этот слой был резко редуцирован, так что отдельные железистые полости лежали прямо среди мышечных пучков миометрия. В некоторых местах можно было убедиться, что железистые разрастания пользуются предшествующими лимфатическими пространствами и, в особенности, периваскулярными лимфатическими щелями.

Слизистая оболочка тела матки явлений гиперплазии и гипертрофии не обнаруживала, местами представлялась даже атрофированной, но, в то же время, давала перекос выраженное вростание желез в толщу миометрия, так что в нижней трети тела матки во внутренних слоях миометрия можно было встретить железистые включения двойного типа — и типа желез эндометрия тела матки, и железы цервикального типа (см. рис. 1 и 2).

В данном случае представляется интересным толкование аденоматозных разрастаний желез цервикального типа. Прежде всего, кажется нам, можно считать установленным, что исходным пунктом железистых

разростаний, достигших в своем распространении верхних отделов матки, является наиболее пораженный ими участок влагалищной части матки, соответствующий папиллярной эрозии. Так как можно считать, — по крайней мере для большинства случаев, — что эпителий эрозий генетически бывает связан с эпителием цервикального канала, то и железистые разрастания в нашем случае следует считать за разросшиеся железы шеечного канала, а не только за образования с ними схожие. Возникает, далее, вопрос, следует ли трактовать наш случай, как злокачественное новообразование, или же рассматривать его, как пример эндометриодных гетеротопий цервикального канала, которые Gebhard, а за ним ряд авторов выделяют под названием „adenoma malignum der Cervixdrüsen“. Оставляя в стороне принципиальный вопрос о признании, в качестве самостоятельной группы, опухолей типа adenoma malignum, следует, однако, заметить, что и сам Gebhard говорит, что однослойность типичного эпителия в этих опухолях существует лишь временно, при дальнейшем развитии опухоли наступают признаки его наслаения, и отдельные участки новообразования принимают характер аденокарциномы. Клетки эпителия железистых полостей хотя и сохраняют, далее, в общем тип цервикального эпителия, но такого характерного вида однообразных высоких, узких, очень светлых клеток с правильно расположенными у основания клеток ядрами не имеют, — как это можно, напр., видеть на рисунках Gebhard'a, Kermauner'a и Schottlaender'a. В оригинальном случае Kroeмер'a злокачественное новообразование шейки матки, которое он определил, как cystadenoma cervicis pseudomucinosum, содержало полости, выстланные палисадообразными, находившимися в различных стадиях секреции клетками, вполне соответствовавшими псевдомуцинозным кистам Pfannenstiel'a. Взятые в отдельности полости новообразования Kroeмер'a были очень схожи с описанными нами, но значительное отличие нашего случая состоит в том, что эпителий полостей всюду сохраняет свою типичность и правильность расположения в то время, как в случае Kroeмер'a он как раз отличался беспорядочностью расположения. Среди ракового материала нашей клиники, обработанного в диссертации д-ра Дьяконова, встретился один случай типичной adenoma malignum в смысле Gebhard'a; и в этом случае даже в участках, где клеточные элементы больше всего сохраняли тип цервикального эпителия, они все же не отличались такой правильностью расположения и не имели столь характерного вида как-бы сецернирующих клеток, как в нашем случае, местами же была типичная аденокарцинома.

Изложенные соображения заставляют нас склониться к мысли, что в изученном нами случае мы имеем редкий пример эндометриоподобных глубоких гетеротопий цервикального типа с распространением высоко за пределы внутреннего зева матки. Если следовать терминологии R. Meyer'a, то наш случай можно было бы определить, как adenomyosis interna cervicalis. По вопросу о генезе цитогенной ткани, окружающей железистые разрастания, в особенности в области папиллярной эрозии, приходится высказаться за происхождение ее на месте путем разрыхления предсуществующей стромы. В согласии с Улезко-Строгановой, мы на основании своих картин склонны думать, что в распространении железистых разрастаний, наравне с активным их ростом,

видную роль играет и пассивное вовлечение эпителия в результате воспалительного процесса, несомненно имевшего место у нашей больной. Artusi указывает три фактора, которые должны быть приняты во внимание в вопросе о каузальном генезе гетеротопий: инфекционно-токсическое раздражение, диспластическое и гормонально-метаболическое раздражение. С этой точки зрения в нашем случае могли бы играть роль первый и третий из указанных моментов.

Что касается эндометриоподобных разрастаний в теле матки, то среди имевшегося в нашем распоряжении материала встречались лишь случаи *adenomyosis interna*, при котором имела место непосредственная связь гетеротопий с глубокими слоями эндометрия тела матки. Нерезко выраженные вrostания внутренних слоев эндометрия в толщу подлежащей мышечной ткани, присутствие которых для известного возраста женщины R. Meuer считает правилом и называет их „базальной glandулярной гиперплазией“, мы встречали сравнительно часто, в особенности при выраженных воспалительных изменениях в половой сфере. Более глубокие вrostания, достигавшие средних слоев миометрия, отмечены в 5 случаях. Все эти случаи протекали при резко выраженной клинической картине с кровотечениями, как преобладающим симптомом, и потребовали оперативного лечения. Два из этих случаев в свое время были опубликованы Н. И. Горизонтовым, а один, из клиники Гос. Ин-та для врачей, — д-ром Е. Н. Заболоцкой. Неглубокие вrostания типа базальной гиперплазии R. Meuer'a встречались нам независимо от того, находился ли эндометрий в целом в состоянии гипертрофии, или, наоборот, носил признаки атрофии. Все же случаи глубоких разрастаний эндометрия сопровождались одновременно более или менее резко выраженной гипертрофией эндометрия *in toto* и гиперплазией его железистого аппарата.

Со стороны фаллопиевых труб нам тоже приходилось видеть железистые разрастания, причем в большинстве случаев дело шло о разрастаниях, находившихся в непосредственной связи с слизистой оболочкой трубы. Гетеротопных разрастаний со стороны трубной мукозы в ткань яичника мы ниразу не наблюдали, распространение же их по мезосальпинксу, а также глубокое втягивание отдельных участков трубной мукозы в окружающие фимбриальный конец трубы спайки нам приходилось видеть неоднократно. Один случай таких трубных гетеротопий представляется особенно интересным.

У больной была диагностирована сросшенная вследствие бывшего перекручивания кистовидная опухоль правого яичника. При операции оказалась перекрученная и сросшенная правосторонняя трубно-яичниковая киста, находившаяся в интересных отношениях к левой трубе. Эта последняя, будучи свободной от сращений и имея незарощенным фимбриальный конец, была как-бы сложена вдвое в виде петли и верхушкой этой петли интимно соединялась с трубно-яичниковой кистой при помощи короткого тяжа, имевшего одинаковую с трубой толщину. Срезы показали, что этот как-бы вставочный участок в своей ближайшей к трубе части имеет довольно типичное для трубы строение, содержит просвет, выстланный слизистой оболочкой трубного характера, но с просветом трубы не соединяется. В части, прилежавшей к капсуле кисты, строение трубного просвета уже теряется, и можно видеть лишь отдельные желе-

известные полости, покрытые цилиндрическим эпителием и местами окруженные цитогенной тканью (см. рис. 3).

В этом случае наиболее вероятным представляется нам такое толкование формального и каузального генеза описанных гетеротопий: на левой трубе имелась добавочная труба, слепо соединявшаяся с главной трубой; фимбриальный конец этой добавочной трубы, благодаря воссалительному процессу, вовлечен был в капсулу опухоли и послужил источником гетеротопий. Другое возможное объяснение, — что здесь дело идет о сращении верхушки петли сложенной вдвое левой трубы с опухолью и о последующем вростании элементов слизистой оболочки трубы, — встречает некоторое затруднение в том обстоятельстве, что с просветом трубы канал, имевшийся в толще соединительного участка, сообщения не имел.

В более редких случаях приходилось убеждаться, что железистые включения в наружных, подбрюшинных отделах трубы имеют генетическую связь с эпителием серозного покрова трубы.

Особый интерес за последние годы, главным образом благодаря работам американских авторов, приобрели случаи эндометрионидных разрастаний, локализирующихся на поверхности яичников и в различных отделах брюшной полости и представляющих, по мнению Sampson'a, не что иное, как имплантаты частиц эндометрия, отторгнутых во время менструации и попавших в брюшную полость через фаллопиевы трубы. По Sampson'y, разрастания подобного рода встречаются столь часто, что на 170 абдоминальных операций в 1921½ г. он нашел их 37 раз, а на 296 операций в 1922½ г. — 64 раза.

Мы подвергли изучению 50 яичников, удаленных при различных операциях проф. В. С. Груздевым. При микроскопическом осмотре в 30 случаях можно было заподозрить наличие имплантатов в смысле Sampson'a. — на поверхности органа имелись мелкие кистовидные, с просияное зерно, узелки, более объемистые полости, содержавшие кровь, или, наконец, участки ткани, занятые разлитым кровоизлиянием. При микроскопическом исследовании этих случаев в десяти гистологических картинах действительно, оказалось соответствовавшее картине железистых гетеротопий. Железистые полости, покрытые цилиндрическим эпителием, располагавшиеся в самом поверхностном слое яичника, давали также более или менее глубокие внедрения в толщу коркового его слоя. В некоторых случаях в окружности этих полостей строма носила характер цитогенной ткани. Что касается генеза полостей, то в пяти случаях совершенно отчетливо можно было убедиться в происхождении их из поверхностного эпителия яичника. Замечательно, что в одном из этих случаев окружающая железистые полости строма была крайне богата мелкими расширенными сосудами, а местами была пронизана кровоизлияниями. Таким образом несомненно, что гетеротопии, генетически связанные с яичниковым эпителием, могут дать картины совершенно аналогичные тем, которые Sampson (Surg., gyn. a. obst., 1924, № 3) считает за имплантаты эндометрия. Впрочем в новейшей своей работе (Arch. of surg., 1925, № 1) Sampson и сам уже допускает, что под влиянием менструальной крови, попадающей при известных условиях из трубы на поверхность яичника, эпителий этого последнего может повести к образованию гетеротопий, ничем не отличающихся от истинных имплантатов эндометрия.



Рис. 2.



Рис. 3.

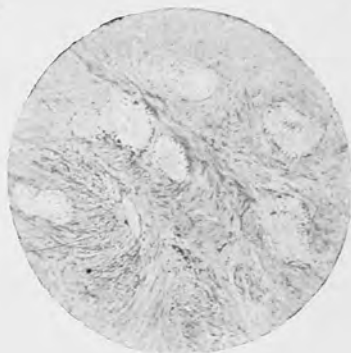


Рис. 1.



Рис. 4.



Рис. 5.

Гистологических картин, которые доказывали-бы несомненно происхождение железистых гетеротопий в яичнике за счет имплантированного эндометрия, видеть нам не приходилось. Несомненно, однако, что яичниковый эпителий не является единственным источником гетеротопных железистых включений в корковом слое яичника,—для целого ряда случаев нахождение таких включений приходится поставить в связь с остатками Wolff'ова тела.

Не таким редким, сравнительно, местом локализации эндометриоподобных разрастаний являются брюшина заднего дугласова кармана и стенка заднего свода влагалища, где разрастания эти могут давать более или менее обширные инфильтраты, известные, как аденомиомы заднего свода. В оперативном материале проф. В. С. Груздева встретился один такой типичный случай, описанный Н. И. Горизонтовым. Упомяну также об одном случае, наблюдавшемся нами в Ин-те для врачей и представляющем редкий пример диагностической ошибки. Обычно т. н. аденомиомы заднего свода при клиническом исследовании дают повод к смешению с злокачественными новообразованиями. В нашем случае имела место обратная ошибка,—у больной с плоским, довольно резко ограниченным инфильтратом в заднем своде, исходящим как-бы из задней стенки маточной шейки, диагностирована была аденомиома заднего свода (*adenomyosis externa*); при исследовании же удаленных частей получилась типичная картина аденокарциномы, не имевшей никакой связи с маткой. Детальным обследованием у больной обнаружен был рак желудка, не дававший до того времени ясных симптомов. Таким образом случай этот приходится трактовать, как довольно редкое у женщин осложнение рака желудка метастазом в область заднего свода и ректо-вагинальной перегородки.

Экстрагенитальных эндометриовидных гетеротопий в области рубцов после чревосечений исследовать нам не приходилось, только клинически наблюдали мы один случай, где у молодой женщины после операции вентрофиксации матки в месте бывшего вкола шва, в нижнем углу рубца, имелся как-бы фистулезный ход, отверстие которого окаймлено было пышными, сочными грануляциями, которые давали периодически кровотечения, точно совпадавшие с менструальными периодами пациентки. К сожалению, от операции и биопсии она отказалась и скоро исчезла из-под наблюдения.

Наиболее интересным и в то же время спорным вопросом в разбираемой области является вопрос о формальном генезе гетеротопий.

Из новейших теорий, предложенных для объяснения генеза и распространения не связанных с маткой эндометриовидных разрастаний, особенный интерес представляет учение Sampson'a. Автор этот, как известно, допускает, что частицы эндометрия, оторванные во время менструации, при некоторых условиях, приводящих к затеканию менструальной крови в фаллопиевы трубы, а из них—в брюшную полость (т. н. ретроградная менструация), могут привиться на поверхности яичника и привести к образованию кистовидных полостей. Стенки этих полостей, принимая участие в процессе менструации, превращаются в источник кровоизлияний, лежащих в основе развития т. н. шоколадных кист яичника. В случае разрыва подобного рода кист, стенка которых состоит из бывшего эндометрия, содержимое их с частицами эндометриовидной

ткани попадает в брюшную полость и приводит к развитию вторичных имплантатов, которые возникают тем легче, что пассированные через яичник элементы эндометрия приобретают новые биологические свойства, выражающиеся особенной способностью их к пролиферации. Впрочем Sampson допускает развитие на брюшине и первичных имплантатов в результате ретроградной менструации.

Для признания теории Sampson'a кардинальным условием является установление двух фактов—во-первых, факта ретроградной менструации, во-вторых, факта жизнеспособности отторгнутых во время менструации частиц эндометрия, способности их к прививке и образованию из таких имплантатов кистовидных полостей. Что касается ретроградной менструации, то на основании литературных данных возможность ее следует признать доказанной. Этого, однако, пока еще нельзя сказать по отношению ко второму из указанных требований.

К разрешению этого вопроса некоторые авторы подошли уже экспериментально (V. C. Jacobson, Halter, Halban, Albrecht, Katz и Szepes). Jacobson, прививая кроликам в брюшную полость соскоб слизистой оболочки матки, получал развитие аденом типа эндометрия. Halter делал прививки в брюшную полость и селезенку и получил развитие эндометриоидных разрастаний, которые принимали участие в течке, изменялись под влиянием беременности и атрофировались при кастрации. Halban пересаживал матку и трубы под кожу и убедился в том, что они при этом сохраняют тканевую структуру и функциональные особенности. Наконец, опыты Katza и Szepes'a аналогичны опытам Jacobson'a.

Мы со своей стороны ради выяснения возможности прививки частиц эндометрия в брюшной полости поставили ряд опытов на кроликах. Для посева на брюшину мы брали или тонкий соскоб слизистой оболочки из части рога матки того же животного, или такой же соскоб от другого кролика, а иногда брали мельчайшим образом нарезанные кусочки слизистой оболочки. Соскоб и кусочки эти мы опускали затем в брюшную полость, стараясь поместить их или в задний дуглас, или в карманы брюшины, образованные брыжжейкой маточных рогов. Брюшину при этом мы несколько соскабливали скальпелем. В некоторых случаях мы помещали частицы эндометрия в окружности яичника, укрепляя их искусственно сделанной складкой брюшины. В нескольких случаях, наконец, мы сделали прививку в толщу мышц передней брюшной стенки. У некоторых животных ради других целей была удалена матка. Животные убивались, и имплантаты подвергались исследованию в сроки от 60 до 85 дней после операции.

Результаты наших наблюдений можно резюмировать следующим образом.

В большинстве случаев, где мы опускали соскоб эндометрия свободно в брюшную полость, мы не могли найти следов его имплантации (сюда, между прочим, принадлежит и случай, где была удалена матка), и только два раза нам удалось найти кистовидные образования, не более просыаного зерна величиною, прикрепленные в одном случае на брыжжейке тонкой кишки, в другом—на брыжжейке маточного рога. Полости эти состояли из тонкой соединительнотканной стенки и эпителия не содержали.

Лучшие, в смысле положительного эффекта прививок, результаты получались у нас в тех случаях, когда частицы соскоба и в особенности мельчайшие кусочки эндометрия были фиксированы на определенных местах образованием искусственных складок брюшины. В опытах этой группы удавалось получить на месте прививки образование конгломерата кистовидных полостей, из которых некоторые достигали величины небольшой горошины. Стенки отдельных полостей и перегородки между ними состояли из волокнистой соединительной ткани, в которой кое-где можно было видеть незначительную примесь гладких мышечных волокон. Внутренняя поверхность этих кист была покрыта одним слоем эпителия, который обычно имел вид вполне жизнеспособного и состоял из цилиндрических клеток, местами с ясно выраженными мерцательными ресничками. В более объемистых полостях эпителий под влиянием чисто-механических моментов растяжения становился ниже и ресничек уже не обнаруживал. Под слоем эпителия кистовидных полостей,—в особенности более мелкого калибра,—можно было обнаружить в большем или меньшем количестве богатую клетками ткань стромы эндометрия, которая в полостях более значительного объема оказывалась сильно редуцированной. Остается еще добавить, что наклонности со стороны кистовидных полостей к проростанию вглубь подлежащих тканей установить мы не могли и, в частности, врастания в ткань яичника ни разу не наблюдали (см. рис. 4).

Особенно хорошо выраженные железистые разрастания получили мы при пересадке кусочков измельченного эндометрия в толщу мышц передней брюшной стенки.—железистые полости, окруженные более или менее резко выраженным поясом стромы, выстланы были внутри цилиндрическим эпителием, обнаруживавшим все признаки жизнеспособности. Значительного растяжения железистых образований в кистовидные полости здесь не наблюдалось (см. рис. 5).

Оценивая полученные нами данные с точки зрения теории Sampson'a, приходится прийти к выводу, что имплантированные частицы эндометрия могут повести к развитию экстрагенитальных эндометриоподобных разрастаний с наклонностью к образованию кистовидных полостей. Однако, для осуществления имплантации необходимы известные условия,—лучше всего прививаются кусочки мелко-нарезанного эндометрия, а не соскоб его. притом в случаях, когда созданием брюшинного кармана дается лучшая возможность их укрепления на месте. Значение той почвы, на которую производится прививка, особенно сказывается при пересадке эндометрия в толщу мышц брюшной стенки. Установившаяся, таким образом, принципиальная возможность эндометриоподобных разрастаний, как результата имплантации эндометрия, мы все же не считаем возможным утверждать, что теория Sampson'a этим самым получает фактическое подтверждение, так как условия прививки в плотную ткань яичника, как это допускает Sampson, конечно, иные, чем это мы имели при наших экспериментах, которые, кстати сказать, как раз и не обнаружили врастания железистых образований в ткань яичника даже в тех случаях, когда прививки были сделаны около самого яичника. В этом отношении наши результаты совпадают с тем, что отмечено Albrecht'ом и Katz'em и Szenes'ом, из которых первый у морских свинок, а вторые—у кроликов могли получить тоже лишь поверхностные имплантаты в виде мелких кистовидных полостей.

В заключение разбора имевшегося у нас материала мы считаем возможным высказать следующие положения:

1) Эндометриоподобные разрастания как в матке, так и вне ее встречаются чаще, чем это можно думать без специального исследования.

2) Наиболее частой формой является разрастание слизистой оболочки матки вглубь миометрия.

3) В некоторых случаях и эндометрий шейки матки может дать разрастания, захватывающие почти весь орган, причем железистые полости для своего распространения могут пользоваться лимфатическими путями.

4) Железистые гетеротопии в яичнике, несомненно приходящие из его поверхностного эпителия, ничем не отличаются в некоторых случаях от описанных Sampson'ом эндометриальных имплантатов.

6) Получающиеся при экспериментальных имплантациях эндометрия железистые разрастания вглубь тканей роста не дают, полной аналогии с разрастаниями в яичнике женщины не имеют и служить доказательством справедливости теории Sampson'a не могут.

ОПИСАНИЕ РИСУНКОВ.

Рис. 1. Микрофотограмма среза матки с железистыми разрастаниями типа желез цервикального канала. Zeiss. Ob. DD, Oc. III.

Рис. 2. Цервикальные железы в дне матки при сильном увеличении. Zeiss, Aposch. 16. Comp.-ocul. 12.

Рис. 3. Железистые включения в капсуле трубно-яичниковой кисты. Zeiss, Ob. DD, Oc. III.

Рис. 4. Часть железистых кистовидных разрастаний на месте прививки эндометрия в брюшинный карман около яичника кролика. Zeiss, Aposch. 16, Comp.-ocul. 4.

Рис. 5. Железистые включения на месте прививки эндометрия в толщу мышц передней брюшной стенки у кролика. Zeiss, Aposch. 16. Com.-ocul. 6.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Albrecht. Zentrbl. f. G., 1924, № 44.—2) Artusi. Arch. f. G., Bd. 123, S. 114.—3) Gebhard. Pathol. Anat., 1899.—4) Горизонтов. Ж. Ак. и Ж. Б., 1909.—5) Он же. Ж. Ак. и Ж. Б., 1911.—6) Груздев В. С. Врач, 1904, № 8—10.—7) Josselin de Jong. Virch. Arch., 1925, Bd. 257.—8) Заболоцкая. К. Мед. Ж., 1924, № 9.—9) Иванов. Monatschr. f. G. u. G., 1898.—10) Jacobson. Arch. of surg., 1922.—11) Katz u. Szenes. Zentralbl. f. G., 1924, № 44.—12) Kitai. Arch. f. G., Bd. 124, H. 1.—13) Он же. Arch. f. G., Bd. 122, H. 2—3.—14) Kroemer. Arch. f. G., Bd. 65.—15) Lahm. Zentrbl. f. G., 1921.—16) Lauche. Centralbl. f. allgem. Pathol., 1925, № 23.—17) Он же. Virch. Arch., Bd. 252, 1924.—18) R. Meyer. Verh. d. Deut. Path. Ges., 1913.—19) Он же. Zeitschr. f. G. u. G., Bd. 88.—20) Он же. Zentralbl. f. G., 1924, S. 722.—21) Он же. Virch. Arch., 1924, S. 250.—22) R. Meyer u. Kitai. Zentralbl. f. G., 1924, № 45.—23) Oettingen u. Linden. Arch. f. G., Bd. 122.—24) Sampson. Amer. Jour. of obst., 1922.—25) Он же.

Surg., gyn. a. obst., 1924.—26) Оя же. Arch. of surg., 1925, № 1.—27) Stubler u. Haeuber. Arch. f. G., Bd. 124, H. 2.—28) Улезко-Строганова. Ж. Ак. и Ж. Б., 1925, № 4.—29) Wieloch Arch. f. G., Bd. 124, H. 1.

Prof. A. I. Timofejew (Kasan). Zur Frage der endometrioiden Wucherungen.

Auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchung des operativen Materials von Prof. Grusdew und eigenen Experimente mittels Implantation von Endometriumgewebe in die Bauchhöhle des Kaninchens, kommt der Autor zum Schlusse, dass man die Theorie von Sampson über die Entstehung der Eierstockshämatome durch Implantation des Endometriums nicht als schon bewiesen ansehen kann. Die bei der experimentellen Impfung von Endometrium in die Bauchhöhle des Kaninchens erhaltenen adenomatösen Wucherungen sind auf dem Bauchfell oberflächlich gelegen, zeigen kein Eindringen der Drüsen ins Innere der Gewebe und haben keine volle Analogie mit den Sampson'schen Implantationen. Bilder, welche den Implantationen von Sampson ähnlich sind, können durch endometriumartige Wucherung des Eierstockepithels entstehen. Der Autor hat ebenfalls einen Fall von sehr ausgesprochener Adenomyosis interna mit cervicalem Schleimhautbau beschrieben.

Опыты пересадки матки в сальник у собак (autotransplantatio uteri*).

Приват-доцента С. Г. Быкова.

В последнее время в гинекология, с целью лечения женского бесплодия, стали широко применять пересадку яичников и труб в матку (Douay¹). Tuffier и Estes проследили результаты 56 операций пересадки яичников в матку, причем установили 5 доношенных беременностей, что составляет 10% успеха (Hartmann²). Позднее Estes опубликовал еще один случай доношенной беременности при тех же условиях, так что теперь имеется всего 6 удачных случаев (Estes³). В отношении пересадки фаллопиевых труб в матку, техника которой в настоящее время разрабатывается (Douay, Мандельштам⁴), также имеются указания на удачные случаи (Unterberger, Cullen).

Все эти операции относятся к придаткам матки. Что же касается самого плодовместилища, матки, то по отношению к ней предложены, с целью лечения бесплодия, лишь местные пластические операции, как расширение цервикального канала, выскабливание полости матки, клиновидная экцизия шейки, discisio sagittalis задней губы шейки и т. д., пересадки же матки с этой целью на людях не производилось.

Предпринятый нами совместно с проф. Н. М. Какущкиным⁵) опыт пересадки матки (без яичников) у овец от одного животного к другому с целью получить в последующем наступление беременности оказался неудачным: овцы вскоре после операции погибли, и мы, сравнивая макро—и микроскопически трансплантаты у обоих животных, могли отметить лишь то, что у второй овцы, прожившей 4 дня, оказалось жизненных свойств в трансплантате больше, чем у первой, погибшей раньше этого срока. У Engel'a⁶) есть указания, что при пересадке всего полового аппарата от одного животного к другому можно добиться наступления беременности животного. На основании этих опытов, однако, нельзя судить о широкой возможности пересадки матки для лечения маточного бесплодия, так как не доказана возможность имплантации женского яйца на слизистой оболочке матки другого животного, да и практически частичная пересадка полового аппарата (одной матки, трубы, яичника) может найти большее применение, чем общая. Кроме того, следует отметить, что вообще матка мало изучалась в смысле ее пригодности к пересадкам.

*) Доложено в Гинекологическом Об-ве при Саратовском У-те 26 марта 1926 года.

В нижеприводимых опытах мы решили изучить степень выживаемости этого органа при условии переноса его в сальник того же животного (autotransplantation uteri).—тем более, что, насколько нам известно, подобных опытов не производилось (некоторую аналогию составляют лишь опыты Halter'a⁷⁾, но он пересаживал куски матки в селезенку, и целью его было выяснить сохранение корреляции между маткой и яйцниками).

Опыт I. Собака «Аза», 3 кило весом. Операция пересадки матки в сальник произведена 25 июля 1924 г. Разрез брюшной стенки по *lin. alba*. После отслойки мочевого пузыря наложены зажимы на вершины рогов матки, матка иссечена полностью; на вершину вагины и на остатки рогов—пуповинные лигатуры. Перитонизация пуповинными швами. Матка завернута в сальник и фиксирована там двумя узловатыми швами из того же материала. Брюшная стенка зашита этажным швом, на кожу наложен сильквормгут. На другой день после операции (25/VII) животное чувствовало себя хорошо. 26/VII *idem*. 27/VII отмечалось небольшое отделение серозной жидкости из брюшной раны. 28/VII в 6 ч. утра собака убита хлороформом, так как у ней произошло выпадение кишек. Причиной выпадения была травма, полученная от другой, большой собаки.

Опыт II. Собака «Цыганка», 3,800 грм. весом. Операция 25/VII 1924 г. произведена совершенно аналогично предыдущей. На 5-й день после операции отмечалось небольшое грыжевое выпячивание в заднем углу брюшной раны, но на 15-й день грыжа исчезла. Спустя 8 мес., т. е. 25/III 1926 г., произведена вторая операция—матка удалена из сальника. Яичники оставлены на месте.

Опыт III. Собака «Оксана», 8 кило весом. Операция 27/VII 1924 г., произведена так же, как и у предыдущих животных. Животное находилось под наблюдением 8 мес., но перед второй операцией было похищено.

Опыт IV. Собака «Роза», 4 кило весом. 28/VII 1924 г. произведена операция аналогичная предыдущим. 25/III 1925 г., т. е. спустя 8 мес. после первой операции, матка удалена из сальника. Яичники представлялись плоскими, бледными; один был эстирирован.

В конечном итоге мы имели для своих исследований 3 препарата матки и один—яичника. Одна матка была получена после 65 часов пребывания в сальнике, другие две матки и 1 яичник—8 месяцев спустя после пересадки.

Матка, полученная 65 часов спустя после пересадки в сальник, макроскопически представлялась набухшей, отечной, плотно окутанной сальником, в котором наблюдалось резкая гиперемия сосудов. Общий вид препарата напоминал картину матки, полученную нами при вскрытии овцы, погибшей на 4-й день после операции пересадки. Пуповинные швы не рассосались, но края узлов оказались сточенными (первая стадия рассасывания). Матки, удаленные из сальника спустя 8 мес. после пересадки (оп. № 2 и № 4), представлялись значительно увеличенными сравнительно с их первоначальной величиной в момент пересадки. Обе эти матки были плотно окутаны приращенным сальником; сосуды последнего в обоих случаях оказались расширенными и обильными. Увеличение органов в том и другом случае происходило за счет образования слизисто-кровянистых кист в одном из рогов матки. Никаких следов пуповинных нитей не было найдено. Яичник, удаленный при операции, представлялся матово-бледным, плотным наощупь, без признаков овуляции.

Что касается микроскопического описания препаратов, то при беглом обзоре последних при малом увеличении мы наблюдали прежде всего полости на месте бывших рогов матки. Вокруг этих полостей обращали

на себя внимание расширенные новообразованные сосуды сальника. В отмеченных полостях сохранялись следы слизи и крови, а в некоторых из них мы могли наблюдать картину новообразованных капилляров. Эпителий рогов матки и мышечные слои в этих кистах были атрофированы. Рассматривая серии препаратов, мы убедились, что образование кист происходило, в одном из рогов матки, — повидимому, не на всем протяжении последнего, так как встречались участки хорошо развитой слизистой оболочки матки и столь же хорошо выраженного миометрия. Железы в этих участках были многочисленны, эпителий их высоко-цилиндрический, явления карнолизиса и кариноррексиса встречались нечасто. Общее впечатление от таких мест, где рога матки не испытывали давления жидкости, было, как от совершенно нормальных, и, если-бы мы заведомо не знали о произведенной трансплантации, то едва-ли стали-бы думать о какой-либо патологии.

Микроскопического исследования яичника не производилось.

Обращаясь к вопросу о пересадках других органов, с „привязанной“ внутренней секрецией, мы должны отметить, что такие операции хирургами и гинекологами предпринимаются широкой рукой: это говорит за то, что сама идея пересадки в медицине нашла надежную почву. Сводка Кнаппегга *) (1916 г.) относительно данных по вопросу о пересадках, однако, не совсем утешительна. Согласно его выводам лишь autotransplantation может дать хорошие результаты, гомотрансплантация, т. е. пересадка желез у различных животных одного вида (напр., от собаки к собаке), дает уже ненадежные результаты, а гетеротрансплантация, т. е. пересадка желез между животными разного вида (напр., от собаки к овце), должна быть совершенно оставлена, как безрезультатная. Впрочем в последнее время эти положения несколько расширяются в сторону большего применения пересадок: напр., Бродский считает возможным приживание гетеротрансплантатов, если подобрать животных по каталазному индексу крови. Здесь открывается, таким образом, новое поле для экспериментов.

Матка, как и другие органы с внутренней секрецией, считается гормонообразующей (Репрев⁹). Грамматикати^{10,11}) наблюдал у женщин после удаления матки, с оставлением яичников, особые симптомы, которые можно было рассматривать только как результат исключения органа с внутренней секрецией. Этот автор экспериментально доказал, что после удаления матки у животных яичники продолжают свою работу несколько лет. Нам не удалось проверить этого наблюдения микроскопически, но клинические данные говорят за более раннюю атрофию яичников: собаки, находившиеся под нашим наблюдением, в первый год во время течки подпускали к себе самцов, на второй же животные разжирели и стали решительно избегать самцов. Удаленный нами яичник макроскопически не носил следов овуляции.

Разбор вопроса и доказательства в пользу несомненной внутренней секреции матки собраны у проф. Сердюкова¹²). Некоторые авторы (Федоров) считают главным секреторным органом матки слизистую ее оболочку, другие же (Ansel и Bouin)—мышечную ткань, „glande myometrial endocrine“. В менструальной крови слизистой матки находили большое количество тромбокиназы. При введении менструальной крови экспериментальным животным получали падение кровяного давления, учащение пульса и дыхания, а при больших дозах—смерть животного

от паралича сердца. Вытяжки из ткани матки дают нарастание менструальной волны. Но в общем научно обоснованных данных, по словам проф. Репрева, здесь так еще мало, что окончательного заключения о секреции матки сделать нельзя.

На этом основании наблюдения и опыты, направленные на изучение биологических свойств матки, имеют большой интерес. По отношению к слизистой оболочке матки в смысле ее выживаемости накопилось много данных, которые говорят не только о высокой стойкости ее при пересадках, но даже и о способности разрастаться на новом месте. Sampson¹³⁾, как известно, полагает, что гематомы яичников образуются вследствие внедрения элементов слизистой оболочки матки в ткань яичника. Такая имплантация может быть только во время менструации. Элементы слизистой оболочки из гематом могут по тем или иным причинам отщепляться и имплантироваться на кишках и в дугласе. Jacobson проверил эти предположения на кроликах. Его опыты состояли в соскабливании мукозы из рога матки и в прививке соскоба на предварительно скарифицированные участки маточной брюшины. Исследование имплантатов через 70—150 дней показало, что без скарификации эндометрий приживает редко; какая-то субстанция, заключающаяся в менструальной крови, способствует прививке: из прививок может произойти новообразование характера аденомы. Легкость образования эндометриоидных разрастаний в области шейки матки, а также возникновение эндометриоидных разрастаний и гетеротипий в области фаллопиевых труб, по мнению Улезко-Строгановой¹⁴⁾, обуславливаются воспалительным состоянием пугей, по которым происходит перемещение эндометрия.

Таким образом мы видим, что эндометрий матки обладает огромной живучестью. Миометрий матки такой способностью, повидимому, не обладает, но в наших опытах никаких намеков на рассасывание матки мы не видали, а потому должны заключать, что и эта ткань способна к высокой живучести. Там, где матка не испытывала давления, она не атрофировалась, а, наоборот, развивалась: мы брали органы у очень молодых животных, а между тем при исследовании после второй операции нашли участки вполне развитой матки.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) E. Donay. Gyn. et obst., 1925, v. XII. № 1.—2) H. Hartmann. Ibid., 1925, v. XI.—3) W. Estes. Ann. of surg., 1925, v. 82, № 3; реф. Ber. üb. d. ges. Geb. u. Gyn., 1926, Bd. IX, H. 9.—4) А. Э. Мандельштам. Журн. для усов. врачей, 1926, № 2.—5) Н. М. Какушкин и С. Г. Быков. Врач. Дело, 1925, № 5; Mon. für Geb. u. Gyn., 1925, Bd. LXXI.—6) Engel. Berlin. kl. Woch., 1911.—7) Hiltner. Wien. med. Woch., 1925, №№ 23—28.—8) В. А. Оппель. Врач. Дело, 1926, № 14—17.—9) А. В. Репрев. Внутренняя секреция. 1925.—10) И. Н. Грамматикати. Рус. Врач., 1888, № 44—45.—11) Он же. Рус. Врач., 1889.—12) М. Г. Сердюков. О внутренних взаимоотношениях некоторых эндокринных желез и матки, 1922.—13) Sampson. Реф. Гинек. и Акуш., 1925, № 1.—14) К. П. Улезко-Строганова. Журн. Акуш. и Ж. Бол., 1925, № 4.

Pr.-doz. S. G. Bykov (Saratov). Essais de transplantation de l'utérus dans l'épiploon chez les chiens.

L'auteur a fait plusieurs essais sur quatre chiens et chez deux de ces chiens l'utérus transplanté a été examiné, huit mois après l'opération. Dans les deux cas non seulement l'endometre, mais aussi le myometre des utérus transplantés n'étaient pas atrophies, mais au contraire très développés. L'auteur a pris les utérus des animaux jeunes, mais leur examen a démontré que certaines parties avaient continué à se développer.

К вопросу об аденомиомах влагалища.

В. А. Покровского и Е. В. Лобачь-Жученко.

За последнее время вопрос об аденомиомах усиленно обсуждается в специальной литературе. Выдвинута новая теория, которая придает ему злободневный характер.

Как известно, по общепринятому подсчету (Schröder) аденомиомы составляют 1—2% всех миом матки, а по работам некоторых русских авторов (клиника проф. К. К. Скробанского)—до 9%.

В определении понятия аденомиомы нет единства. Одни относят сюда все случаи, где имеются железистые включения в толщу миометрия; другие (Frankl) сохраняют этот термин только для миом, в толще которых имеются железы; третья (Lahm) под термином adenomyosis подразумевают, наконец, железистые образования чуждые данному месту, окруженные диффузно или ограниченно гиперплазированными мышцами, гистологически доброкачественные, но тем не менее обладающие способностью к инфильтрирующему росту. В настоящей статье мы будем говорить лишь о диффузных железистых разращениях среди миометрия, независимо от того, имеется миома или нет.

Сначала в нескольких словах коснемся гистогенеза аденомиом.

Старая теория Recklinghausen'a, как известно, гистогенетически производила аденомиомы из эмбриональных включений, именно остатков Wolff'ова тела. В основании этой теории лежит тот факт, что в ранних стадиях зародыша Wolff'овы и Müller'овы ходы пересекают друг друга в трубном углу, притом настолько интимно, что в этом месте могут оставаться порочно заложенные Wolff'овы трубочки или клубочки.

Теория Kossmann'a также приписывает аденомиомам врожденное происхождение. Этот автор производит аденомиомы из Müller'овых ходов, полагая, что эпителиальные включения в них образуются из нормальных или добавочных Müller'овых ходов.

R. Meyer, на основании своих тщательных исследований, опроверг теорию Recklinghausen'a, доказав, что трубочки и клубочки Wolff'ова тела у эмбриона никогда не спускаются до места перекрещивания Müller'овых и Wolff'овых ходов, чем и исключается возможность порочной закладки элементов Wolff'ова тела в толще миометрия. Со своей стороны этот автор выдвинул новую теорию. Принимая во внимание, что аденомиомы развиваются только в зрелом возрасте, он думает, что глубокие разращения слизистой оболочки в толщу миометрия, при отсутствии субмукозного слоя, происходят благодаря механическим повреждениям межмышечных прослоек миометрия, открывающим доступ для врастания слизистой оболочки вглубь мышечного

слоя. В качестве причины, способствующей такому врастанию эпителия мукозы вглубь миометрия, R. Meuser выдвигает воспалительный процесс, напр., в пuerперальном периоде. R. Meuser называет такое заболевание adenometritis. По мнению его образование железистых ходов возможно не только со стороны слизистой оболочки, но и со стороны серозы, эндотелий которой, пролиферируя, может погружаться в толщу подлежащей ткани.

Herly, поддерживая теорию R. Meuser'a, называет ее теорией механической имплантации. Железистые образования, по этому автору, могут включаться, напр., в вагинальную стенку, подобно тому, как это имеет место в послеоперационных рубцах.

Frankl, работая в том же направлении, в своих случаях аденомиом не мог обнаружить признаков свежего или старого воспалительного процесса, доказав таким образом, что аденомиомы могут, по крайней мере в некоторых случаях, появляться не только в результате воспалительных заболеваний. Frankl предложил этот процесс называть adenomyosis.

Взгляд Frankl'я поддерживает и Lahm, указывающий, что наиболее благоприятствующим моментом для врастания маточных желез в толщу маточной стенки служат врожденные дефекты миометрия.

С развитием учения о внутренней секреции в патогенезе аденомиом большое значение стали придавать гормонам вообще и гормонам яичника в частности.

Наконец, в новейшее время был выдвинут новый фактор в развитии гетеротопий вообще и аденомиом в частности — трансплантация. Так, Halban считает, что кусочки слизистой оболочки матки могут попадать через лимфатические щели в лимфатические сосуды и таким путем выноситься далеко за пределы матки, давая начало гетеротопиям. По поводу этой теории Schiller, однако, совершенно справедливо указывает, что спор был-бы решен, если-бы мы имели срез лимфатического сосуда, внутри которого находился-бы маточный эпителий. Такой картины, однако, до сих пор никто не видел, несмотря на то, что в этом направлении проделано большое количество исследований.

Теория, выдвинутая Sampson'ом (1922 г.), объясняет развитие гетеротопной ткани со строением слизистой оболочки матки следующим образом: при определенных заболеваниях матки, ведущих к частичной непроходимости шеечного канала (миомы, полипы, retroflexio и т. д.), часть менструальной крови вытекает не наружу, а через трубы в брюшную полость. Вместе с кровью при этом могут выделяться частицы эндометрия. При благоприятных обстоятельствах отдельные клетки последнего могут привиться на брюшине и дать начало гетеротопной ткани. Чаще всего, по Sampson'у, они прививаются на поверхности яичника, ведя к образованию кистовидных полостей. Развившиеся здесь кисточки могут вследствие кровоизлияния лопнуть, причем отдельные клетки снова попадают в брюшную полость и снова прививаются. Любимым местом такого вторичного имплантата является задний дуглас. Вообще же имплантация может произойти и на поверхности матки, придатков и любого органа.

Таковы главные теории по вопросу о возникновении аденомиом. Обозрев их, переходим теперь к описанию наших случаев аденомиом заднего свода.

Случай I. Больная 37 лет направлена в клинику с диагнозом злокачественного новообразования влагалища. Менструрует она с 14 лет, замужем, беременна ни разу не была. Год тому назад у ней появились сильные боли во время менструации, по поводу чего ей произведены были *abrasio et discisio orif. externi*. В настоящее время больная жалуется на бели. При внутреннем исследовании позади шейки, на расстоянии 2 сант. от наружного зева, прощупывается слегка бугристая, неправильной формы утолщение, идущее вглубь заднего свода. Матка лежит в *retroversio*. При исследовании *per rectum* прощупывалась бугристая, плотная опухоль величиной с грецкий орех, плотно припаянная к маточной шейке и не имеющая резко ограниченных контуров. После того, как исследование кусочков, полученных при биопсии, показало присутствие аденомы, М. С. Малиновский произвел больной полную экстирпацию матки, причем задняя стенка влагалища отсечена была вместе с опухолью заднего свода, инфильтрировавшей парапроктальную клетчатку. Придатки были в сращениях. Послеоперационное течение без осложнений. Микроскопическое исследование кусочков, взятых из опухоли заднего свода, обнаружило типичную картину аденомы: под нормальным многослойным эпителием влагалища идут в различном направлении мышечные пучки, среди которых разбросаны то одиночно, то группами железы, состоящие из кубического эпителия и окруженные цитогенной тканью. В отдельных местах клетки последней имеют типичный децидуоидный вид. В правом яичнике найдена киста желтого тела.

Случай II. Больная 29 лет, замужем 7 лет, менструация с 13 лет, установилась сразу, приходит через 3 недели и длится по 6 дней без болей. Больная была беременна 2 раза; первая беременность окончилась преждевременными родами (легкое послеродовое заболевание), вторая закончена искусственным абортom 2 месяца тому назад. При производстве этого аборта врач обнаружил у больной «злокачественную» опухоль влагалища и направил больную в клинику для лечения раком. При исследовании в заднем своде была обнаружена, на границе с шейкой, опухоль величиной с большую горошину, плотной консистенции, резко болезненная, плотно спаянная со слизистой оболочкой влагалища и свободная по отношению к *rectum*. Положение матки *anteversio*. Со стороны придатков ничего патологического не отмечается. В кусочке, взятом из опухоли, микроскопически было обнаружено, что в богатой соединительнотканными элементами строме разбросаны отдельные пучки гладкой мускулатуры и островки цитогенной ткани с железистыми включениями, выстланными местами цилиндрическим, местами кубическим эпителием. Диагностирована аденома, и опухоль удалена целиком.

Т. о. мы имеем в обоих наших случаях дело с аденомами заднего свода. Это заболевание является большой редкостью. Так, Горизонтов, описывая свой случай из клиники проф. В. С. Груздева, собрал в литературе лишь 10 случаев его. Bortkiewitch, описывая 10 случаев аденом матки, приводит 1 собственный случай аденомы заднего свода, а Herly описывает 2 таких случая (надо сказать, что решить вопрос, имеется ли в данном случае дело с аденомой заднего свода или задней стенки матки, — не всегда легко; в частности это можно сказать по отношению к нашему первому случаю).

Постараемся теперь выяснить гистогенез разрастаний в наших случаях. К первому случаю, как и вообще к аденомам заднего свода, теория Recklinghausen'a неприменима, ибо, как указано нами выше, аденомы на почве порочной закладки Wolff'ова тела бывают лишь в трубном углу матки. О происхождении опухоли в нашем случае из слизистой оболочки матки в смысле теорий R. Meyer'a, Frankl'a, Lahm'a также говорить не приходится, ибо, как показало микроскопическое исследование, в нашем случае аденоматозные разрастания помещались лишь на наружной поверхности матки, во внутренних же слоях маточной мускулатуры они отсутствовали. Значит, здесь возможно развее думать о развитии желез из серозы, а не из слизистой, притом на почве воспаления. Но на наших микроскопических препаратах нет ни ясно выраженной мелкоклеточной инфильтрации, ни наличности плазматиче-

ских клеток. Все это говорит против воспалительного процесса. Правда, мы обнаружили в срезах присутствие децидуоподобных клеток, но это присутствие также едва-ли может быть трактуемо, как признак воспаления: наряду с авторами, рассматривающими децидуальные клетки вне матки, как результат воспалительных изменений, вместе с воздействием желтого тела, имеются и такие авторы (Wieloch и др.), которые рассматривают наличие их в гетеротопиях, как доказательство происхождения этих последних из слизистой оболочки матки, без какого-бы то не было воспаления (здесь кетати отмечу, что децидуальную реакцию наблюдал, при аденомном заднего свода, также Griffiths, а при аденомном маточного рога—Cullen).

Нам кажется, что в нашем I случае происхождение аденоматозных узлов на задней стенке матки и в заднем своде можно было-бы объяснить новой теорией Sampson'a. Позволим привести некоторые факты в пользу этой теории. Sampson видел при операции во время менструации выходение из трубы крови. Sitzenfrey при раке тела матки нашел частички опухоли, лежащие свободно в просвете трубы. По наблюдениям Lindner'a отторгающиеся при нормальной менструации кусочки слизистой содержат морфологически вполне сохранившиеся, не дегенерировавшие клетки, способные, вероятно, к аутоимплантации. Sutton, по предложению Sampson'a, исследовал менструальную кровь, получая ее во время операций через трубы, причем нашел в ней маточный эпителий, как в виде отдельных клеток, так и кусочками. Jöggerroos нашел в просвете трубы частички маточной мукозы, лежавшие совершенно свободно, что было точно доказано на сериях срззов. Кусочки эти он находил как в перешейковой части трубы, так и в ампулярной ее части. В его работе приведено изображение одного такого свободно лежащего кусочка маточной мукозы, поражающего своей величиной, числом желез, а главное—сохранившейся жизненностью своих клеток. Эта картина говорит с несомненностью за то, что так хорошо сохранившиеся кусочки ткани могут имплантироваться.

Как известно, аутоимплантация есть, повидимому, довольно частое явление, в особенности в брюшной полости, и новым во взглядах Sampson'a является лишь распространение аутоимплантации на клетки эндометрия и предположение, что она возникает в результате „ретроградной“ менструации.

Jakobson, работая, по предложению Sampson'a, на кроликах, получал гетеротопные разрастания, бросая частички соскоба слизистой в брюшную полость, не прикрепляя их. „Мы имеем достаточно оснований“,— говорит Lauche,—„допустить, что при благоприятных обстоятельствах оторгнутые частички маточной слизистой могут привиться на брюшине“. Sampson считает, что для осуществления прививки должна быть только подготовлена почва, и представляет себе, что это делает стекающая менструальная кровь: вытекая из труб, она вызывает на брюшине образование грануляционной ткани, как результат реактивного воспаления; в этой-то ткани потом маточный эпителий и находит вполне подготовленную почву для прививки. Отказавшись от своих прежних взглядов, Lauche рассматривает в настоящее время все интраперитонеально расположенные разрастания со строением слизистой матки за продукты аутоимплантации, поскольку они не являются истинными опухолями.

Что касается нашего второго случая, то здесь мы имели лишь изолированную опухоль, а не всю матку, почему и затрудняемся определенно высказаться об ее гистогенезе. Однако, принимая во внимание, что здесь мы также не нашли никаких следов воспалительных изменений, мы и в этом случае происхождение аденомиомы склонны объяснять теорией Sampson'a.

D-r W. A. Pokrowsky und E. B. Lobatsch-Schutschenko (Moskau). Zur Frage der Adenomyome der Scheide.

Die Autoren haben 2 Fälle von Adenomyom des hinteren Scheidengewölbes beobachtet, die von Nichtspezialisten für bösartige Neubildungen gehalten wurden. In einem Falle ging die Geschwulst aus der hinteren Wand der Gebärmutter aus und infiltrierte das hintere Gewölbe und das paraproctale Bindegewebe, im anderen war der Prozess auf die Wand hinteren Gewölbes beschränkt. Beide Geschwülste hatten den typischen Bau des Adenomyoms. Ihre Genese wird von den Autoren im Sinne von Sampson erklärt.

К вопросу о применении выпадающей матки при пластической операции паховой грыжи у женщин.

Д-ра мед. Н. И. Кедровой (Калуга).

Будучи, согласно новейшим воззрениям, одним из проявлений общей птоической конституции, выпадение матки, являющееся, по Halbanу и Tandlerу, тоже своего рода грыжей, естественно, может встречаться в комбинации с другими грыжами живота. На 285 оперированных мною по поводу выпадения матки больных я встретила подобную комбинацию в 12 случаях, причем в 4 из них имели место пупочные грыжи, в 1—грыжа прямой линии живота и в 7—паховые грыжи, среди которых 3 потребовали пластических операций.

Как известно, для этих последних употребляется различный материал в зависимости, прежде всего, оттого, применяем мы гетеропластику или аутопластику. В качестве гетеропластического материала употребляются серебряная сетка (Körte и др.), целлулоидные пластинки (Frenkel, Mendel) и пр. Все применение этих инородных организму тел рассчитано на реактивный процесс с последовательным образованием рубцовой ткани. Представляя известные выгоды, способ этот имеет и свои недостатки: инородные тела могут черезчур сильно раздражать соседние ткани, вести к омертвлению, вызывать образование свищей, перфорировать стенки кишек и кровеносных сосудов и т. д.

Аутопластический материал более физиологичен, но при добывании его приходится наносить ранения соседним или отдаленным частям организма. Для закрытия дефектов брюшной стенки и грыжевых отверстий можно употреблять самые разнообразные ткани, которые пересаживаются или будучи совершенно обособлены от места своего первоначального нахождения, или оставаясь в связи с ним. König, Riese, Warschaner рекомендуют, напр., для закрытия и укрепления брюшной стенки производить пересадку пластинок фасции; Trendelenburg пересаживает костно-перностальный лоскут на ножке из соседней тазовой кости или пользуется костною пластинкой, полученной при резекции плечевой головки; другие пользуются для закрытия дефектов стенки живота портняжной мышцей и т. д.

В тех трех случаях, где у меня имелось сочетание маточного проляпса с паховыми грыжами, притом такими, которые требовали пластической операции, я решила закрыть грыжевое отверстие маткой, имея в виду этим путем одновременно устранить и грыжу, и проляпс. Техника операции в этих случаях была такова: после передней кольпоррафии и кольпоперинеоррафии со сшиванием леваторов я проводила разрез на месте грыжевого отверстия параллельно пупартовой связке, после вскрытия брюшины осматривала внутренние половые органы, затем подшивала

матку в косом направлении так, что дно ее укреплялось одним швом в верхнем углу раны, шейка—в нижнем, а боковые части матки и круглые связки пришивались по бокам к мышцам и апоневрозу брюшной стенки; после того, освежив слегка тело матки, закрывавшее отверстие в брюшной стенке, я прикрывала его брюшиной и кожей грыжевого мешка, удаляла излишек кожи и восстанавливала целостность кожного покрова Reverdin'овским швом.

Приведу вкратце историю болезни этих трех больных.

Случай I. Больная, крестьянка 55 л., поступила в Гинекологическое отделение Калужской больницы 22/X 1921 г. с жалобами на выпадение матки и правостороннюю паховую грыжу. Имела 12 срочных родов, последние 15 лет назад. Выпадение матки существует 5 лет, грыжа—7 лет, причем как грыжа, так и выпадение матки с каждым годом прогрессируют. Больная жалуется на постоянные тупые боли в области живота и спине.

Объективное исследование: больная среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания; явления незначительного миокардита и эмфиземы легких; частые запоры; стенки живота дряблы, отвисают, справа паховая грыжа, отверстие которой пропускает два кулака; наружные половые органы нормальны, матка и влагалище выпадают наружу, при вправлении матки она отклоняется кзади; маточные придатки не определяются.

Операция 25/X под хлороформным наркозом (20,0 хлороформа), выполнена указанным образом. Продолжительность ее—25 мин. Послеоперационный период безлихорадочный. Брюшная рана зажила per primam. Матка хорошо держалась у стенки живота, прочно закрывая паховое отверстие, кожа и брюшина были спаяны с маткой неподвижно. Больная выписалась 9/XI вполне здоровой. Через 3 года больная приходила показаться, причем чувствовала себя вполне хорошо.

Случай II. Больная, крестьянка 45 л., поступила в Гинекологическое отделение Губбольницы 30/V с жалобами на боли внизу живота, запоры, выпадение матки и влагалища, паховую и пупочную грыжу, которые ущемлялись у нее два раза. Первые крови у больной появились на 15-м году, приходили через 4 недели и продолжались по 3—4 дня, последние крови были 7 дней назад. Имела 10 срочных родов, последние 2 года назад. Выпадение матки заметила 5 лет назад, грыжу—6 лет.

Объективное исследование: больная среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания, кожа и видимые слизистые оболочки бледны, стенка живота дряблая, имеется левосторонняя паховая грыжа, ворота которой пропускают мужской кулак, и пупочная грыжа с отверстием величиною в серебряный полтинник. Внутренние органы здоровы. Матка и влагалище выпадают наружу, матка увеличена, придатки не прощупываются.

Операция 2/VI. После операций на передней (colporrhaphia ant.) и задней (colporrhaphia post.) стенках рукава чревосечения. Разрез стенки живота параллельно левой паховой складке. По вскрытии брюшины осмотрены внутренние половые органы, трубы частично резецированы, матка подшита к паховому отверстию таким же образом, как и в случае I. Затем зашито пупочное кольцо по способу Menges (поперечный разрез кожи и подкожной клетчатки, освежение краев пупочного кольца, зашивание его 4-мя шелковыми швами в продольном направлении, резекция лишней кожи, зашивание поперечного разреза 4-мя узловатыми швами). Заживление per primam. Выписалась 13/VI совершенно здоровой.

Случай III. Больная, крестьянка 33 л., поступила в Гинекологическое отделение больницы 23/XI 1924 г. с жалобами на выпадение матки и паховую грыжу, боли в животе и крестце, особенно при тяжелой работе. Первые крови наступили на 16-м году, приходили через 3 недели и длились по 5 дней, без болей; последние были 3 недели назад. Имела 8 срочных родов, последние 2 года назад; послеродовые периоды нормальны. Выпадение матки развилось 3 года назад, правосторонняя грыжа—5 лет, причем грыжа постепенно увеличивалась и при работе сильно выпадала, давая тупые боли в животе.

Объективное исследование: больная выше среднего роста, правильного телосложения, среднего питания, кожа и слизистые оболочки окрашены нормально; таз нормальный; стенка живота дряблая и вялая, с правой стороны паховая грыжа, отверстие которой пропускает кулак, сердце и легкие нормальны. Атония кишеч-

вика. Наружные половые органы нормальны, промежность представляет рубец от разрыва 2-й степени. Влагалище и матка выпадают. На влагалищной части матки язва. Маточные придатки нормальны.

До операции во влагалище вставлялись тампоны из 10% раствора ихтиола в глицерине. По заживлении язвы 14/XI сделана операция: после передней и задней пластики рукава произведено чревосечение, грыжевой мешок вскрыт параллельно пупартовой связке, трубы частично резецированы, матка и круглые связки подшиты к грыжевому отверстию, после чего удалось сблизить мышцы и апоневроз косой мышцы и зашить их послойно. Вся операция длилась 25 мин., хлороформа истрачено 25 грм. Послеоперационный период слегка лихорадочный, швы с кожи сняты на 7-й день, с матки—на 12-й день. Заживление *per secundam*. Больная выписалась 7/XII с вполне зажившей раной; матка была прекрасно припаяна к брюшной стенке.

Случаи эти свидетельствуют, что, при одновременной наличности выпадения матки и паховых или бедренных грыж, матка может быть с успехом использована для закрытия грыжевых ворот, причем операция эта одновременно предохраняет больную и от грыжи, и от выпадения матки.

D-r N. I. Kedrowa (Kaluga). Zur Frage der Anwendung prolabierter Gebärmutter bei plastischer Operation der Hernia inguinalis.

Beim gleichzeitigen Vorhanden des Prolapsus uteri und Leistenbrüche bei Frauen empfiehlt der Autor in geeigneten Fällen für das Bedecken der Bruchöffnung die Gebärmutter zu benutzen. Solch eine Operation wurde mit Erfolg von dem Autor in 3 Fällen ausgeführt, wobei in einem Falle wurde das Resultat der Operation im Laufe von 3 Jahren verfolgt.

К диагностике гигантских опухолей женской половой сферы в молодом возрасте *).

Ассистента клиники М. Н. Бутовского.

Если много еще имеется не вполне выясненных вопросов в учении об опухолях вообще, то то же самое следует сказать и по отношению к опухолям женской половой сферы в частности. Особенно мало освещенным с научной стороны представляется вопрос о тех опухолях женской половой сферы, необыкновенная величина которых выделила их из ряда остальных. Мы разумеем т. н. колоссальные или гигантские опухоли женской половой сферы.

До 1913 г. случаи опухолей подобного рода, по меткому выражению проф. Груздева ¹⁾, описывались лишь как „любопытные раритеты“, и только в этом году появилась первая и, насколько нам известно, единственная до наших дней монография, принадлежащая д-ру Кедровой ²⁾, из клиники проф. Груздева. Эта монография, объединившая разбросанные на протяжении многих десятков лет отдельные сообщения, еще с большей наглядностью подчеркнула, как много не выясненных и неизученных сторон имеется в учении о гигантских опухолях женской половой сферы.

Опухоли эти даже в отношении своей величины, как наиболее характерного и бросающегося в глаза признака, не имеют точно установленного названия. Они описываются в литературе под различными названиями—объемистых, больших, очень больших, необычайно больших, громадных, редкой величины, колоссальных, гигантских.

Самая множественность названий служит лучшим доказательством того, что названия эти не содержат в себе вполне определенного представления о величине опухоли, и неудивительно поэтому, что со стороны отдельных авторов, с целью внести хотя-бы некоторую определенность в номенклатуру этих опухолей, делались попытки дать те или иные мерки, которые могли-бы служить масштабом для определения размеров опухолей.

В качестве такого масштаба одними авторами предлагается объемная, а другими—весовая норма. Первая из указанных норм, объемная, в силу своей субъективности не вносит достаточной точности в определение размеров опухоли. Вторая, весовая, дает в этом отношении более определенную мерку. Поэтому с нашей точки зрения весовая норма и

*) Доложено в заседании Общества практических врачей Томской губ.
5 мая 1922 г.

должна служить критерием, позволяющим относить ту или иную опухоль к разряду рассматриваемых опухолей. При этом норма, выставленная Skutsch'em, по которому вес гигантской опухоли должен превышать собственный вес ее носительницы, кажется нам чрезмерно преувеличенной. Ведь не один только чисто-внешний признак—величина, но целый ряд других клинически-диагностических и технически-оперативных особенностей служат основанием для выделения этих опухолей в особую группу. А так как подобными особенностями в громадном большинстве случаев характеризуются уже опухоли, имеющие вес не менее 40 русских торговых фунтов, то эта норма, выставленная Кедровой, кажется нам вполне приемлемой. При этом данной группе опухолей, как имеющих свою определенную физиономию, следовало бы присвоить и определенное название, каковым мог бы служить из указанных нами наименований термин „колоссальная“ или „гигантская“, благодаря чему будет внесена большая определенность в самое понятие этой группы опухолей.

Не останавливаясь на мало еще изученном вопросе об этиологии гигантских опухолей, позволим себе несколько подробнее остановиться на диагностической стороне этих новообразований.

Все признаки, характеризующие эту категорию опухолей, могут быть разделены на две группы: признаки общего характера, свойственные вообще гигантским опухолям брюшной полости, и признаки специфические, свойственные гигантским опухолям только женской половой сферы. Каждая из этих групп может быть подразделена на две подгруппы: признаки субъективные и признаки объективные.

К субъективным признакам первой группы могут быть отнесены общая слабость, одышка, сердцебиение и различные по своему характеру и локализации боли, а к объективным—исхудание, чрезмерное увеличение живота, данные пальпации—прощупывание опухоли в брюшной полости и целый ряд отклонений от нормы со стороны органов грудной и брюшной полостей механического характера.

Признаки второй группы крайне скудны. Из субъективных признаков этой группы можно указать лишь на место первоначального возникновения опухоли, если больная обратила на это внимание, да отчасти на расстройства менструальной функции, которые проявляются то в форме аменоррей, то в виде мено—или метроррагий, реже в форме дисменоррей. Из объективных признаков второй группы лишь данные перкуссии, свойственные вообще опухолям, исходящим из половой сферы, могут служить целям дифференциальной диагностики, и то только в том случае, если данные эти не утратили своей характерности. Что касается бимануального исследования, то оно при колоссальных опухолях в громадном большинстве случаев не дает точек опоры для постановки диагноза.

Из приведенного перечня признаков нетрудно убедиться, что среди них нет ни одного абсолютно-верного. Только совокупность всех имеющихся налицо признаков дает возможность, и то не всегда, распознать наличие опухоли, исходящей из брюшной полости. Что же касается определения исходного пункта опухоли, то, даже если исходный пункт разумеется в широком смысле слова,—вообще женскую половую сферу,—задача эта является очень трудною, иногда даже невозможною. Поэтому нет ничего удивительного в том, что при диагнозе колоссальных опухолей женской половой сферы описывается целый ряд ошибок. Иногда принимали эти опухоли за асцит (Knigt, Wiener), иногда—за бере-

менность двойнями или осложненную многоводием (Thies), иногда же, наоборот,—и притом гораздо чаще,—распознавали их там, где имелись опухоли, исходящие из других органов, напр., поджелудочной железы (Кедрова), почки (Hall), желчного пузыря (Collinson), брыжейки (Греков). В действительности, конечно, ошибки в диагнозе встречаются чаще, чем это публикуется, и объясняется это тем, что, по справедливому выражению Кедровой, „при гигантских опухолях женской половой сферы диагноз ставится больше по теории вероятности“.

Из сказанного ясно, что каждый новый признак, помогающий специалисту отличить гигантскую опухоль женской половой сферы от опухолей других органов, должен представлять известный интерес и ценность. Это обстоятельство с одной стороны, а с другой—сравнительная редкость гигантских опухолей женской половой сферы, особенно в Сибири, побуждают нас сообщить о случае гигантской опухоли, наблюдавшемся нами в Томской Акушерско-Гинекологической клинике. История нашей больной такова:

Крестьянская девушка 18 лет, начавшая менструировать с 13-летнего возраста, причем первоначально menses приходили через 4 недели и длились по 7 дней, 5 лет тому назад, при случайном неловком движении, почувствовала в животе присутствие опухоли, величиной с куриное яйцо, твердой наощупь, мало подвижной и безболезненной. В дальнейшем опухоль росла очень медленно и через 1½ года достигла величины не более кулака взрослого мужчины, не причиняя никаких расстройств своей носительнице. Через год, во время шлики дров, больная внезапно почувствовала резкое колющее в правой подчревной области, после чего болела около недели. Вскоре у больной крови стали густеть, количество их значительно уменьшилось, продолжительность сократилась до 2—3 дней, а живот начал быстро расти и спустя ½ года после указанного выше приступа достиг такой величины, что соседи стали принимать больную за беременную во второй половине. Это побудило ее обратиться к врачу, который и произвел прокол живота, причем было выпущено значительное количество густой, тягучей, светло-прозрачной жидкости. Однако после прокола опухоль стала вновь быстро увеличиваться, и для облегчения своих страданий больная в течение последних 4 лет должна была прибегнуть к повторной пункции 5 раз, пока, наконец, не попала в нашу клинику. Жалобы больной немногочисленны: беспокоит ее безобразно-большой и тяжелый живот, да небольшая одышка при ходьбе. Менструации за последние 1½ года были очень редко—через 3—4 мес. и в незначительном количестве. Паредка. 1—2 раза в год, появлялись колющие боли в животе, продолжавшиеся 2—3 дня. В остальном пациентка чувствует себя вполне удовлетворительно, аппетит и сон у ней хорошие, отправления кишечника и мочевого пузыря нормальны.

Больная нежного телосложения, рост ее 156 см., вес 5 пуд. 35 ф. Подкожно-жировой слой развит слабо, кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Органы грудной полости при перкуссии и рентгеноскопии представляются резко смещенными, приподнятыми. Границы правого легкого по средней подмышечной линии на V ребре, по лопаточной—на VII, границы левого легкого по средней подмышечной линии—на верхнем крае VI ребра, по лопаточной—на VIII ребре. Верхняя окружность грудной клетки—82 см., нижняя—97 см. Длина грудной клетки—25 см., высота—22 см. Границы сердца при глубокой перкуссии: верхняя—на II ребре, правая—на 3 см. вправо от края грудины, левая—на 2 см. кнаружи от соска. Живот куполообразной формы, колоссальных размеров: окружность его на уровне пупка—133 см., на 4 см. выше и ниже пупка—131 см., расстояние от лобка до пупка—34 см., от пупка до основания мечевидного отростка—40 см., высота живота—37 см. Степень выпячивания, вычисленная по формуле $\frac{A}{100} : \frac{a}{x}$, где A

означает высоту живота, a—разницу между длиной и высотой, равняется $100\% \frac{a}{x}$, тогда как, по Степанову, среднее выпячивание живота у женщин равно $11,6\%$. Расстояние от spin. oss. il. anter. super. sin. до пупка—33 см., от spin. oss. il. anter. super. dextr. до пупка—37 см. Покровы живота напряжены, досыта, ме-

стами заметны тоненькие спиеватые полоски подкожных вен, особенно в области белой линии. В нижней части живота видны следы бывших проколов. При ощупывании живот представляется эластической консистенции за исключением небольшого участка в надчревной области, где определяются, особенно справа, крупные бугры различных очертаний и неодинаковой величины, плотные наощупь. При попытке вызвать флюктуацию последняя получается только в подчревной области и притом ближе к передней поверхности живота. Мечевидный отросток почти под прямым углом отогнут вперед. При перкуссии на всем протяжении живота получается абсолютно тупой звук, и только в почечных областях с той и другой стороны, несколько больше слева, чем справа, имеется как будто-бы намек на тимпанический оттенок. При изменении положения больной ни форма живота, ни распределение тупости не меняются. В поясничной части позвоночника отмечается лордоз, и походка больной напоминает походку женщины в конце беременности. Запаянный показатель (Соловьев) равен 14 см. Наружные половые органы, кроме незначительной цианотичности, отклонений от нормы не представляют. Исследование *per vaginam* не производилось. При исследовании *per rectum* ни матки, ни ее придатков, ни сегмента опухоли прощупать не удается. Раздувание кишечника воздухом ничего существенного к добытым данным не прибавило. Исследование крови указаний на воспалительный процесс не дало.

На основании объективных симптомов—поистине колоссальных размеров живота, дававшего на всем своем протяжении тупой звук, ограниченной флюктуации в нижне-передней поверхности живота, прощупывания крупных бугристостей в верхнем отделе надчревной области и смещения органов брюшной и грудной полостей с некоторой деформацией самой грудной клетки можно было не сомневаться в наличии у нашей больной гигантской опухоли брюшной полости. Оставалось решить другой, не менее важный вопрос: какой орган брюшной полости являлся исходным пунктом этой опухоли?

Для решения этого вопроса в нашем распоряжении были слишком мало данных. Только в анамнезе больной имелось указание на возможную связь опухоли с половой сферой, а именно, указание на место первоначального возникновения опухоли—в правой подчревной области, да некоторое расстройство менструальной функции—в форме *oligomenorrhoea* и только. Абсолютного значения эти анамнестические признаки не имели, данные же объективного исследования с одинаковым успехом могли говорить как за опухоль половой сферы, так и за опухоль, исходящую из других органов. Таким образом, поставив диагноз гигантской опухоли живота, мы относительно исходного пункта опухоли должны были высказываться более или менее предположительно.

Изменения грудной клетки больной под влиянием давления со стороны опухоли навели нас на мысль определить у больной размеры таза. Мы рассуждали при этом следующим образом: емкость тазовой полости должна соответствовать объему заключенных в ней органов; растущая в полости таза опухоль, требуя при своем росте известных пространственных,—или, вернее, объемных,—соотношений, увеличивает содержимое этой полости и тем самым оказывает давление на соседние органы и ткани, которое неминуемо распространяется и на стенки таза; если окостенение стенок таза еще не закончилось, то в результате этого увеличившегося внутритазового давления может произойти увеличение объема тазовой полости, а вместе с тем и увеличение размеров таза. Как известно, окостенение хрящей, соединяющих отдельные кости тазового пояса, заканчивается к периоду половой зрелости (Hertwig). Судя по появлению первой менструации, половое созревание у нашей

больной наступило в 13-летнем возрасте, и в это же время больная могла уже нащупать у себя в брюшной полости опухоль. Принимая во внимание медленный вначале рост последней, на что указывала и сама больная, мы склонны отнести начало образования опухоли ко времени, предшествовавшему наступлению половой зрелости, т. е. к тому времени, когда формирование таза еще не могло считаться законченным. Указанные соображения позволяли предположить, что опухоль могла оказывать влияние на размеры таза нашей больной в сторону их увеличения, что, действительно, и подтвердилось при измерении таза, размеры которого получились следующие: D. sp. ant.—28 см., D. cr.—32 см., D. tr.—31 см., C. ext.—22 см.; наружные косые размеры: правый—22,5 см., левый—22,2 см.; D. sp. post.—9,3 см.; длина подвздошных костей: правой—16 см., левой—16,1 см.

Сопоставляя полученные размеры со средними нормами, установленными для нормального таза русских женщин, мы получим следующие соотношения:

	D. sp. ant.	D. cr.	C. ext.	Наружн. косые размеры		D. sp. post.	Длина подвздошных костей	
				прав.	лев.		прав.	лев.
По Филатову *)	23,7	27,5	19,4	21,7	21,8	9	16,4	16,3
„ Рунге *)	24,5	27,8	19,1	21,6	21,5	9	16,2	16,1
„ Рымша	24,5	27,7	19,1	—	—	—	—	—
Средний вывод	24,2	27,7	19,2	21,7	21,7	9	16,3	16,2
У нашей больной	28,0	32,0	22,0	22,5	22,2	9,3	16,0	16,1

Сравнивая измерения таза нашей больной со средним выводом, полученным из средних норм, установленных для таза русской женщины тремя указанными авторами, мы находим, что D. sp. таза нашей больной превосходит средний вывод для того же размера на 3,8 см., D. cr.—на 4,3 см., C. ext.—на 2,8 см., наружные косые размеры: правый—на 0,8 см., левый—на 0,5, D. sp. post.—на 0,3 см., а длина подвздошных костей оказалась менее среднего вывода. Результаты подобного сопоставления позволяют отнести таз нашей больной к группе слишком широких тазов, причисляемых Schroeder'ом к аномальным формам.

Чем же объяснить эту аномалию в развитии таза нашей больной? Нежное телосложение последней, ее ниже среднего рост, отсутствие каких-бы то ни было указаний на чрезмерное развитие скелета и, наоборот, наличие данных, говорящих в пользу физиологически-нормального его развития (запястный показатель, ширина крестца у его осно-

*) Так как Филатов и Рунге производили измерения на скелетарованных тазах, то к средним нормам этих авторов нами сделана прибавка на мягкие части, согласно данным Филатова, по I, I см., кроме C. ext., где эта прибавка равняется I см.

вания, длина подвздошных костей и пр.) не позволяют объяснить возникновение слишком широкого таза общими конституциональными условиями развития организма (исполнительский рост). Правда, слишком широкий таз может наблюдаться и при нормальном развитии остальных частей скелета; но тогда увеличение отдельных размеров таза редко превосходит 2 см. (Schantz), у нашей же больной отдельные размеры таза превосходили средние нормы даже свыше 4 см. Столь значительная разница требует для своего объяснения особых причин. Такой причиной, естественно, могла явиться опухоль, развивавшаяся в полости таза в период его формирования. Если, по наблюдениям Kleinwächter'a, Славянского и др., даже такие аномалии в развитии внутренних половых органов, как *uterus duplex*, могут оказывать влияние на размеры таза в смысле их увеличения, то тем более это допустимо для опухолей, исходящих из внутренних половых органов и развивающихся в детском или юношеском возрасте. Подобные условия как раз и имели место у нашей больной. Таким образом, наши теоретические соображения о возможности влияния на размеры таза растущей в его полости опухоли вполне подтвердились произведенным измерением таза.

Получив в размерах таза существенные данные, мы вместе с тем получили важные опорные пункты, и притом объективного характера, для дифференциального распознавания имевшейся опухоли, исходным пунктом которой мы вправе были признать половую сферу.

Теперь оставалось только решить, какой орган половой сферы—матка или ее придатки—являлся этим исходным пунктом. Подвижность опухоли в первых стадиях ее развития могла указывать, что опухоль имела ножку, а припадки сильных болей, наступивших внезапно, среди полного здоровья, во время физической работы, в связи с быстрым последующим ростом опухоли, наводили на мысль о происшедшем перекручивании ножки. Неодинаковая консистенция опухоли в различных ее участках, феномен флюктуации, а также анамнестические указания на жидкое содержимое опухоли побуждали высказаться за то, что у нашей больной имелась опухоль кистовидная, и притом многокамерная; а такими опухолями обычно бывают железистые кистоденомы яичников. В пользу такого диагноза говорило и влияние опухоли на *meneses*. Итак на основании всех субъективных и объективных данных нами до операции был поставлен следующий диагноз: *cystoma colossale (giganteum) proliferum glandulare multiloculare ovarii dextri cum torsione pedunculi*, причем, вследствие многократных проколов и перекручивания ножки опухоли, была весьма вероятна наличность значительных сращений ее с брюшной стенкой.

При операции удаления опухоли (проф. Н. И. Горизонтов) этот диагноз подтвердился вполне: опухоль оказалась гигантской железистой кистой правого яичника с ножкой, перекрученной в 1½ раза. Несмотря на обширные сращения, она была удалена без труда. Послеоперационный период протек без осложнений.

Удаленная опухоль имела продолговато-овальную форму; большая ее окружность равнялась 126 см., малая—118 см., вес—31,4 кило или 1 пуду 28½ фунтов. Нижний полюс опухоли был значительно уже верхнего. На границе верхней и средней третей опухоли на ее передней поверхности были заметны следы от давления нижнего края ребер и

грудной кости. При разрезе опухоли оказалось, что она состоит как-бы из двух половин: нижней, представляющей одну сплошную, без каких-бы то ни было перегородок внутри, большую полость с чрезвычайно тонкими стенками, наполненную коллоидно-кровянистым содержимым, и верхнюю, состоящую из восьми отдельных, сравнительно небольших полостей с таким же коллоидным, но прозрачным содержимым. Все 8 полостей верхней половины опухоли строением своим напоминали пчелиные соты и имели довольно толстые стенки. На долю жидкого содержимого падали 1 пуд. 26 фунт., на долю плотных составных частей—12½ фунт.

Просмотрев доступную нам литературу, мы ни в одном случае не нашли указания на размеры таза, как на признак, могущий иметь в некоторых случаях значение при распознавании исходного пункта опухоли, а между тем размеры таза могут иметь, как показывает наш случай, чрезвычайно важное и существенное значение в диагностике гигантских опухолей, и притом там, где другими признаками мы не можем воспользоваться или за их отсутствием, или же за их недостаточностью и ненадежностью. К числу таких случаев должны быть отнесены опухоли женской половой сферы, развивающиеся в детском или юношеском возрасте и констатируемые по наступлении половой зрелости. Такими опухолями чаще других являются дермоиды, начало развития которых „во многих случаях относится к периоду жизни ранее полового созревания“ (Заркевич); далее, нередко у детей овариальные кисты (Karczewski), изредка встречаются и другие опухоли половых органов. Правда, когда эти опухоли не достигают колоссальных размеров, то мы имеем ряд других признаков, особенно получаемых при бимануальном исследовании, которые позволяют установить исходный пункт опухоли; но в случаях, подобных нашему, где обычно рекомендуемые признаки оказываются недостаточными, не нужно забывать, что размеры таза могут оказать важные и ценные услуги.

Литература: 1) Греков И. И. Рус. Вр., 1914, № 37.—2) Груздев В. С. Ж. Ак. и Ж. Б., 1910.—3) Заркевич Н. И. Дисс., СПб., 1897.—4) Karczewski. Zentr. f. G., 1904, № 17.—5) Кедрова Н. И. Дисс., Казань, 1913 (приведена литература до 1912 г.).—6) Knight. Amer. Journ. of obst., vol. 60, p. 441.—7) Collinson. Brit. med. Journ., v. 1, 1909.—8) Курлов М. Г. Сибир. Мед. Обзор., 1919, № 3—4.—9) Рунге Г. Дисс., 1888.—10) Рымша А. Ж. Ак. и Ж. Б., 1892.—11) Skutsch. Zentr. f. G., 1904, № 37.—12) Соловьев. Ж. Ак. и Ж. Б., 1917, стр. 161.—13) Степанов. Дисс., Томск, 1919.—14) Thies. Zentr. f. G., 1912.—15) Филатов А. Дисс., Москва, 1877.—16) Hall. Amer. Journ. of obst., 1903.

M. K. Butowsky (Tomsk). Zur Diagnostik der kolossalen oder Riesengeschwülste der weiblichen Genitalsphäre im jungen Alter.

In einem Falle konnte der Autor bei einem 18 Jahre alten Mädchen mit einer 31,4 kg schweren Cystadenome des rechten Eierstocks eine beträchtliche Erweiterung des Beckens feststellen. Die Erweiterung war durch das Wachstum der Geschwulst bedingt, die sich schon vor Beginn der Geschlechtsreife zu entwickeln angefangen hatte, als Beckenknochen noch nachgiebig sind. Der Autor macht auf dieses Merkmal aufmerksam und glaubt, dass es bei der Diagnostik der Riesengeschwülste im jungen Alter nützlich sein kann.

Лечение параметритов и хронических воспалений маточных придатков по способу проф. Кушталова инъекциями гипертонического раствора Хлористого Натра.

Ординатора клиники **О. К. Марцинкевич.**

Лечение хронических параметритов и хронических воспалительных процессов в маточных придатках является одной из трудных задач каждого гинеколога. Как известно, нередко всевозможные противовоспалительные методы лечения оказываются здесь недостаточными, и, как к крайнему средству, приходится прибегать к оперативному лечению, часто в форме радикальной операции, уродующей женщину, что, конечно, особенно нежелательно у молодых женщин. По предложению проф. Н. И. Кушталова мы разработали в нашей клинике новый способ лечения данных заболеваний инъекциями гипертонического раствора поваренной соли.—от 3% и выше,—в инфильтрированный параметрий при параметритах и в инфильтрированную ткань придатков при хронических аднекситях. Прежде, чем изложить суть данного лечения, я позволю себе сказать несколько слов относительно того, когда и в каких случаях можно применять его.

Мы считаем данный метод лечения показанным при всех видах параметритов, исключая острые формы, при разлитом воспалении тазовой клетчатки и, наконец, при хроническом воспалении яичников и труб с наличием обширных спаек и сращений, когда маточные придатки увеличены, плотны, мало подвижны, прощупываются при исследовании в виде отдельных опухолей определенной конфигурации или в виде более или менее объемистых инфильтрированных тяжей, отходящих от матки.

Действие гипертонического раствора при данном лечении имеет чисто-местный характер и заключается в следующем: гипертонический раствор, как известно, извлекая воду, заставляет клетки сморщиваться; при этом нормальная жизнь и правильный обмен веществ в клетках нарушаются, и клетки могут даже совсем погибнуть. Вводя гипертонический раствор NaCl в толщу воспалительного инфильтрата, мы, таким образом, повреждаем составляющие его клеточные элементы и можем довести их до полной гибели. Вторым действующим фактором инъекций является вызываемое ими раздражение с приливом крови, который сопровождается усиливающимся лейкоцитозом, фагоцитозом и ускорением лимфатического тока, каковые моменты в свою очередь ускоряют и облегчают процессы рассасывания. Наконец, следует еще отметить, что гипертонический раст-

вор NaCl обладает и бактерицидными свойствами. Таким образом действующими моментами при нашем способе являются те же агенты, что и при других противовоспалительных методах лечения, с той лишь разницей, что в нашем способе препарат, вызывающий к действию полезные моменты, вводится в толщу самого патологического инфильтрата.

Вначале я применяла для инъекций 3% раствор NaCl, затем перешла на 5% и на 10% раствор в количестве 10,0 или 15,0. Техника инъекций была такова: для инъекции намечают участок более плотной, более инфильтрированной ткани и, раскрывши влагалище зеркалами, при соблюдении асептических предосторожностей, вводят стерильный гипертонический раствор в теплом виде через вкол иглы шприца в избранное для инъекции место. Игла вводится вглубь ткани на 1—2 сант. Перед инъекцией больная получает морфий или в виде суппозитория, или под кожу, так как тотчас после инъекции появляются боли, продолжающиеся от 5 до 20 минут. Интенсивность этих болей стоит в зависимости от концентрации раствора, — чем концентрированнее последний, тем сильнее боли. Боли эти большею частью успокаиваются после применения тепла, — в виде грелки на нижнюю часть живота. Температура после инъекции не повышается: мною было произведено 102 инъекции, и только у одной больной температура поднялась к вечеру до 39,6°, и то в зависимости от приступа малярии. В ближайшие два дня после инъекций картина крови и кровяное давление у больных не изменялись. Равным образом не было изменений и со стороны мочи.

Всего нам приходилось делать, в среднем, от 3 до 6 инъекций, причем промежутки между ними были от 4 до 6 дней.

В описанном виде терапия эта была применена нами у 30 больных, из которых 12 страдали параметритом и 18 — сальпинго-оофоритом. В 9 случаях предварительно были испробованы всевозможные средства противовоспалительного лечения, не давшие результатов. Под влиянием инъекций процесс у этих больных быстро поддавался рассасыванию. Больные после инъекций начинали чувствовать себя лучше, у них прекращались боли и бели, менструации становились правильными. В остальных 21 случае я сразу приступала к выпрыскиваниям гипертонического раствора. У 15 из этих больных получились прекрасные результаты, три больных прекратили лечение после первой же инъекции, а три дали неполный результат. Вначале я применяла это лечение только стационарным больным, потом начала проводить его и амбулаторно, выдерживая больную в клинике лишь в течение часа после инъекции. Из общего числа 30 наших больных, у которых была проведена эта терапия, стационарно лечились 19 (7 — с параметритами и 12 — с воспалением придатков), амбулаторно — 11 (5 — с параметритом и 6 — с сальпинго-оофоритом). В качестве примеров лечебного эффекта данного способа опишу два наиболее демонстративных случая.

Случай I. Больная 28 лет, замужем 13 лет, имеет 3 детей. Менструации появляются то через 3, то через 2 недели, очень обильны. В течение последних двух лет испробовала различные методы лечения по поводу воспаления маточных придатков, но улучшения субъективных ощущений не получила. При бимануальном исследовании оказалось, что матка увеличена, лежит в anteversio, на шейке имеется небольшая эрозия. Правые придатки имеют вид огухоли плотноватой консистенции, неопределенной формы, величиною с гусиное яйцо; слева придатки тоже увеличены, плотноваты, ретортообразной формы, мало подвижны, болез-

нения при пальпации. Общее состояние больной удовлетворительное. Изменений со стороны крови не отмечается. Моча—нормальна. Т° не повышена. Произведена инъекция 10% гипертонического раствора NaCl в количестве 10 куб. сант. в область правых придатков. На следующий день—такая же инъекция в область левых придатков. После инъекций непродолжительные боли внизу живота. В ближайшие дни не замечалось никакой реакции ни со стороны морфологического состава крови, ни со стороны кровяного давления. На шестой день вторично произведены инъекции в область правых и левых придатков. После второй инъекции на третий день придатки значительно уменьшились, самочувствие улучшилось, болей почти не было, т° не повышалась. Через 6 дней произведены в 3-й раз вырскивания в область правых и левых придатков по 15,0 10% раствора NaCl. Заметно быстрое рассасывание: правые придатки величиною с грецкий орех, левые тоже значительно уменьшились. Появившиеся у больной менструации продолжались 5 дней и были средней интенсивности. После менструации произведены в 4-й раз инъекции гипертонического раствора NaCl той же концентрации в область правых и левых придатков. Кроме инъекций больная получала горячие влагалищные души и согревающий компресс на живот. Через 6 дней после последней инъекции больная выписана в хорошем состоянии,—болей совершенно нет, болей тоже почти нет, матка заметно уменьшилась, правые придатки совершенно не удается прощупать, левые контурируются в виде небольшого тяжика.

Случай II. Больная 19 лет, первые месячные получила на 15-м году, в дальнейшем они стали приходить через 5 недель, продолжались по 4 дня. Замужем больная 1 год, имела одну беременность, кончившуюся выкидышем на III месяце. После этого выкидыша пациентка и чувствует себя больной. Боли внизу живота в течение 5 мес. все усиливаются, а в настоящее время стали тягостными, и, кроме того, больная сильно ослабела. При исследовании оказалось, что нижняя половина живота занята болезненным экссудатом, несколько выше поднимающимся с правой стороны. Прощупать что-либо при бимануальном исследовании не удается. Выделения—гнойные. Слизистая влагалища гиперэмирована. Т° около 37,9°. Исследование крови показывает незначительный лейкоцитоз. Формула крови—нормальна. Моча—без изменений. В выделениях найдены гонококки. В течение 42 дней больная подвергалась обычной противовоспалительной терапии. Все явления обострения при этом исчезли, но экссудат несколько не уменьшился. После этого приступили к инъекциям в параметрий 10% гипертонического раствора NaCl по 10 куб. сант. Уже после второй инъекции экссудат стал заметно рассасываться. Затем инъекции в количестве 15 куб. сант. продолжались с промежутками в 6 дней. Всего у больной было произведено 7 инъекций. Инфильтрат почти весь рассосался,—остался лишь небольшой участок в области правой широкой связки. Матка стала хорошо контурироваться, в anteversio, сделалась подвижной. Левые придатки перестали прощупываться, справа яичник уменьшился до грецкого ореха. Самочувствие у больной хорошее, болей совершенно нет, выделений также почти нет. После инъекций каждый раз производилось исследование крови, кровяного давления и мочи, но изменения здесь были настолько незначительны, что я их не описываю. При выписке больной гонококков в выделениях не было обнаружено. Впоследствии больная оказалась нам через 2 недели. Самочувствие у ней было прекрасное, болей совершенно не было, общее состояние значительно улучшилось, экссудат почти весь рассосался.

На основании наблюдений над 30 больными, у которых была применена эта терапия, у нас создалось впечатление, что способ этот заслуживает полного внимания со стороны гинекологов. Преимущество его заключается в сравнительной быстроте его действия: в 1—1½ месяца при такой терапии у нас получились прекрасные результаты в то время, как раньше некоторые наши больные с параметритами без успеха лечились иногда по 5—6 месяцев.

На настоящее наше сообщение мы смотрим, как на предварительное. Мы хотели в нем лишь поделиться с товарищами нашими личными впечатлениями относительно метода лечения таких упорных страданий, как параметрит и хроническое воспаление придатков,—метода, который является новым и о котором в литературе мы не нашли никаких указаний.

D-r O. K. Marzinkewitsch (Astrachan). Die Behandlung der Parametritiden und der chronischen Adnexentzündungen mittels Injektionen von hypertotonischer NaCl-Lösung, nach dem Verfahren von Prof. Kuschtalow.

Verfasser hat diese Behandlung bei 30 Kranken, unter denen 12 an Parametritis und 18 an Salpingoophoritis litten, angewandt. Zur Injection wurde eine 3—10⁰/₀ NaCl-Lösung verwendet, die in der Menge von 10—15 ccm. in das infiltrierte Gewebe vom Scheidengewölbe aus injiziert wurde, wobei die Nadel 1—2 cm. tief eingeführt wurde. Die Injektionen wurden nach 5—6 Tagen wiederholt, die ganze Behandlung forderte gewöhnlich von 3 bis 6 Injektionen. Mit den Erfolgen der Behandlung, was die objektiven Veränderungen (Resorption der Infiltraten, Verkleinerung der entzündeten Adnexen) und die Verbesserung des Wohlbefindens der Kranken betrifft, blieb Verfasser vollkommen zufrieden.

О патогенезе Кожевниковской эпилепсии.

Профессора А. В. Фаворского (Казань).

(С 2 рис.).

В 1906 г. проф. В. Хорошко, после тщательного анализа клинических явлений при *epilepsia corticalis continua*, стал утверждать, что описанная проф. А. Я. Кожевниковым форма эпилепсии есть „симптомокомплекс, который может обуславливаться различными болезненными процессами и, по всему вероятно, *различною локализациею* болезненных процессов, а не представляет только продукт гнездного заболевания моторной зоны или ближайшей к нему области коры“.

Этот взгляд не получил прав гражданства, так как он шел в разрез с установившимися по этому вопросу мнениями большинства невропатологов (Кожевников, Даркшевич, Муратов, Бехтерев, Дзержинский, Осокин, Алфеевский и др.), утверждавших только кортикальное происхождение разбираемой нами формы эпилепсии. Между тем взгляд проф. Хорошко, в свете современного учения о стриарной системе, принимающей большое участие в происхождении гиперкинезов, заслуживает нашего внимания.

Уже французские авторы (Roger, Aymès, Piérid), описывающие Кожевниковскую эпилепсию, говорят так: „анатомически надо принять — кортикальное поражение и отсюда Jackson'овская эпилепсия, стриарное заболевание, а отсюда миоклония“.

Krisch, Vimmer и Foerster считают эпилепсию с гиперкинетическими явлениями вне припадков за „стриарную эпилепсию“.

Musken's доказал экспериментально при эпилепсии, что „миоклонические рефлексы находятся в связи не с корою головного мозга, а с субкортикальными центрами“, и что „мозговой ствол во всяком случае сохраняет преобладающую роль в происхождении миоклоний“.

Изучая известные до сих пор микроскопические исследования случаев Кожевниковской эпилепсии после аутопсии, мы видим, что изменения при ней распространяются на весь головной мозг, колеблясь в своей интенсивности. Так, в случае д-ра Алфеевского было острое и хроническое изменение нервных клеток коры, особенно в моторной ее зоне стороны, противоположной ностоянной судороге, — хроническое изменение сосудов во всех отделах головного мозга, изменение неvroглии в коре большого мозга, мозжечка и в *подкорковых центрах*. Betz'овские клетки сохранились относительно хорошо. Была изменена и pia хроническим воспалительным процессом.

У больных Lafora и Glueck'a изменения наблюдались во всех серых массах центральной нервной системы, причем в коре преимущественно были изменены нервные клетки 2-го и 3-го слоев, а большая часть клеток Betz'a совершенно нормальна. Нервные клетки

были поражены по типу острых и хронических изменений: в них наблюдалось включение круглых „амилоидных телец“, наличием которых авторы объясняют происхождение К. эпилепсии.

Clark и Prout описывают изменения острого характера в нервных клетках 2-го и 3-го слоев, причем из Betz'овских клеток были задеты только некоторые.

Проф. Омороков в одном случае, на аутопсии, встретил „отчетливую дефлорацию пирамидного пути в ножке, мосту и в продолговатом и спинном мозгу“.

Spielmeier, исследуя после аутопсии случай Stertz'a, с эпилепсией и припадками „тетанисподобной мускульной ригидности“, обнаружил „ясную атрофию п. caudati, putaminis, частично—gl. pallidi, с маленькими периваскулярными лакунами, выраженной гиперплазией невроглии и поражением ядер ганглиозных клеток“. В коре была заметна дегенерация нервных клеток *только* в Аммониевом роге.

Проф. Хорошко за последнее время опубликовал случай прогрессирующего паралича, где была, кроме того, картина *epilepsiae partialis continua*. На вскрытии обнаружено, помимо банального для прогрессирующего паралича процесса в коре головного мозга, и резкое изменение п. *lenticularis* в виде „полости-пустоты и воспалительного процесса“. Автор снова настаивает на подкорковом патогенезе К. эпилепсии.

Среди нашего материала мы имели один случай К. эпилепсии со вскрытием, где было обнаружено резкое изменение *putaminis*: по наружному краю его шла щель,—повидимому, от бывшего здесь кровоизлияния; кора же головного мозга представляла незначительное хроническое изменение нервных клеток и разрошение невроглии в молекулярном слое.

Volland приводит 4 случая комбинации эпилепсии с *epilepsia corticalis continua*, кончившиеся летально. В 3 случаях он обнаружил острые и хронические изменения нервных клеток в коре головного мозга почти на всем его протяжении, а равно и некоторые цитоархитектонические изменения, „не представляющие ничего характерного“. В одном случае кора, за исключением незначительного краевого глиоза, изменена не была. Между тем во всех случаях клетки ядер продолговатого мозга представляли резкие острые изменения с повреждением ядра. Этими последними изменениями автор и склонен объяснять постоянные миеклонические явления у его больных.

Патолого-анатомические исследования на материале, полученном путем резекции коры моторной зоны (Осокин, Омороков), показали, что при К. эпилепсии имеется острое или хроническое поражение коры в виде менинго-энцефалита. Включений в нервных клетках, описанных Lafora, авторами не наблюдалось.

Соколов никакого изменения в мягкой мозговой оболочке не обнаружил. Поверхностные слои коры были совершенно нормальны, в глубоком же слое имели место дегенеративные изменения нервных клеток и увеличение главных клеток в прилегающем белом веществе.

Из приведенных исследований с несомненностью вытекает, что кора головного мозга при К. эпилепсии бывает поражена. Но мы не можем пройти молчаньем и того патолого-анатомического факта, что, помимо коры, при этой болезни поражаются и другие отделы головного

мозга, напр., подкорковые ганглии. А если это так, то винить только кору головного мозга в происхождении К. эпилепсии становится трудным. Наши сомнения усугубляются еще и тем обстоятельством, что терапевтический эффект экстирпации больной коры моторной зоны при К. эпилепсии далеко не тот, какого нужно было-бы ожидать а priori с точки зрения кортикальной локализации: припадки судорог после операции часто возобновляются с прежней силой (А. Корнилов, Л. Омороков в 60⁰0, Соколов, Дзержинский, Бурдяно, автор).

Исходя из того факта, что эпилепсия К. отличается от чистой Jackson'овской эпилепсии существенным клиническим признаком, именно, постоянными клоническими судорогами, я исследовал для сравнения кору головного мозга, полученную при операции от 7 больных Jackson'овской эпилепсией и 10 — с эпилепсией Кожевникова (7 из них были с чистою формою К., а трое — с формою Муратова), надеясь подметить какую-либо разницу в патолого-анатомическом субстрате той и другой формы.

Клинические явления во всех наших случаях, их развитие и течение были типичными для кортикальной эпилепсии. Этиологическим моментом была или какая-то инфекция („простуда“), или определить его было нельзя. Ни травмы, ни алкоголизма, ни *lues'a*, ни патологической наследственности в анамнезе больных не отмечалось*). Возраст больных колебался от 10 до 32 лет, и только одному больному было 52 г. Болезненные явления в огромном большинстве случаев начинались после легкой, едва заметной простуды („был на рыбалке и за ночь прозяб немного“: „ехал на перевозе, дул ветер, после этого болела немного голова“...). Спустя некоторое время после того появлялся общий судорожный припадок с потерей сознания и т. д. Затем припадок через некоторое время повторялся, но без потери сознания, ограничиваясь судорогами в руке или ноге. После этого устанавливались припадки, начинавшиеся с определенной мышечной группы (ер. Jackson'a), или постоянные клонические судороги в руке, или ноге, или лице, сопровождавшиеся общими эпилептическими припадками (ер. *corticalis continua*). Эти судороги постоянные усиливались при произвольных движениях и при догрогивания до тела субъекта и прекращались во сне. Общий же припадок всегда начинался с усиления этих судорог.

Объективно в группе пораженных мышц отмечался парез, иногда со слабою атрофией, иногда же и без нее. В некоторых случаях парез сопровождался растройством чувствительности в виде болевой гипестезии (форма Муратова). Сухожильные рефлексы на пораженной стороне были слегка повышены. У одного больного отмечен с. Babinsk'ого на пораженной ноге. Спинномозговая жидкость была всюду нормальна. Р. Wassegmann'a в крови и в люмбальной жидкости во всех случаях была отрицательна. Глазное дно нормально. Оперативное вмешательство (проф. А. В. Вишнеvский), которому подвергались больные, было произведено или по двухмоментному способу, или по одномоментному, смотря по состоянию больного. Уже после первого момента операции, когда открывалась только черепная крышка, судороги и припадки, — правда, на короткое время (до 7 дней), — прекращались, а затем появлялись снова.

*) Там, где никакого определенного этиологического момента уловить не удавалось, можно было лишь отметить перенесенную в детстве скарлатину.

При операции, по Horsley, удалялась пораженная область коры головного мозга таким образом, что мы имели перед собой пластинку коры величиной до 6 сант. в длину, до 3—3½ сант. в ширину и до 1 сант. в толщину. После удаления больного участка коры предполагаемые остатки серого вещества в некоторых случаях выжигались еще пакеленом.

Несмотря на такое энергичное вмешательство, результаты операции были мало ободряющие, в особенности в случаях Кожевниковской эпилепсии. Клонические постоянные судороги, бывшие до операции (при *ep. part. continua*), возобновлялись в течение первого же месяца после операции и, усиливаясь, достигали прежней степени. Припадки общего характера появлялись с прежнею силою и частотою в различные сроки,—от 14 дней до 3 месяцев. В случаях же с чистою Jackson'овскою формою припадки появлялись снова спустя от нескольких месяцев до 6 лет (1 случай).

Экстирпированная при операции пластинка коры головного мозга не представляла на вид ничего ненормального. Ее тотчас же промывали в физиологическом растворе поваренной соли для удаления крови, а затем фиксировали в соответствующих жидкостях.

Методика исследования: 1) фиксация в 95% спирте, окраска по Nissli Toluidinblau, без подогревания и с подогреванием; 2) фиксация в 20% формалине, окраска по Bielschowsky; 3) фиксация в Orth-Müller's, окраска по v. Gieson; 4) фиксация в протраве Weigert's плюс 10% формалин, окраска по Mann и Mallory (в модификации Alzheimer's); 5) фиксация Müller'овскою жидкостью, окраска по Кульчицкому; 6) фиксация в 10% формалине, окраска Scharlach R по Негхгеймеру.

Микроскопическое исследование кусочков коры при ориентировочном методе (Nissl) ясно показало хорошо сохранившуюся цитоархитектонику коры с прилегающим к последней подкорковым слоем и мягкой мозговой оболочкою. Найденные изменения коры при эпилепсии Кожевникова и при Jackson'овской форме оказались сходными по существу, причем один случай от другого отличался лишь интенсивностью процесса и некоторыми деталями, которые сводились к следующему:

Метод 1-й. Мягкая мозговая оболочка утолщена насчет разрастания волокон соединительной ткани и гиперплазии фибробластов; в стенках кровеносных сосудов встречаются плазматические клетки и немного лимфоцитов. Эта инфильтрация выражена незначительно.

Кора. Изменения падают чаще всего на крупные и средние сосуды, реже на прекапилляры и капилляры. Протоплазма эндотелия пораженных сосудов красится на ненормально большом протяжении, ячеиста и выдается в просвет сосуда; иногда эндотелиальные клетки сильно гиперплазированы и закупоривают сосуд. Клетки адвентиции часто также гиперплазированы, а иногда гипертрофированы и содержат в своей протоплазме базофильные и метакроматические продукты. В прилегающем подкорковом слое видны такие же изменения сосудов, даже еще более выраженные.

Нервные клетки Betz'овские почти не поражены. Изменения видны в клетках слоя малых и средних пирамид и отчасти в полиморфном. Эти изменения носят нерезко выраженный характер простых ост-

рых изменений. Хронические изменения встречаются в очень ограниченном количестве клеток, в случаях с большою давностью клинических явлений. Включений Lafoга не наблюдается.

Невроглия. Вблизи измененных кровеносных сосудов изредка видны регрессивные изменения клеток невроглии с пикнозом или кариорексисом ядра. В молекулярном слое встречаются почти постоянно прогрессивные изменения ее в виде клеток с сильно развитою протоплазмой и толстыми отростками.

Цитоархитектоника. В большинстве случаев молекулярный слой уменьшен в толщину. Других изменений как в расположении слоев, так и в их составе отметить не удалось.

Метод 2-й. В пирамидальных клетках и клетках полиморфного слоя встречаются слабо выраженные острые изменения, в виде распада фибриллей.

Метод 3-й. Бросается в глаза утолщение адвентиции крупных и средних сосудов, редко прекапилляров. Утолщенная адвентиция обнаруживает ясную слоистость и лишь изредка гомогенность. Эндотелий сосудов также изменен: сильно вдаваясь в просвет их, а иногда гиперплазируясь, он закупоривает сосуд или совсем, или отчасти.

Метод 4-й. На границе с подкорковым слоем встречаются нервные волокна с разбухшим осевым цилиндром, иногда распадающимся в зернистую массу; миелин в таких волокнах тоже распадается на отдельные шары. В молекулярном слое часто попадаются разросшиеся клетки глии с многочисленными отростками (астроциты), особенно вблизи сосудов. В сосудах крупных и средних видно резкое развитие адвентиции. В некоторых случаях (чистая Jackson'овская эпилепсия) видно усиленное разрастание тонкой волокнистой глии в этом слое.

Метод 5-й. В молекулярном слое часто область тангенциальных волокон увеличена. Других отклонений от нормы в расположении слоев и мощности их не замечается. Светлых, не красящихся островков, описанных Bertrand'ом и Rives'ом не наблюдается.

Метод 6-й. В нервных волокнах, особенно в области подкоркового слоя, видны мелкие капли миелина, рассеянные вдоль всего волокна; в клетках же невроглии заметны более крупные капли; такие же капли встречаются в адвентиции многих сосудов.



Рис. 1.

Принимая во внимание все полученные данные, мы должны признать в наших случаях вялый хронический или уже закончившийся менингит и такой же энцефалит, причем особенно резкие следы этот процесс оставил на крупных и средних сосудах мозга.

Сопоставляя эти результаты микроскопического исследования с клиническими проявлениями, мы убеждаемся, что они совершенно расходятся друг с другом. В то время, как патолого-анатомические данные по существу почти одинаковы (см. рис. 1 и 2), клинические симптомы резко различны. Везде кора и подкорковый прилегающий слой изменены однообразным процессом, а клинически мы имеем в одних случаях чистую форму Jackson'овской эпилепсии, в других же—Кожевниковскую форму. Мало того: казалось-бы, удаление пораженного очага устранило клинические явления (по крайней мере клонические судороги при ер. corticalis continua), а между тем они снова появляются после операции, и появляются нередко с прежнею силою. Это противоречие дает полное основание полагать, что патогенез Кожевниковской эпилепсии не зави-

сит от заболевания только коры. Кора принимает участие в нем, но она—далеко не „все“. Если сравнить чистую Jackson'овскую форму с Кожевниковской, то мы должны признать, что в организме при последней имеются какие-то факторы, которые действуют на больную кору, постоянно раздражая ее и давая двигательный эффект. С другой стороны, появление судорог в конечности после удаления ее кор-

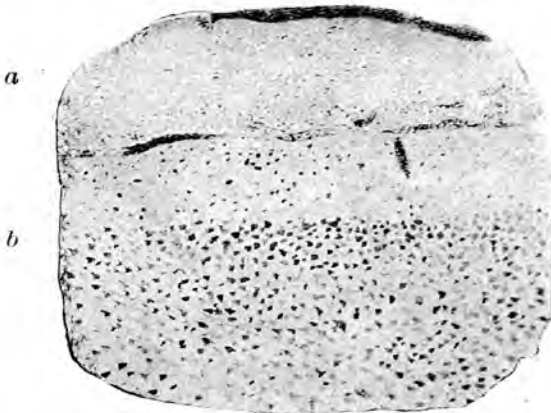


Рис. 2.

кового центра заставляет нас перенести болезненный очаг, помимо коры, в другие области, имеющие отношение к двигательному акту, напр., в подкорковые ганглии, как это и предлагают авторы позднейших работ. В этом меня убеждает и мой случай с аутопсией, где, помимо изменений коры, существовали сильные изменения в подкорковом ганглии.

Еще старые исследования Prus'a показали, что „судорожные импульсы“ проводятся главным образом не пирамидным, а экстрапирамидными путями, причем припадок происходит от раздражения не моторных клеток коры, а чувствительных. А Küppers, основываясь, между прочим, на этих экспериментах Prus'a, построил теорию, по которой эпилепсия есть „разгрузка thalamus'a“, выражающаяся припадками. Хроническое патологическое раздражение может действовать на thalamus, благодаря его центральному положению, с различных мест, и в первую голову с коры головного мозга. Но и нормальные раздражения, притекающие к thalamus'y, могут повести к припадку, если он, вследствие того или иного патологического процесса, приведен в состояние повышенной возбудимости. Наконец, экспериментальные исследования (Lofgren) показали, что повреждения красного ядра и рубро-таламического пути влекут за собой гиперкинетические явления (и даже микоклонического типа). Такие же явления наблюдаются и после повреждения передней ножки мозжечка и hypothalamus'a.

Если относить центр тяжести заболевания на подкорковые „станции“ экстрапирамидной системы, то имеет ли смысл оперативное вмешательство в виде экстирпации коры моторной зоны? При полном бессилии наших терапевтических мер мы все же можем рассчитывать, как показал опыт, на устранение в некоторых случаях, хотя-бы на известное время, сильно мучающих больного явлений. Повидимому, травма, наносимая при операции на кору, действует тормозящим образом на подкорковые „станции“ экстрапирамидной системы. Это хорошо показал мой ученик, д-р Н. Н. Русецкий, на одном больном с Кожевниковской эпилепсией: даже после поверхностной экстирпации коры данного больного кривая глобальной синкинезии, полученная графическим способом на больной руке, в первую неделю представляла почти прямую линию, параллельную абсциссе, и только на 23-й день получилась кривая патологической синкинезии. А это указывает, что только на 23-й день подкорковые ганглии начали функционировать, теряя постепенно свою заторможенность. Основываясь на этом, я полагаю, что нет нужды делать глубокую экстирпацию коры. Достаточно нанести легкую травму на больной участок моторной зоны коры, и результат должен получиться тот же, что и при глубокой экстирпации. По крайней мере такой опыт на одном больном мы имеем и в результате получили полное прекращение судорожных движений в течение тех 3 месяцев, когда больной был у нас на глазах.

Суммируя все сказанное, мы приходим к выводу, что

1) Изменения моторной зоны коры при Кожевниковской эпилепсии несомненно имеются и выражаются в виде хронического или уже закончившегося менинго-энцефалита. При этом менее всего поражается пояс Betz'овских клеток.

2) Изменения эти ничем не отличаются от изменений той же области коры при чистой (нетравматической) Jackson'овской эпилепсии.

3) Грубо-анатомические изменения встречаются при Кожевниковской эпилепсии и в области подкорковых ганглиев.

4) Кожевниковская эпилепсия не зависит исключительно от изменений моторной зоны коры головного мозга.

5) Экстирпация моторной зоны коры при Кожевниковской эпилепсии устраняет судорожные припадки только на некоторое время (от 1 до 3 месяцев).

6) При хирургическом лечении достаточно для прекращения припадков поверхностной экстирпации больного участка моторной зоны коры *).

*) Уже после сдачи в печать настоящей работы в литературе появилось экспериментальное исследование Frank'a H. Pika и Ch. A. Elsberg'a на кошках по вопросу об эпилепсии. Оказалось, что после удаления двигательной области коры головного мозга выпрыскивание абсента вызывает клонические судороги на стороне, противоположной неповрежденному полушарию. Если же после удаления коры проходила одна неделя или больше, то выпрыскивание абсента давало клонические и тонические судороги на *обеих* сторонах тела. Если, наконец, удалялись обе стороны двигательной области, и проходила одна неделя или больше после операции, то введение абсента вызвало клонические и тонические судороги также на *обеих* сторонах тела.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Алфеевский. Ж. Невр. Корсакова, 1913. — 2) Бехтерев. Об. Псих, 1897. — 3) Bertrand et Rives. Revue neurol., 1924, № 2 — 4) Даркшевич. Врач, 1895. — 5) Дзержинский. Ж. Корсакова, 1910 и 1911. — 6) Он же. Псих. Газ., 1916, № 3. — 7) Кожевников. Мед. Об., 1894. — 8) Корнилов. Отчеты О ва Невроп. и Псих. в Москве за 1893 г. — 9) Küppers. Zeit. f. d. ges. Neurol., Bd. 86, H. 3. — 10) Lafora. Z. f. d. ges. Neur., Bd. 32, H. 1. — 11) Lafora u. Glueck. Ibid., Bd. 6, H. 1. — 12) Муратов. Клин. лекции, в. II и III. — 13) Muskens. Revue neurolog., 1925, p. 92. — 14) Осокин. Мед. Об., 1908. № 1. — 15) Омороков. Сиб. Мед. Журн., 1922. — 16) В. Первушин. Ж. Корсакова, 1902. — 17) Prus. Wien. klin. Woch., 1898, № 38. — 18) Prout a. Clark. Amer. Journ. of insanity, 59, № 2. — 19) Roger, Aymès et Piéri. Zentr. f. d. des. Neurol., B. 35, S. 257. — 20) Русецкий. Каз. Мед. Ж., 1925. — 21) Соколов. Ж. Корсакова, 1912, кн. 5 и 6. — 22) Spielmeier. Цит. по Vimmer'y. — 23) Vollard. Z. f. d. des. N., Bd. 7, S. 180. — 24) Хорошко. Ж. Корсакова, 1906. — 25) Он же. Сборник им. Россомо, 1925. — 26) Vimmer. Revue neur., 1925, t. I, p. 322; t. II, p. 281. — 27) Frank H. Pik a. Charles A. Elsberg. Amer. Journ. of phys., 1925, v. 72, № 2 (Цит. по Совр. Невроп., 1926. № 1).

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВ.

Рис. 1. Сагиттальный срез моторной зоны коры при чистой Jackson'овской эпилепсии: *a*—pia, *b*—кора. Окраска по Nissl'ю. Zeiss. Сомр.-ос. 4. Об. В.

Рис. 2. Сагиттальный срез моторной зоны коры при Кожевниковской эпилепсии. Окр. по Nissl'ю. Zeiss. Сомр.-ос. 4. Об. В.

Prof. A. Favorski (Kazan). Sur la pathogénie de l'épilepsie de Kojevnikov.

Pour éclaircir la question de pathogénie de l'épilepsie de Kojevnikov l'auteur avait examiné sept cas d'épilepsie de Jackson pure et neuf cas d'épilepsie de Kojevnikov. Dans tous les cas on a eu recours à l'intervention chirurgicale. Région motrice de l'écorce cérébrale et région souscorticale subjacente excisées ont été examinés au point de vue microscopique (méthode d'Alzheimer). Un cas était examiné après l'autopsie. L'auteur fait des conclusions suivantes: 1) Les altérations de la région corticale motrice dans l'épilepsie de Kojevnikov sont celles de méningo-encéphalite chronique ou achevée. La couche des cellules de Betz est peu altérée. 2) Ces altérations ne diffèrent point des altérations de la même région dans l'épilepsie jacksonienne. 3) On rencontre dans l'épilepsie de Kojevnikov des altérations bien prononcées du côté des ganglions souscorticaux. 4) L'épilepsie de Kojevnikov ne dépend pas exclusivement des altérations de la région corticale motrice. 5) Extirpation de la région corticale motrice dans des cas d'épilepsie de Kojevnikov n'abolit les accès épileptiques que pour quelque temps (de un à trois mois). 6) Pendant l'intervention chirurgicale est-elle suffisante une excision superficielle de l'endroit nécessaire de la région corticale motrice pour avoir abolition temporaire des accès épileptiques.

К вопросу об общественной борьбе с раком.

Проф. П. М. Красина (Казань).

Настоящее краткое сообщение вызвано, с одной стороны, желанием возбудить интерес к новейшим достижениям онкологии, с другой—стремлением проветрить вопрос о создании у нас в Татарской Республике организации по изучению раковой болезни и борьбе с нею.

Прежде всего я сделаю несколько кратких предварительных замечаний, касающихся тех сторон этой болезни, которые имеют важное социальное значение.

Выяснение этиологии рака и рациональное лечение последнего являются важнейшими проблемами, стоящими в центре внимания современного медицинского мира и настоятельно требующими разрешения. Во всех культурных странах существуют специальные институты для изучения рака, издаются особые журналы. Литература о раке поистине колоссальна. Однако причина рака пока еще неполно выяснена.

В минувшем 1925 году в американской и английской медицинской печати появились чрезвычайно важные сообщения об этиологии злокачественных опухолей Nuzum'a, Guy'a и Bagnard'a. Судя по данным «Нового Хир. Архива», № 33 1925 г., статьи эти очень сочувственно приняты не только медицинской прессой Америки, Англии, Франции и Германии, но и самим населением. Так, после появления в «Lancet» статей Guy'a и Bagnard'a в г. Лидсе состоялась публичная подписка, и было собрано 750.000 рублей на продолжение научных работ по изучению рака. Английский Раковый Комитет после упомянутых статей получил из фонда W. Dunn'a 2000 фунтов стерлингов ежегодно в течение 5 лет на специальные работы о генезе злокачественных опухолей.

Все вышеуказанное вполне понятно, если вспомнить, что рак—бич высокультурных стран и особенно сильно распространяется, как показывает статистика, в Англии и Соединенных Штатах. Статистика этих стран с очевидностью обнаруживает, что рак—спутник цивилизации и особенно свирепствует там, где население питается преимущественно мясной пищей, а также, особенно, овощами, растущими на полях, удобренных человеческими экскрементами.

В полярных и тропических странах, где население питается рыбой или растительной пищей, рак не встречается; однако при переселении жителей этих стран в цивилизованные, они заболевают раком. Замечено также, что японцы редко страдают кожным раком, так как ежедневно принимают горячие ванны. Интересно отметить еще, что домашние животные страдают раковой болезнью, тогда как дикие свободны от нее. Наконец, известен рак растений, вызываемый специальной бактерией (*bacillus tumefaciens*).

Таким образом, с точки зрения паразитарной теории рака, существуют носители этой болезни, и каждый раковый больной является контагиозным.

В настоящее время твердо установлено, что раковая болезнь неуклонно прогрессирует. Так, в штате Нью-Йорк за двухлетний период (1922 и 1923 гг.) смертность от рака возросла на 240 случаев. По Ipsen'u смертность от рака для города Вазеля за 50 лет возросла на 200%.

Проф. Ochsner в статье «Раковая Инфекция» (*Surgery*, 1925), представляющей из себя адрес на имя Президента Соединенных Штатов, обращается к правительству с заявлением о необходимости ассигнования средств на изучение рака человека, животных и растений.

В минувшем 1925 году, 18 февраля, Немецкий Центральный Раковый Комитет праздновал 25-летие своего существования, и проф. Blumenthal, видный специалист по изучению рака, подводя в юбилейной статье (*Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1925) итоги блестящей деятельности этого всемирно-известного учреж-

дения, связанного с такими именами, как Leyden, Orth, Hansemann, Meuser и др., заканчивает ее следующими словами:

«Миновало 25 лет деятельности Немецкого Ракового Комитета, омраченных в конце этого периода тяжелой войной с ее ужасными последствиями. Достигнуты частичные успехи, и причина рака по-прежнему неизвестна; однако создано учение об экспериментальном раке, изучен химизм раковой ткани, создано благотворное лечение рака X-лучами и радием, получены искусственные культуры раковых клеток и т. д. Тяжелые тучи нависли над Германией. Материальные лишения и недостаток средств не позволяют с прежней энергией заниматься изучением проблемы рака и конкурировать в научном мировом состязании с учеными других, более счастливых стран».

Слова эти оказались пророческими, так как в том же году американец N. J. Zimm и англичане G. уе и W. a g n a r d, повидимому, открыли возбудителей рака и саркомы. Таким образом позволительно думать, что онкология вступает в новую эпоху развития, возможны новые открытия и в деле лечения злокачественных опухолей.

Наша республика находится также в тяжелых материальных условиях, и однако, не так давно открылся в Ленинграде новый Институт для изучения рака, а 29 августа 1925 года в Москве состоялась Всесоюзная Конференция по борьбе с раком, с общими положениями которой необходимо познакомить широкий круг врачей.

Конференция была созвана Народным Комиссариатом Здравоохранения. Председательствовал на ней тов. З в о н и ц к и й. В порядке дня стояли следующие вопросы: 1) распространение и борьба с злокачественными опухолями; 2) организация статистики раковой болезни; 3) экспериментальные и клинические вопросы раковой проблемы; 4) задачи преподавания и пропаганды в борьбе с раком; 5) организация убежищ для неизлечимых раковых больных.

Общие заключения Конференции таковы:

Наличие значительного количества раковых больных в Республике (100 смертных случаев на 100.000 жителей) и значение, которое имеет профилактика в лечении злокачественных опухолей, настоятельно требуют организации планомерной борьбы с раковой болезнью в Союзе и систематического изучения последней.

Научная разработка раковой проблемы сосредоточивается в институтах для изучения рака.

По всей территории Советского Союза организуются, особенно в крупных промышленных центрах, так называемые «раковые пункты», приуроченные к больницам, где уже имеются лаборатории, рентгеновские кабинеты и хирургические отделения.

Вся деятельность таких пунктов объединяется в местных Наркомздравах.

Вводится регистрация раковых заболеваний и учет смертности.

Деятельность «раковых пунктов» преследует задачи правильной профилактики, ранней диагностики, своевременной терапии и сводится к лечебно-профилактической помощи раковым больным и подозрительным на заболевание субъектам, в разработке материала всего округа, в предупредительных мерах лечения рабочих тех отраслей производства, которые особенно предрасполагают к раку. Далее необходима культурно-просветительная миссия (обучение медперсонала, лекции и плакаты для населения).

Кроме того в учебный план медицинских факультетов вводится преподавание тех глав онкологии, которые имеют социально-патологическое значение.

Заканчивая свое сообщение, я считаю необходимым напомнить, что вопросами, тесно связанными с раковой проблемой, занимался в Казанском Университете целый ряд лиц. Так, проф. Н. Ф. В ы с о ц к и й посвятил свою диссертацию раку нижней губы; проф. И. Г. С а в ч е н к о предметом своей диссертации избрал вопрос о внутриклеточных паразитах рака; профессора В. И. Р а з у м о в с к и й, И. А. П р а к с и н и В. Л. Б о г о л о б о в выпустили ряд работ о злокачественных опухолях клинического характера. Гинекологи, проф. В. С. Г р у з д е в и его ученики проф. А. И. Т и м о ф е е в и д-р В. В. Д ь я к о в о в, особенно много занимались и занимаются вопросом о раке матки, и в Казанской Гинекологической клинике, кроме оперативного лечения, широко применяется лечение рака матки радием.

В г. Казани, по инициативе покойного д-ра В. Г. К у п и д о н о в а и проф. В. С. Г р у з д е в а, существовало убежище для неизлечимых раковых больных, которое в настоящее время закрыто.

Привлекая внимание товарищей к мысли о необходимости создания в Татарской республике общественной организации по борьбе с раком, я поднимаю, таким образом, для г. Казани вопрос неновый. Мне думается, что настал вновь благоприятный момент для возрождения указанной организации в более широком масштабе. Что, конечно, осуществимо только в том случае, если Татаркомздрав возьмет это дело в свои руки и привлечет к нему всех заинтересованных лиц.

К учению о конституционных аномалиях женского организма.

Об инфантилизме и астении в гинекологии и акушерстве.

(Вступительная лекция).

Проф. И. Ф. Козлова (Омск).

Установление в медицине понятия о конституции обычно связывается с именем Гипократа, различавшего хорошую и плохую, сильную и слабую, влажную и сухую, вялую и упругую конституции. Он указывал на врожденность конституциональных свойств и учитывал значение отдельных конституциональных особенностей как в происхождении болезней, так и в прогнозе и лечении их. Спустя около 500 лет гипократовские «кразы» и «дискразии» были приведены Галеном в стройное учение, почти без изменений господствовавшее до эпохи Ренессанса (XVII в.). С этой эпохи—эпохи начала изучения анатомии и физиологии человека—в понятие конституции Гипократа-Галена вносятся дополнения, поправки и изменения, вложившие, однако, мало реального, научно обоснованного в интуитивное понятие конституции создателя т. наз. гуморальной патологии. Поэтому-то с развитием успехов анатомии и физиологии, с периодом господства целлюлярной патологии и бактериологии, учение о конституции человеческого организма и связанном с ней предрасположении последнего к заболеваниям, казалось, было основательно погребено. Более того,—конституция, предрасположение стали считаться терминами, прикрывающими наше незнание. «La disposition est un rouage masqué pour l'ignorance», говорит Germain-Sée. Однако, такой взгляд на конституцию вскоре вновь стал пересматриваться, и в нашем веке, особенно в последние годы, разрешение вопроса о конституции со многих точек зрения стало приобретать все более и более важное значение. Недаром современные патологи и клиницисты, анатомы и физиологи концентрируют свои усилия над стремлением вложить в идею конституции реальное содержание, подвести под учение об ней научный фундамент. Это стремление становится вполне понятным, так как, помимо чисто-биологического интереса, связанного с изучением законов наследственности, взаимоотношений функций органов и тканей человеческого организма и т. д., изучение конституции представляет и громадное практическое значение как с точки зрения евгеники, так и для разрешения некоторых проблем патологии и терапии. Поэтому-то мне кажется уместным посвятить свою вступительную лекцию вопросу об инфантилизме и астении, как наиболее частых конституционных аномалиях у женщины, и их значении в гинекологии и акушерстве.

Прежде чем, однако, перейти к намеченной теме, я считаю себя обязанным, хотя-бы кратко, остановиться на понятии о конституции, типах ее и аномалиях. К сожалению, до сих пор нет общепризнанных принципов, которые были-бы положены в основу деления людей на определенные конституциональные типы, а потому нет и общепризнанного понятия о конституции.

По одним авторам (Bauer, Tandler, Hart, Kretschmer, Löhlein, Müller и др.) под понятие о конституции подходит сумма свойств и особенностей организма, которые уже в момент зачатия являются предопределенными свойствами наследственных особенностей копулирующих гамет, их генами, детерминантами. То по взглядам этих авторов конституция есть генотип, и, поскольку

она понимается в этом смысле, конституция есть нечто неизменное, не поддающееся раздражениям извне, действующим на соматическую сферу человека. «Конституция—это есть соматический фатум индивидуума», говорит Tandler.

По другим авторам (Martius, Krehl, Pfaundler, Kraus) и др.) конституция определяется не только свойствами, заложенными генотипически, но и свойствами паратипическими, возникающими в период внутри—и внеутробной жизни под влиянием различных условий, повлиявших на соматические клетки и вызвавших в них те или иные изменения. По взглядам этих авторов конституция есть фенотип; поэтому, поскольку в понятие о конституции, наряду с признаками генотипическими, неизменными, входят и признаки паратипические—приобретенные и, стало быть, изменяющиеся под влиянием внешней среды, она (конституция) есть величина переменная.

Из сопоставления вышеприведенных взглядов с безусловностью следует, что «все, что унаследовано, составляет конституцию человека» (Лифшиц); однако нет прямых доказательств и того, что все, что не унаследовано, не конституционально.

Так это или иначе, но вопрос об определении понятия о конституции при разрешении его с точки зрения генотипической, по нашему, является вопросом чисто-академическим, абстрактным, ибо наследственные признаки, являющиеся основой конституции, пока не могут быть всегда и точно определены. Поэтому нельзя не согласиться с Martius'ом, который говорит, что при определении конституции мы оперируем с понятием фиктивным, выдуманным, созданным на время, являющимся временной рабочей гипотезой (Маслов).

Иначе обстоит дело, если начать конкретизировать это понятие по существу, подходить к человеческому организму,—«оригиналу», по выражению проф. Николаева,—с точки зрения взаимоотношений его с внешней средой. В этом смысле под конституцией, по Rüssle, понимается состояние организма и его частей, складывающееся из врожденных и приобретенных элементов и проявляющееся в том, как именно данный организм или его части реагируют на раздражение окружающего его мира. Peritz говорит: «Дело идет о конституции, если под этим словом понимать врожденную, иногда же и приобретенную, постоянную способность организма сберечь себя в борьбе за существование, размножаться и увеличиваться». Определяя т. о. понятие конституции, этот автор имеет в виду нормальную конституцию.

Какие же основные элементы в человеческом организме представляют те отправные точки, взвешивая которые, можно судить о конституциональных его особенностях, проявляющихся в отклонении с внешним раздражением? Таких элементов или свойств организма имеется четыре группы: 1) морфологические, давшие возможность Вепеке, измерившему на ряде трупов величину артерий, сердца, легких, печени, селезенки, почек, а впоследствии длину кишечника, толщину сосудистых стенок, определить конституцию, как «общий результат отдельных анатомических аппаратов, действующих совместно, как части общей машины»; 2) физиологические (функциональные), выставляемые рядом авторов (Kraus и др.) в противовес морфологическим в силу отсутствия параллелизма между формой и функцией, ибо известны факты (achilia gastrica при отсутствии видимых патологических изменений в стенках желудка, выделение белка анатомически здоровыми почками при т. наз. ортоической альбуминурии и т. п.), говорящие против отождествления известных анатомических состояний органов с их функциональной способностью; 3) биохимические, протекающие из разницы реакции организмов, напр., на впрыскивания некоторых фармакологических веществ (атропина, адреналина и пр.), как это было установлено Erpinge'ом и Gess'ом,—из точно установленного влияния отдельных инкреторных желез не только на отдельные органы, но и на весь организм в целом, и т. д.; 4) эволютивно-инволютивные (Baue), выражающиеся в различии у отдельных личностей их способности к быстрому развитию и увяданию, разнице по времени выявления прирощенных конституциональных особенностей и т. п.

Разница принципов, положенных в основу определения конституциональных особенностей, вызвала у авторов попытки и различно классифицировать людей на определенные конституциональные типы. Так, Вепеке, на основании антропометрических измерений, выделяет два таких типа: первый тип—с относительно малым сердцем, узкими артериальными сосудами, большими легкими, малой печенью и коротким кишечником, второй тип—с относительно-большим сердцем,

широкими сосудами, малыми легкими, большой печенью и длинными кишками. К первому типу Beneke близко подходит астенический тип, выдвинутый Stillегоm, а также тип, который Viola обозначил, как *habitus microsplanchnicus* или *ptisicus*. Под второй тип Beneke подходит тип Viola, обозначившего его, как *habitus megalosplanchnicus* или *aroplectitus*. Sigaud и его школа делят людей на четыре типа: 1) дыхательный (*respiratoire*), характеризующийся особенным развитием грудной клетки и частей черепа, служащих для дыхания, 2) пищеварительный (*digestif*), характеризующийся пирамидальной формой лица, сильно развитой нижней челюстью, сильно развитым животом, короткой шеей, широкой, но короткой грудью, 3) мышечный (*musculaire*)—тип греческой красоты, атлетов и 4) мозговой (*cerebrale*), характеризующийся большим развитием черепной коробки, тонким лицом, живыми глазами,—тип интеллигента. Kretschmer дает три типа: пикника, атлетика и астеника. Tandler делит людей, сообразно тонусу их мускулатуры, на гипертонических и гипотонических.

Все указанные и им подобные классификации страдают общим недостатком, состоящим в том, что в основу их кладется какой-либо один признак, главным образом—морфологические особенности человеческого организма, а потому ни одна из них до сих пор не является общепризнанной.

Если так обстоит дело с попыткой группировать, типизировать нормальных людей, то не лучше обстоит оно и с стремлением типизировать а нормальные конституционные особенности или конституциональные аномалии.

Задача моей лекции, однако, не в том, чтобы изложить перед вами в систематическом виде учение о конституции вообще и конституциональных аномалиях в частности. Я касаюсь этих вопросов лишь постольку, поскольку это нужно для понимания затронутой мною темы. Здесь же я считаю себя обязанным отметить, что женский организм в своей функции, связанной с процессами деторождения, с функциональной своеобразностью его половых желез, накладывающей всем известный отпечаток на всю жизнь женщины, строго говоря, требует несколько иного подхода в определении его конституциональных свойств и особенностей, чем организм мужчины. И в самом деле, если бегло посмотреть на особенности физиологии женщины, то пред нами прежде всего встают особенности ее полового созревания. Проведя параллель в этом отношении между мужским и женским организмами, Aschner говорит, что, если половое созревание мужчины происходит путем эволюции, то у женщины это—революция. Pubertas женщины, видимым проявлением которой является менструация, накладывает сразу особый отпечаток как на морфологию, так и на психику женского организма, причем девочка, в этом периоде, в короткий промежуток времени превращается во взрослую женщину. Еще более изменений у женщины дает беременность, вызывающая гиперплазию одних органов, с повышением их функций, и функциональное угнетение других, существенным образом изменяющая обмен веществ и пр. Менструальные кровопотери в женской половой сфере, родовые и послеродовые кровотечения предвзывают особые требования к кроветворным органам женщины. Угасание деятельности яичников, создавая в той или иной степени климактерические расстройства, также существенно изменяет многие как морфологические, так и функциональные свойства женского организма.

Если в пределах нормального состояния указанных функций женщины представляют довольно большие различия, то станет понятным, насколько эти функции разнообразятся при конституциональных отклонениях от нормы.

Прежде всего остановлюсь на той конституциональной аномалии, которая известна под именем инфантилизма. Lasegue, впервые давший определение этой аномалии, под инфантилизмом понимал сумму физических и психических признаков, свойственных детскому возрасту у индивидуумов, которые пережили период полового созревания. Первое же описание инфантилизма принадлежит Logain'y, который инфантиликом считал взрослого субъекта с значительным уменьшением размеров всего тела при правильной пропорциональности его частей, как и взрослого, нормально сформированного,—с неразвитыми половым аппаратом и грудными железами, с функциональной недостаточностью последних в виде отсутствия регул у девиц или поллюций у мужчин. Таким субъектам, кроме того, свойственны и другие морфологические недостатки: отсутствие растительности на лице и лобке, узкая грудь, длинные, тонкие кости, нежная, без всякой отечности кожа, высокий голос. Наиболее полное определение инфантилизма, однако, дают Souques и Stephen Schauvet: «Инфантилизм—это соматический синдром, характеризующийся общей задержкой развития организма, наличием у субъектов,

перешедших возраст половой зрелости, характерных черт детского возраста, гипоплазией половых органов, отсутствием вторичных половых признаков, малым ростом, наличием эпифизарных хрящей, детским туловищем и тазом и пропорциональностью между отдельными частями». Психика у инфантилика задерживается в развитии и остается детской.

Только что приведенные определения касаются т. наз. общего инфантилизма. Если мы вспомним те признаки, которые клялись в основу при определении типов конституции, а именно, признаки: 1) морфологические, 2) функциональные, 3) биохимические и 4) эволютивно-инволютивные, то инфантилизм, как конституциональная аномалия, содержит именно последние; инфантилизм есть т. о. конституциональное отклонение в развитии в сторону задержки последнего.

Я не буду подробно касаться вопроса о патогенезе инфантилизма, но должен сказать, что причин такого недоразвития, повидимому, много, причем одни авторы (Mathes, Ferranini и др.) эту конституциональную аномалию понимают генотипически, другие (Aschner)—гл. обр. паратипически; в основе появления одних случаев инфантилизма (типа Logain'a) лежат дистрофические расстройства и гипоплазия сердечно-сосудистой системы, в других случаях (типа Brissaud)—где, наряду с малым ростом, характерной особенностью является обильное развитие подкожного жира,—изменения щитовидной железы, в третьих—изменения половых желез, гипопиза и др. желез внутренней секреции и пр.

Такое разнообразие причин инфантилизма делает понятным, почему эта конституциональная аномалия проявляется не только в виде типа Logain'a или типа Brissaud, но и в виде довольно разнообразных других клинических проявлений, касающихся как всего организма, так и отдельных его частей или органов. Отсюда становится понятным, почему различают не только общий инфантилизм, но и частичный, а в исчерпывающей классификации Anton'a каждый из этих последних, в свою очередь, делится на ряд видов и разновидностей.

Гинекологам - акушерам чаще всего практически приходится иметь дело с частичным инфантилизмом, хотя, как это ни странно, учение о конституциональных аномалиях вообще началось по почину именно гинекологов — Hegar'a и Freund'a, и именно с инфантилизма (Aschner).

Признаки инфантилизма в женской половой сфере, разнообразясь в отдельных случаях по степени их проявления, делятся на морфологические и функциональные. К первым относятся следующие: распределение волос на лобке и наружных половых органах бывает по мужскому типу, или растительность совсем отсутствует; промежность — корытообразна, с сагиттально расположенным тарпе, иногда очень низка; большие губы содержат малое количество жира и представляются уплощенными; малые губы развиты плохо, хотя иногда выстоят и сильно; клитор то мал, то велик (у интерсексуальных, по Mathes'y); как следствие узкой лонной дуги, вульва глубока, имеет вид воронки; влагалище в верхней его трети узко, так что едва позволяет развести введенные в него пальцы, *colonne vaginale* очень сильно развиты, влагалищные своды уплощены; матка мала, носит иногда следы удвоения, шейка по отношению к телу длинна, угол перегиба тела к шейке резко выражен и открыт обычно вперед (*anteflexio*), хотя иногда и назад (*retroflexio*), развитие соединительной ткани в матке часто превалирует над мышечной, отчего весь орган представляется более твердым, а шейка матки—ригидной, что, несомненно, может подметить всякий гинеколог при бужировании цервикального канала; слизистая оболочка матки нередко плохо развита; трубы тонки и извилисты, мерцательно-эпителиальный покров их представляет местами дефекты; яичники малы, хотя иногда, напр. при хлорозе, они велики, пронизаны многочисленными атретическими фолликулами и покрыты плотной *albuginea*; не предавая нормального опущения в эмбриональной стадии развития, они располагаются высоко; соединительная ткань тазовой клетчатки скудна; брюшинная складка переднего Douglas'ова кармана укорочена и чувствительна.

Описанному морфологическому строению половой сферы при инфантилизме соответствует ряд функциональных отклонений от нормы. Среди этих отклонений отметим прежде всего уклонения со стороны функций менструальной и родовой. Давно установлено, что *meneses* у женщин с инфантильной половой сферой или совсем не наступают, или резко запаздывают, цикличность менструаций устанавливается несразу, причем после первых *meneses* вторые приходят спустя много месяцев; протекают они или в виде *орзоменоррhoe*, т. е. с регулярными или нерегулярными многонедельными, даже многомесячными промежутками, или в виде

oligomenorrhoe, т. е. со скудными менструальными выделениями, происходящими через правильные 3—4-недельные промежутки. Далее, давно установлен факт, что menses у таких женщин сопровождаются нередко весьма сильными болями (dysmenorrhoe), наступающими перед или во время регул. Если у женщин с недоразвитой половой сферой менструальная функция отсутствует или, что чаще, — menses бывают и сильнее нормы, напр., при хлорозе. В отношении родовой функции также известен клинически установленный факт, что инфантилки бывают зачастую совершенно неспособны к зачатию, или, если у них и происходит последнее, то первая гесп. первые беременности у них прерываются раньше нормального срока. В случаях доношенной беременности родовая деятельность их оказывается несостоятельной, — роды часто бывают осложнены первичной слабостью маточных сокращений.

Как уже было указано, у инфантильных женщин в строении полового аппарата с одной стороны и в архитектонике всего организма — с другой имеется обычно целый ряд изменений, причем одними из них, — как, напр., железистодистрофическими по Stauffenberg'u, различавшему инфантилизм тиреоидный, половой и гипофизарный, — можно объяснить недостаточность в той или иной форме менструальной функции, а также бесплодие, другими, — как, напр., скудостью содержания в тазовой клетчатке соединительной ткани (Mathes), короткостью и тугостью ее волокон, — дисменорреею (как это делает Hirsch), третьими, — как, напр., относительной слабостью развития мышечного аппарата самой матки, — нарушением родовой деятельности, четвертыми, наконец, — как, напр., недостаточной сократительной способностью матки в силу уже указанной слабости маточной мускулатуры, неустойчивостью кровеносной системы, растройством деятельности инкреторного аппарата, как это бывает при хлорозе, — меноррагии.

Сообразуясь с указанными отклонениями в строении органов и тканей при инфантилизме, позволю себе остановиться также на вопросе о предрасположении инфантильных женщин к другим заболеваниям. Как известно, среди причин, предрасполагающих к наступлению эктопической беременности, многими авторами выставляются недочеты в половой сфере, базирующиеся на порочности развития как яйцеводов, так и матки. Так как как инфантилизму, как было указано, свойственны эти недостатки в виде удлинения и извилистости труб, дефектов их мерцательного эпителия, склонности к удвоениям матки, то, — поскольку инфантильная женщина способна к зачатию, — в такого рода недостатках некоторые (напр., Aschner) видят причину предрасположения инфантилок к эктопической беременности. Что касается изменений положения матки, то инфантилизму присуща обычно резкая, остроугольная антефлексия, нередко сопровождающаяся ретроверзией (хотя в некоторых случаях можно найти и ретрофлексию). Если отвергнуть, — как это, на основании своих исследований, делает Hirsch, — т. наз. механическую теорию происхождения дисменорроейных болей, этого обычного спутника указанных неправильностей в положении инфантильной матки, то отмеченные неправильности сами по себе некоторыми не считаются патологическими. Иное совершенно дело, если, наряду с ними, имеет место и опущение матки. Впрочем, так как птозы внутренних органов вообще и матки в частности свойственны более всего другой конституциональной аномалии — астении, признаки которой часто наблюдаются и при инфантилизме, то опущения матки при инфантилизме мы рассмотрим при разборе проявлений астенической конституции у женщины.

Далее, клиническими наблюдениями установлено, что половая сфера инфантильной женщины до некоторой степени представляет locus minoris resistentiae для внедрения различного рода возбудителей инфекции, и этим до некоторой степени можно объяснить тот факт, что воспалительные заболевания в половой сфере у таких женщин протекают особенно тяжело, и что, в частности, туберкулез половых органов в таких случаях, повидимому, встречается чаще, чем у нормальных женщин; так, из 8 случаев туберкулеза женской половой сферы, которые наблюдал Aschner, 6 принадлежали инфантильным индивидуумам.

Интересным является, далее, вопрос* о взаимоотношении между инфантилизмом и новообразованиями половой сферы, причем по крайней мере о двух новообразованиях, чаще всего развивающихся из матки, именно, миоме и раке, в литературе можно найти некоторые указания. Что касается первой, то на частоту находки миом у инфантильных, как и вообще стерильных замужних или незамужних женщин, указали Sellheim, Benthin и др. Если до сих пор в вопросе об этиологии новообразований медицинская наука вообще не имеет ничего, кроме

гипотез, то это в полной мере должно быть отнесено и к этиологии фибромиом матки у женщин вообще и инфантильных в частности; однако, пользуясь теорией Recklinghausen'a об эмбриональном происхождении этих опухолей, можно с известной долей вероятности предполагать, что конституциональные особенности при инфантилизме предрасполагают к заболеванию миомы матки. Чтобы не быть в данном случае голословным, позволю себе привести указание на то, что находили фибромиомы, развивающиеся из перегородки удвоенной матки; такой случай, напр., был оперирован проф. В. С. Груздевым и описан д-ром Чукаловым. Уже одно то обстоятельство, что инфантилизм, как выше было указано, связан с наклонностью к удвоениям матки, служит некоторым подтверждением высказанного предположения.

Совершенно иначе обстоит дело с предрасположением инфантильных женщин к раковым заболеваниям половой сферы: женщины эти заболевают раком (половой сферы вообще и матки в частности), как говорит Aschner, относительно редко. Казалось-бы, что в указанном факте нет ничего удивительного, ибо мы знаем, что из органов половой сферы женщины в громадном большинстве случаев раком поражается матка, наиболее травмирующаяся при родах, и что этому заболеванию подвержены преимущественно женщины многорожавшие; при инфантилизме же как раз родовая деятельность или совершенно отсутствует, или, как это приходится наблюдать клиницисту, бывает понижена количественно. Из этого факта можно было-бы, пожалуй, вывести заключение, что инфантильные женщины редко заболевают раком матки не потому, что они конституционально не предрасположены к этой болезни, а потому, что они относительно мало рожают. Так это или иначе, — этого вопроса я более подробно здесь касаться не буду, но подчеркнуть выставленный Aschner'ом факт относительной редкости заболевания раком при инфантилизме считаю себя обязанным.

Не буду здесь касаться и других заболеваний, часто наблюдающихся при инфантилизме, напр., заболеваний нервной системы, заболеваний желез внутренней секреции и пр., потому что это не входит в мою прямую задачу, а перейду к разбору другой, присущей преимущественно женщине, конституциональной аномалии — астении. Эта конституциональная аномалия впервые была выделена и более или менее точно охарактеризована Stiller'ом в 1907 г. под названием *asthenia universalis congenita, morbus asthenicus, die asthenische Konstitutionskrankheit*. По словопроизводству *asthenia* обозначает общую слабость и характеризуется, как конституциональная слабость, захватывающая более или менее все органы и ткани, при своеобразно выраженном *habitus'e*, с вялым течением физиологических процессов. Одни авторы (Mathes и др.) эту конституциональную аномалию считают приророжденной, наследственной, другие (Brugsch, Aschner, Kraus и т. д.) рассматривают ее и как приобретенную.

Как было указано выше, характерным признаком этой аномалии является слабость более или менее всех органов и тканей; однако эта слабость у астеничек количественно неодинакова, более того — у одного того же индивидуума, повидимому, не все органы являются одинаково ослабленными. Отсюда различие клинической картины астении, отсюда и разница в течении физиологических процессов при ней. Так, далеко не всем астеничкам присуща неправильность положения матки в виде *retroversio resp. retroflexio*; запоры, являющиеся столь частым клиническим симптомом астении, могут быть не только атоническими, но и спастическими и т. д. Это может быть объяснено неодинаковой слабостью тонуса компонентов вегетативной нервной системы, — в то время, как у одних астеничек преобладает тонус симпатической, у других — парасимпатической нервной системы; т. е. в одних случаях астенички вместе с тем будут симпатикотониками, в других — ваготониками. Частые находки у астеничек признаков гипоплазии дали основание Mathes'у выделить т. наз. астенический инфантилизм. Рассматривая дисменоррею, как проявление общей конституции, Hirsch среди астеничек, страдающих этим менструальным расстройством, в 30% случаев нашел, что причиной дисменорреи является спазмофилия, которая Escherich'ом, Peritz'ем и Steemann'ом рассматривается, как особый вид конституциональной аномалии, заключающийся в повышенной возбудимости нервной системы и предрасположении к частичным и общим судорогам и спазматическим состояниям. Т. о. астения, как конституциональная аномалия, может встретиться или изолированно, или в сочетании с другими конституциональными аномалиями, как инфантилизм, в виде общей или частичной гипоплазии органов и тканей, как ваго-симпатикотония и как спазмофилия.

Астении, как особому виду конституциональной недостаточности, присущи своеобразные проявления. Чтобы нарисовать пред Вами образ взрослой астенички, я позволю себе изобразить ее с фотографического снимка, имеющегося в статье Mathes'a «Die Konstitutionstypen des Weibes, insbesondere der intersexuellen Typus» из руководства Halban-Seitz'a. Там изображена 37-летняя, 3 раза рожавшая женщина, первый взгляд на которую дает впечатление общей слабости всего организма. Эта женщина кажется высокой, худой, с узко построенной организацией скелета, с отсутствием рельефа не только отдельных мышц, но и групп их. Профиль ее лица, с длинным, довольно сильно выступающим носом, высоким лбом, ясно очерченным подбородком и отсутствием признаков выстояния скуловых отростков верхних челюстей, дает мысленную картину узости ее лица en face. Шея у нее довольно длинная, руки тонкие, грудная клетка кажется сплюсненной спереди назад, лопатки при рассматривании в профиль выдаются над спиной, груди отвислые, живот выпячен в нижней его половине, ягодицы плоские и обвислые, ноги тонкие и кажутся длинными. Позвоночник имеет резко выраженный кифоз в грудной его части и глубокий, дугообразный лордоз в поясничной, ребра по отношению к вертикали ниспадают под острым углом.—меньше, чем на 45°. Состояние ее внутренностей, по описанию Mathes'a, таково: «Краниальные брюшные внутренние, обычно расположенные в области грудной клетки, там не находятся, они лежат глубже, ибо каудальные, которые лежат теперь в отвислом животе, уступили им свое место. Такие органы, как сердце и печень, длинный размер которых обычно лежит и поперечном направлении, ориентируются больше по вертикали; сердце малое («капельное» по Kraus'), печень куполообразна, желудок длинный». Чтобы дополнить признаки астении, следует еще указать, что астеничкам, как отметил Stiller,—хотя с этим и не все согласны (Martius).—свойственно подвижное 10-е ребро, таз у них наклонен незначительно, правая, а иногда и левая почка подвижны, тазовое дно и стенки влагалища у взрослой женщины выпячены, матка легко подвижна и смещается.

Этому морфологически ослабленному *habitus* у соответствует и функциональная слабость как всего организма, так и его отдельных органов и тканей. Так, астеничкам свойственна быстрая утомляемость, волевая энергия выражена у них недостаточно, сердечная деятельность неустойчива, дыхательный обмен, в силу недостаточного развития эластической ткани легких и недостаточной подвижности грудной клетки, понижен, деятельность желудка характеризуется его моторной и секреторной недостаточностью, со стороны кишечника весьма частое явление составляют запоры, почкам свойственна так наз. ортотическая альбуминурия, т. е. появление белка в дневных порциях мочи при стоячем положении и исчезновение его в ночной порции при лежании, нервная система, хотя и работоспособна, но находится в состоянии раздражительной слабости и пр.

Что касается частоты астении, то, по Маслову, она имеет место у детей всех возрастов в среднем в 9,3%, причем в грудном возрасте она определяется в 1%, в дошкольном—в 10%, а в школьном—в 31,6%. Эти данные говорят за то, что астения присуща всем возрастам, но особенно часто она проявляется в школьном (период полового созревания). Указывая на то обстоятельство, что главным признаком астении является энтероптоз и считая выражение «астения» понятием функциональным, а энтероптоз—понятием морфологическим, Aschner появление энтероптоза относит именно к периоду полового созревания, причем, по его мнению, этот возраст благоприятствует возникновению астенического *habitus*'a.

Астения присуща обоим полу, но женщины, повидимому, более к ней предрасположены. Так, по данным Котикова (по Маслову), у мальчиков школьного возраста она найдена в 25%, у девочек того же возраста—в 36%. По Aschner'у статистические данные разных авторов указывают на наличие астении у женщин в 30—70%.

В возникновении астении, повидимому, играет роль также и национальность. Так, по Stiller'у мадьяры менее предрасположены к ней, чем немцы, особенное же расположение проявляют евреи (Маслов).

Хотя выдвигавший астению, как конституциональную аномалию, Stiller вначале определял ее, как астеническую конституционную болезнь (die asthenische Konstitutionskrankheit), однако в современном понимании астеническая конституция не есть болезнь, хотя она и предрасполагает организм, построенный по этому типу, ко многим болезням, как общим, так и местным. В нашу задачу не входит болезненную склонность астенической конституции рассматривать во всем ее объеме; я коснусь ее лишь постольку, поскольку это рассмотрение имеет значение

для выяснения вопросов как физиологических отправлениях женской половой сферы, так и некоторых патологических ее функций.

Как уже было сказано, период полового созревания является возрастом, когда симптомы астении обнаруживаются довольно резко. Среди общих симптомов проявления астении в этом возрасте, как это подчеркивают Tandler и Mathes, особенно обращают на себя внимание симптомы нервной диспепсии; что же касается местных проявлений со стороны половой сферы, то они выражаются в сильных менструальных кровотечениях, которыми, по Aschne'гу, страдают астенически-нервные, чрезвычайно живые индивидуумы, одержимые большою частью диспепсией, атонией желудка и гиперемией тазовых органов.

Обильные менструальные кровотечения при астении свойственны не только периоду полового созревания, но, главным образом, периоду половой зрелости, причем *meneses* у женщин этого возраста проявляются то в виде меноррагий, то — метроррагий. Причин указанного расстройства довольно много. Главное место среди них, по видимому, принадлежит птозу брюшных органов, запорам и связанной с ними пелоре полостных гесп. тазовых органов. Однако, причину появления менструальных расстройств в сторону усиления регул можно видеть также и в слабости сократительной способности маточной мускулатуры, в обычно присущих астеничкам неправильностях положения матки (ретродевииции, опущения), а также в повышенной слабости и раздражимости вазомоторов (Mathes). Всего же вероятнее для объяснения указанного факта можно привлечь в каждом отдельном случае то или иное сочетание указанных причин.

Дисменоррея, как болезненное проявление менструальной функции, астеническим женщинам свойственна в довольно широких размерах. По Hirsch'у 85% болеющих дисменорреей составляют женщины астенического типа, 20% — никиники и 13% — специально диспастические типы, причем среди астеничек 20% составляют птотики, 60% — гипопласты, 50% — неврастенички, 30% — спазмофилички и 40% — интерсексуальные. Причина дисменоррейных болей у птотичек заключается, по объяснению Hirsch'a, в опущении внутренностей. У астеничек, у которых вместе с тем имеются признаки гипоплазии, этот автор объясняет боли тем, что неподвижная, неэластичная, воспалительно раздраженная соединительная ткань оказывает сопротивление серозному пропитыванию, сопровождающему менструальную гиперемию, благодаря чему чувствительные нервные окончания подвергаются болезненному сдавливанию и растяжению; к этому присоединяется рефлекторное возбуждение сокращений маточной мускулатуры, которые обуславливают схваткообразные боли.

Приведенная Mathes'ом, как пример астенической конституции, женщина в анамнезе указала, что она три раза родила в срок. Уже это одно обстоятельство достаточно ясно указывает, что способности к зачатию и донашиванию беременности до конца женщины этого типа не лишены. Однако это требует некоторой оговорки: известно, что неправильности положения матки, как ретрофлексия и *descensus uteri*, которые так часто имеют место при астенической конституции, могут в некоторых случаях являться причиной бесплодия, а так как, далее, астения нередко сочетается с другими конституциональными аномалиями, как инфантилизм, спазмофилия и пр., то можно уже *à priori* предполагать, что способность к деторождению при этом должна быть понижена. В отношении инфантилизма мы знаем, что эта конституциональная аномалия ведет или к полному бесплодию, или к прерыванию беременностей раньше срока, по крайней мере первой беременности. Само собой разумеется, что инфантилизм может действовать в указанном направлении на родовую деятельность и в том случае, когда у астенички имеет место лишь частичный инфантилизм, гесп. недоразвитие в той или иной степени половых органов и в частности матки. Спазмофилия, с часто наблюдаемым при ней вагинизмом, невращения и интерсексуальность с их изменчивостью и пониженностью полового чувства, — этого важного условия при воспроизведении, — могут быть также достаточными причинами для объяснения возможного понижения деторождения у астеничек.

В отношении родовой функции у астеничек должен быть отмечен один, указанный Aschne'гом факт, имеющий большое значение для самого процесса родов, это — относительно частое нахождение у них плоского таза. В этом отношении, конечно, не без значения остается также и мышечная слабость у астеничек как вообще, так и мускулатуры матки их в частности, которая может выразиться в первичной или вторичной слабости маточных потуг с одной стороны и в недостаточной деятельности брюшного пресса — с другой.

Указанная слабость маточной мускулатуры может также отразиться в последовом и послеродовом периодах, давая более сильную кровопотерю и плохую обратную инволюцию матки со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Основным признаком астении, как на это указывает *Aschnerg*, является спланхноптоз, который рассматривается им в качестве главного морфологического признака астенической конституции. «Опущение внутренностей, энтероптоз», — говорит *Matheson*, — есть только часть общего состояния слабости тканей, но энтероптоз впервые обратил на себя внимание врачей, почему это название и осталось. Однако здесь бывает опущено все: черты лица, грудная клетка, кровяная масса (*varices, haemorrhoides, hyperaemia genitalium*), тканевая жидкость (отеки на ногах), свод стопы (плоская стопа). Эти морфологические признаки астенической конституции нередко сопровождаются жалобами больных прежде всего на неправильности отправления желудочно-кишечного аппарата, — жалобами на изжогу, давление под ложечкой, отрыжку, волчий аппетит или мучительную жажду, постоянные запоры, или, значительно реже, — поносы. В связи с этим стоят жалобы на похудание, головные боли, боли в крестце и спине, легкую утомляемость и неспокойный сон, со стороны тазовых органов — жалобы на частые позывы к мочеиспусканиям, геморрой и расстройства *meneses*.

Собравшись с только что приведенными данными, интересно проследить связь между астенией и изменениями положения тазовых органов, в частности матки и влагалища. Оказывается, что эта связь несомненно существует. Так, *Jascke* на 490 пролапсов различной степени в 447 сл. нашел более или менее выраженные признаки аномальных конституций, а так как астеническая конституция, как мы видели, — явление довольно частое, то из приведенных цифр можно вывести обратное заключение, а именно, что из этих 447 случаев аномальных конституций значительный % представляют астенички. Среди 250 больных с девиациями матки *Kelling* наблюдал не менее, чем в 232 случаях, изменение положения и других брюшных внутренностей. Недаром изменения в положении матки и влагалища *Matheson* и *Stiller* относят к области астенического спланхноптоза.

Этим считаю возможным закончить свою лекцию на намеченную мною тему, не касаясь вопросов профилактики и терапии припадков разнообразных мной аномальных конституций, хотя в отношении вопроса о терапии я должен заметить, что вопрос этот заслуживает серьезного внимания со стороны врачей. Учение о конституции в современном освещении ставит задачу терапии в некоторых отношениях на новые пути. Так, напр., конституциональное понимание этиологии дисменструеи, взамен объяснения ее с точки зрения механической теории, выдвигает разнообразные терапевтические меры вместо широко применявшегося прежде расширения цервикального канала; ретродевиации матки конституционального происхождения наводят на мысль о неприменении в таких случаях оперативных методов лечения и т. д. Этим я не хочу сказать, что в настоящее время предложены какие-либо новые, совершенно особые методы лечения данных болезней, но в применении уже известных методов учение о конституциях вызывает необходимость строгой индивидуализации и именно с точки зрения подхода к больному, как к оригиналу.

Об охране младенчества в Западной Европе.

Завед. Детской клиникой Казанск. Государ. Института для усов. врачей
проф. Е. М. Лепского.

Осенью 1925 г. я получил возможность, благодаря содействию НКЗ и Гигиенической Секции Лиги Наций, посетить ряд западно-европейских учреждений для детей. Так как времени в моем распоряжении было сравнительно немного, — всего 2 месяца, — я решил ограничить свою задачу и ознакомиться только с учреждениями для детей раннего возраста, оставив в стороне учреждения для старших детей, вопросы школьной гигиены и пр. Благодаря письмам, которыми меня снабдила Гигиеническая Секция к соответствующим центральным организациям Англии,

Германии и Франции, именно, к Центральному Совету Охраны Материнства и Младенчества и в Министерство Здравоохранения в Лондоне, в Министерство Здравоохранения (Reichsgesundheitsamt) в Берлине и к Национальному Комитету по охране детства и Национальному Комитету по защите от тбс в Париже, я мог ознакомиться как с учреждениями, которые меня давно интересовали, так и с другими показательными учреждениями, какие мне были указаны названными организациями.

А н г л и я.

Развитию учреждений по охране младенчества в Англии много содействовали закон о регистрации рождений и закон об охране материнства и младенчества. Первый из них (Notification of Births Act), изданный в 1907 г., был в 1915 г. распространен на все поселения Англии. Согласно этому закону врач или акушерка, присутствовавшие при родах, обязаны в течение 36 часов известить местную санитарную организацию об имевших место родах. Так как родители также сообщают местным властям о рождении ребенка, то получается возможность взаимной проверки этих сведений, и создается очень точная статистика рождений. Статистические данные послужили основанием для разработки подробного плана деятельности. Со времени введения этого закона стали создаваться при самоуправлении комиссии по охране материнства и младенчества.

Наибольшее значение для развития дела охраны материнства и младенчества в Англии имел, однако, другой закон, Maternity and Child Welfare Act 1916 г. Согласно этому закону при каждом совете (Council), являющемся местным органом самоуправления, учреждается комитет по охране материнства и младенчества. Две трети членов этого комитета должны быть членами совета; не меньше двух членов должны быть женщины. Все мероприятия местной власти в области охраны материнства и младенчества осуществляются в согласии с этим комитетом.

Половина всех расходов, понесенных местными самоуправлениями на дело охраны материнства и младенчества, возмещается центральной властью. Частные общества, работающие по охране матери и ребенка, тоже могут получить пособие от центральной власти в размере 50% своих расходов, если они согласовывают свою работу с планом деятельности местных санитарных органов, соглашаются на надзор со стороны местной власти и представляют соответствующие отчеты о своей деятельности.

Вот какие расходы местных организаций возмещаются центральной властью в половинном размере: на организацию акушерской и врачебной помощи роженицам; на наем сестер-посетительниц (Health Visitors) по охране материнства и младенчества; на организацию учреждений, где беременные женщины, кормящие матери и дети в возрасте до 5 лет могут получить совет и лечение; на госпитальное лечение детей до 5 лет и женщин, страдающих заболеваниями, связанными с родами; на приюты для выздоравливающих женщин и детей; на питание детей до 5 лет, а также беременных и кормящих женщин; на ясли для детей до 5 лет; на убежища для овдовевших, брошенных или не имеющих мужа женщин и их малолетних детей; наконец, на экспериментальные исследования по вопросам, касающимся здоровья беременной или кормящей женщины и детей до 5 лет.

Благодаря учреждениям, возникшим на основе этих законов, нужды матери и малолетних детей обслуживаются очень разносторонне. Надо еще прибавить, что согласно страховому закону (National Health Insurance Act) 1911 г. при рождении ребенка мать получает пособие в размере 2 фунтов стерлингов, если она застрахована; если и отец ребенка застрахован, то он тоже получает пособие в том же размере.

Кроме упомянутых выше законов, следует упомянуть еще об известном Children Act 1908 года; согласно этому закону лица, берущие за плату чужих детей на воспитание, должны сообщать об этом местным властям; закон устанавливает также правила наблюдения за этими детьми и пр. В настоящее время в Англии имеется около 16000 детей, подходящих под действие этого закона.

За последние годы дело охраны материнства и младенчества в Англии быстро развилось, так что в настоящее время там нет ни одного поселения, где-бы не было какой-либо организации по охране материнства и младенчества. Общее количество учреждений в 1925 г. было следующее: 2122 пункта охраны младенчества (Infant Welfare Centres), из них 759 принадлежали частным обществам; через эти пункты проходит в год около 350.000 матерей с их детьми, что составляет

почти половину общей годовой цифры рождений. Количество сестер-посетительниц равно 3726; консультаций для беременных имеется 641, яслей—108, приютов для одиноких матерей—102. В 1924—25 бюджетном году правительством было выдано местным самоуправлениям и частным обществам 772.684 фунта стерлингов в виде 50%-ного возмещения расходов на охрану материнства и младенчества; следовательно, действительный расход на местах был вдвое больше.

Одним из важнейших органов в английской системе охраны материнства и младенчества является институт сестер-посетительниц (Health Visitors). Должности сестер-посетительниц установлены в таком количестве, что каждая из них обслуживает район, в котором имеется около 400 рождений в год. Они получают от местной санитарной организации адреса новорожденных, посещают матерей, дают им наставления по уходу за ребенком и приглашают в консультацию. Эти же сестры посещают и беременных, поскольку известны их адреса, с целью дать им гигиенические наставления и направить в консультацию для беременных. В случае рождения мертвого ребенка или смерти новорожденного они собирают справки об обстоятельствах, которые могли бы быть причиной смерти. Эти сестры работают и в таких районах, где нет центров охраны младенцев, о которых скажем позже. Там, где такие «центры» существуют, сестры-посетительницы помогают во время приема в консультацию и затем навещают мать на дому с целью выяснить, усвоила ли она советы, данные в консультации, или чтобы выяснить причину непосещения консультации и т. д.

Английские организации охраны материнства и младенчества стремятся использовать и волонтерствующих акушеров, побуждая их направлять своих пациентов в консультацию и доказывая, что это не вредит их личным интересам.

Наиболее распространенным в Англии типом учреждений охраны младенца является т. наз. «центр охраны младенчества» (Infant Welfare Centre); он представляет, большей частью, комбинированное учреждение, в котором имеются консультация для детей грудного возраста, консультация для детей дошкольного возраста, часто также консультация для беременных; многие из этих «центров» оказывают помощь и больным детям, страдающим незаразными и нетяжелыми заболеваниями; при 400 из них имеются зубо врачебные кабинеты для матерей и детей; некоторые имеют приспособления для лечения детей светом от рахита и других заболеваний. Если ребенок нуждается в таком лечении, которое ему в «центре» не может быть предоставлено, врач обязан направить мать туда, где ребенок может получить соответствующее лечение. Матери, посещающие «центр», могут покупать там по пониженной цене молоко или другие продукты питания, детское платье и т. п. Во многих случаях при «центре» организуется клуб для матерей, столовая, лекции по гигиене ребенка, по домоводству и т. п. При английских консультациях не устраивают молочных кухон, изготавливающих питательные смеси для детей с целью выдачи их матерям в готовом виде, так как это содействует уменьшению кормления грудью.

Помещения консультаций не всегда вполне соответствуют потребности, и это наблюдается не только в учреждениях, принадлежащих частным обществам, но и в муниципальных. Количество детей, посещающих «центр», часто бывает очень велико, так что врач лично осматривает только часть их, а остальных принимают сестры. Кроме сестер, в работе «центра» помогают и члены комитета, которым поручается только работа, не требующая специальных знаний. При некоторых «центрах» имеются 1—2 палаты для детей, нуждающихся в стационарном лечении; сюда принимаются вместе с матерями преимущественно дети, которые плохо развиваются вследствие недостатка молока у матери, вследствие неправильного питания и т. п. Цель этих учреждений—научить женщин правильно кормить ребенка и ухаживать за ним. Обстановка их и применяемые меры выбираются по возможности простые, для того, чтобы матери легче было потом у себя дома продолжать тот уход за ребенком, к которому ее приучили. Благодаря правильному питанию, применению воздуха, света, массажа и пр., здесь часто удается довольно быстро восстановить способность кормить ребенка даже у таких женщин, у которых уже в течение нескольких недель почти совершенно не было молока, как мы это наблюдали в Mothercraft Training Society и в North Islington Infant Welfare Centre.

Ни в вышеупомянутых учреждениях, ни в Infant Hospital, лучшей лондонской больнице для детей грудного возраста, не пользуются молоком кормилиц. Больные дети вскармливаются либо молоком матери, либо искусственно.

В английских «центрах охраны младенцев» дети остаются под наблюдением до 5-летнего возраста. После этого ребенок переходит в детский сад и в школу,

и вместе с ним переходит в школу санитарный лист, заключающий краткую историю развития ребенка, перечень перенесенных им болезней и т. п. Этим достигается непрерывность медицинского наблюдения.

Значительная часть частных обществ, имеющих целью заботу о детях, объединяется в Центральном Совете Охраны Детей; их управления объединены и территориально в Лондоне, в Carnegie House, 117 Piccadilly, где имеется также библиотека по вопросам охраны детства, постоянная выставка и пр.

В заключение надо сказать, что из трех посещенных нами стран Англия имеет наиболее развитую сеть учреждений по охране материнства и младенчества,—сеть, которая в значительной мере охватывает и сельское население. Соответственно этому и количество средств, которые тратятся английским государством на охрану материнства и младенчества, тоже сравнительно очень велико. Несомненно, что имеющаяся в Англии низкая цифра смертности на первом году жизни (7,50‰ в 1924 г.) отчасти достигнута благодаря существующей организации охраны детства.

Германия.

Экономические затруднения, которые испытывала Германия в течение последних лет, оказали свое влияние и на дело охраны детства. Необходимость соблюдать во всем строжайшую экономию побудила и в этом деле искать таких организационных форм, при которых была-бы по возможности устранена параллельная работа различных органов в одной области и сведено было-бы до минимума распыление средств.

«Государственный закон об охране детства» (Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt), вступивший в силу 1 апреля 1924 г., охватывает все мероприятия, имеющие целью охрану детей, как живущих в нормальных условиях, так и нуждающихся в особой защите: покинутых, сирот, внебрачных, воспитываемых в чужих людях или живущих хотя-бы и в родной семье, но в такой, которая почему-либо не в состоянии обеспечить детям надлежащее физическое, моральное и общественное воспитание. Органом, объединяющим работу по охране детей на местах, является приданный местным городским или районным самоуправлением «Детский Отдел» (Jugendamt); этот Отдел устанавливает опеку над внебрачными детьми, контролирует положение детей, находящихся на воспитании у чужих, устраивает, где нужно, различные учреждения для детей, как консультации, молочные кухни, ясли и т. п. Этим, однако, не устраняется частная инициатива; наоборот, «Детский Отдел» должен поощрять частные общества, помогать им и объединять их. Предусмотренное законом об охране детства учреждение главного «Детского Отдела» в каждой из союзных стран, входящих в состав Германии, и Центрального Отдела для всего государства, не осуществлено из-за недостатка средств.

Большое значение имеет в Германии помощь, оказываемая женщинам страховыми кассами. В случае родов застрахованная женщина и жена или другой член семьи застрахованного имеют право на следующие денежные пособия: 1) единовременное пособие в 25 марок, 2) пособие в размере 0,5 марки в день в течение 10 недель, 3) пособие на кормление в размере 0,25 марки в день в течение 12 недель, если данная женщина кормит ребенка грудью. Нуждающиеся женщины могут получать эти пособия, если они и не являются застрахованными или членами семьи застрахованного. Женщинам, работающим на фабриках, работа воспрещается в течение 8 недель, из которых около 2 недель приходится на время до родов и 6 недель—на время после родов.

В связи с возросшей нуждой среди населения, в Германии сильно увеличилось количество нуждающихся детей: около 2.300.000 детей пользуются в настоящее время общественной помощью. В одном Берлине было в начале 1925 года около 40.000 детей, находящихся под опекой. До войны около 9/10 всех детей, находящихся на содержании государства, воспитывались в частных семьях, и только 1/10 помещалась в приютах. Вследствие быстрого падения ценности марки, оплата далеко не возмещала расходов по содержанию детей, и число желающих брать детей на воспитание все уменьшалось, так что одно время отношение между количеством детей, воспитывавшихся в приютах и в частных семьях, было обратным тому, которое имелося раньше. К 1924 г., в связи с упрочившимся курсом марки, положение это улучшилось, и из 13.152 детей, воспитывавшихся в Берлине, 8242 находились на воспитании в частных семьях.

Учреждением, до некоторой степени объединяющим работу по охране материнства и младенчества во всей Германии, является находящийся в Берлине «Государственный Институт для борьбы с детской смертностью» (Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit). Институт этот располагает клиникой с отделениями для беременных, рожениц, кормящих, для детей грудного и старшего возраста, с хорошими лабораториями, где происходит разработка различных научных вопросов, имеющих отношение к охране материнства и младенчества. При Институте устраиваются курсы для врачей, готовятся сестры по охране материнства и младенчества, издаются различные руководства и учебные пособия. Организационный Отдел Института собирает, обрабатывает и публикует материалы по вопросам охраны материнства и младенчества, дает справки и советы различным организациям по устройству учреждений для детей и матерей и т. д. По данным этого Организационного Отдела за время с 1900 до 1924 г. в Германии было открыто 4837 консультаций для детей грудного возраста, 2727 консультаций для дошкольного возраста и 2158 консультаций для беременных; но за последние годы около 20% этих учреждений должны были закрыться из-за недостатка средств. Количество яслей, которое в 1914 г. равно было 443, возросло к 1918 году, в связи с увеличением числа женщин, занятых в промышленности, до 622, но теперь снизилось до 318. Приютов и других закрытых учреждений для детей имеется около 600.

Некоторые учреждения имеют сложное строение, с различными отделениями, так что могут предоставить матери и ребенку почти все виды помощи. Так, напр., находящийся в Берлине «Детский дом имени д-ра Неймана» (Neumann's Kinderhaus) включает консультацию для детей грудного и старшего возраста, поликлинику, небольшую больницу, приют для рожениц, молочную кухню, рентгеновский и светолечебный кабинеты, юридическую консультацию, школу для сестер, популярные курсы по гигиене матери и ребенка и проч.

Некоторые учреждения поражают простотой своего устройства. Так, напр., в отделении для грудных детей Городского Приюта для бездомных (Asyl für Obdachlose) в изоляционном помещении боксы устроены при помощи деревянных рам с натянутой на них марлей. Повсюду чрезвычайно мало персонала; так, напр., в Городском Сиротском Доме (Städtisches Waisenhaus), грудное отделение которого вмещает около 300 детей, одна сестра обслуживает 12—14 детей грудного возраста. Недостаток средств у германских учреждений сказывается и в том, что некоторые учреждения не имеют, как прежде, печатных отчетов, давно не обновляли своего оборудования и т. п. Несмотря на все это, благодаря целесообразной организации всей работы, высоко стоящей технике искусственного вскармливания и прекрасно подготовленному персоналу, в этих учреждениях наблюдается очень мало заболеваний среди детей и очень низкая смертность. В грудном отделении Приюта для бездомных смертность была в 1924—25 г. 5,3%. В Городском Сиротском Доме грудные дети дали в 1924 г. смертность в 7,6%, или в среднем 9,6 случаев смерти на каждые 10.000 дней пребывания в учреждениях. В то же время смертность грудных детей по всей стране была 10,8%.

На более детальном описании отдельных типов германских учреждений мы здесь не останавливаемся, так как по своему типу они близки к существующим у нас.

Франция.

Во Франции движение в пользу охраны детей зародилось раньше, чем в других странах, потому что низкие цифры рождаемости (в 1924 г.—19,2 на 1000 жителей) давно уже привели к тому, что прирост народонаселения страны все более замедляется. Еще в 1874 г. был издан во Франции закон, называемый по имени инициатора его законом Roussell'a, в котором имеются постановления об обязательном медицинском надзоре за детьми, находящимися на воспитании в чужой семье, о воспрещении женщинам поступать в кормилицы, если их собственный ребенок нуждается в кормлении грудью, и пр.

В настоящее время имеется ряд постановлений, имеющих целью облегчить положение нуждающейся матери и ее ребенка. Так, согласно законам 17 июня 1913 г. и 2-го декабря 1917 г., женщинам в течение нескольких (не более 4) недель до родов и в течение 4 недель после родов может выдаваться пособие в размере 1 ф. 50 с.—1 ф. 75 с. в день. Если нуждающаяся женщина кормит ребенка грудью, она, кроме того, имеет право на ежемесячное пособие в 15 фр. (закон

24 октября 1919 г.). В 1925 г. на основании этого закона получали пособие 285 тысяч женщин. При отсутствии материальной помощи со стороны отца ребенка, напр. в случае внебрачного ребенка, которого по французским законам отец не обязан поддерживать, мать имеет право на ежемесячное пособие в 50—70 фр. в течение первого года, в 30—50 фр.—на втором году и в 20—40 фр.—на третьем (закон 27 июня 1904 г.); если ребенок отдан на воспитание в чужую семью, это пособие уменьшается приблизительно на $\frac{1}{3}$. Во Франции существует также много частных благотворительных обществ и обществ взаимопомощи, которые также выдают пособия при родах, на кормление ребенка и т. п.

Круг лиц, имеющих право на указанную помощь, очень широк: формально каждая французская женщина имеет право на помощь, если она нуждается; но так как эта нужда должна быть официально удостоверена, то количество фактически получающих помощь значительно меньше числа действительно нуждающихся. Размеры оказываемой помощи также недостаточны, в особенности в последние годы, в связи с падением ценности франка. Поэтому многие женщины, живущие в городах, вынуждены отдавать своих детей на воспитание в чужую семью в деревню, или совсем бросать их. Так, за десятилетие с 1913 по 1922 г. в Парижский *Hospice des Enfants Assistés* поступило 31.258 детей, а количество детей, отданных на воспитание в чужие семьи, составляет в настоящее время около 50.000.

Дети, находящиеся на воспитании в чужой семье или в приюте, всегда давали во Франции очень высокие цифры смертности: были отдельные департаменты, где эта цифра доходила до 80%. Хотя в течение последних лет были приняты меры к улучшению положения, все же они и теперь еще (1924 г.) дают смертность в 21,2%, что в $2\frac{1}{2}$ раза превышает среднюю детскую смертность по всей стране (8,5%). Поэтому делаются различные попытки к дальнейшему улучшению надзора за этими детьми: устанавливают регулярные посещения их специальными сестрами, приближают пункты, куда дети отдаются на воспитание в частные семьи, к консультациям и приютам, где они могли бы в случае надобности немедленно получить совет и помощь врача. Вместе с тем улучшается постановка дела в приютах для детей грудного возраста, и в некоторых из них достигнуты прекрасные результаты, напр., в приюте *Ponponnière Boulogne-Sur-Seine*, где смертность детей доведена до ничтожных размеров (в 1924 г. меньше 2%). Но содержание таких учреждений обходится сравнительно дорого, и потому количество их далеко недостаточно по сравнению с имеющейся потребностью. Так, в 1924 г. в общество *L'Entre-Aide des Femmes Françaises*, которому принадлежит вышеупомянутый приют, поступило 1550 просьб о принятии детей, но могли быть приняты только 194.

Интересны те меры, которые принимаются во Франции для поощрения многодетных семейств. Отец семейства освобождается от военной службы в резерве тем раньше, чем больше у него детей: в возрасте 48 лет (вместо 50)—если у него 1 ребенок, в 46 лет—если у него 2 ребенка и т. д. Старшие сыновья из семейств, где имеется больше 5 живых детей, служат на военной службе только 12 месяцев вместо 18. Размеры налоговых ставок понижаются в зависимости от численности семьи, причем понижение может дойти до 75% при доходе, не превышающем 10.000 франков, и до 45% при доходе, превышающем эту сумму. При проезде по железным дорогам и на некоторых пароходных линиях членам многочисленных семейств делаются значительные скидки. Существует еще ряд других льгот, на которых мы не имеем возможности здесь останавливаться.

Большинство французских учреждений для детей находится в ведении частных обществ, которые получают субсидию от государства, если их деятельность признана общепользуемой. Национальный Комитет по Охране Детства, который в 1922 г. заменил учрежденную в 1902 г. Лигу для борьбы с детской смертностью, объединяет в настоящее время (1925 г.) 1468 организаций, заботящихся о раннем детском возрасте и получающих от государства годичную субвенцию, общая сумма которой составляет около 4 миллионов франков. Несмотря на усилия центральных организаций, как вышеупомянутый Комитет и Комитет по борьбе с туберкулезом, все еще не удалось объединить все частные общества, так что затруднительно привести точные данные об общих размерах деятельности и даже о количестве учреждений.

Распространение правильных сведений по гигиене и пропаганда кормления детей грудью производится, главным образом, через консультации для детей. Такие консультации появились впервые во Франции в 1890 г. и получили, благодаря

проф. P. Budin'y, очень широкое распространение. Кроме медицинского совета, нуждающиеся матери могут получать в консультации и некоторую материальную помощь в виде белья для ребенка, молока и т. п. Во многих консультациях значительная часть приходящих матерей принимается и отпускается работающими в консультации сестрами, врачу же показываются только те дети, которые плохо развиваются. Персонал консультации строго придерживается правила: давать матерям только гигиенические советы и воздерживаться от лечебных назначений, — чтобы не повредить практикующим врачам, как мне пояснил один врач консультации.

Количество консультаций, несмотря на их многочисленность, все, еще по-видимому, недостаточно, по крайней мере в Париже, где в дни работы их скопляется одновременно очень большое количество детей. Так как не во всех консультациях имеются специальные помещения для изоляции подозрительных и больных детей, а те, которые имеют их, не всегда ими пользуются, то при большом скоплении детей неизбежны взаимные заражения различными инфекционными заболеваниями. Несмотря на эти недочеты, консультации приносят огромную пользу населению.

«Школы гигиены детского возраста» (Écoles de Puericulture) распространяют сведения по гигиене ребенка более систематически, чем консультации; таковы, напр., существующая с 1891 года школа гигиены детского возраста в Поршфонтене и такая же школа парижского медик. фак-та, организованная в 1919 г. на средства американского Красного Креста. Эти учреждения устраивают лекции для матерей и готовят медицинский персонал для детских учреждений.

Многие общества имеют не один какой-либо тип учреждений, а устраивают сложные учреждения, соединяющие в себе различные виды помощи детям. Укажем, напр., на организацию «Toute l'Enfance en Plein Air». Она помещается на окраине Парижа в старом военном бараке и включает: консультацию для беременных, для грудных детей, для дошкольного возраста и для школьников, детский сад, школу на открытом воздухе, летнюю колонию, площадку для солнечных и воздушных ванн, библиотеку, хор, собрания для родителей, санитарную школу для детей и пр. Все это устроено чрезвычайно просто и в высшей степени целесообразно.

В то время, как одни учреждения, как, напр., детская больница, построенная на американские средства вблизи Реймса (American Memorial Hospital) обставлены очень богато (различные лифты, дорогая живопись на стенах, согреваемые электричеством вместилища для белья в палатах, каналы, по которым грязное белье удаляется из палат и т. п.), большинство других учреждений устроены очень скромно, — как учреждения только что упомянутого общества «Toute l'Enfance en Plein Air».

Одной из важнейших мер борьбы с детской смертностью и одним из лучших видов помощи многодетным семьям является, как известно, представление немущим слоям населения недорогих гигиеничных квартир. Благодаря любезности Управления Сети Северных железных дорог, я имел возможность посетить новый город-сад Tergnier, построенный для рабочих и служащих дороги, и познакомиться со строительной деятельностью Компании Северных дорог в разрушенном войной районе.

В течение 30 месяцев Компания успела построить жилища для 12.000 семейств с общим числом членов около 60.000. Веселого вида домики разнообразной архитектуры окружены небольшими садиками и сгруппированы в небольшие поселения; в центре каждого такого поселения располагаются общественные учреждения, как школа, театр, кооператив и проч. Здесь же помещаются обычно и учреждения для детей. Так, в городе Tergnier имеется консультация для детей грудного возраста с сестрой, посещающей детей на дому, родильный покой, приют для детей, детский сад, площадка для игр и т. п. Согласно данным, сообщенным главным инженером Компании Северных дорог, Da u t r y (статья «Une oeuvre sociale du Réseau du Nord» в журнале «L'Ingénieur-Constructeur» за 1923 год), детская смертность в этих городах много ниже смертности детей окружающего населения (напр., 4% в 1921 г. для одной группы поселений при смертности в 39% среди окружающего населения той же местности). В то же время рождаемость здесь выше. Эти цифры получены на сравнительно небольшом пока материале, но все же они представляют большой интерес. Подобные города-сады построены и в других местах разрушенного войной района. В посещенном нами городе-саде, который построен вблизи Реймса обществом «Le Foyer Reimois», имеется прекрасный «Дом Детства» (Maison de l'Enfance), представляющий соединение консультации для детей, молочной кухни, яслей и детского сада.

Весьма поучительна деятельность французских организаций, имеющих целью предупреждение развития тбс среди детей. «Oeuvre Granchet», возникшее в 1903 г. в Париже и имеющее теперь 32 отделения в провинции, помещает в здоровую сельскую обстановку угрожаемых тбс детей в возрасте от 3 до 10 лет из семейств, в которых имеется больной заразительной формой тбс. Из 2½ тысяч парижских детей, бывших на попечении Общества, которых наблюдал д-р A. G. Mand Delille за 17 лет, только 7 заболели тбс, из них только 2—смертельно. Так как большинство детей, живущих в тбс семьях, заражается уже в первые годы жизни, то с 1919 г. «Oeuvre Granchet» стало принимать и детей моложе 3 лет; по примеру А. Соед. Штатов, эти дети помещаются только в определенных пунктах, где они находятся под постоянным наблюдением сестры-посетительницы и еженедельно посещают консультацию.

Еще более интересны данные, полученные Обществом «Oeuvre de Glacement des Tout Petits», которое существует с 1920 года и заботится о профилактике тбс у детей самого раннего возраста. Перед отправкой в деревню в деревню в здоровую семью, под наблюдением сестер-посетительниц и врача, дети помещаются на некоторое время в специальном отделении Hôpital L. а e n e s s. Благодаря наличию такого отделения, благодаря связи с консультациями для беременных и с противотуберкулезными диспансерами, во многих случаях удается отделить детей от больного тбс члена семьи достаточно рано, т. е. до заражения ребенка.

Из 265 незараженных детей, которые были за 5 лет взяты от больных родителей и отправлены в деревню, ни один не заболел тбс; по своему весу эти дети только в течение первых месяцев немного отставали от нормы, что можно объяснить искусственным вскармливанием. Из детей, уже зараженных тбс, отправляются в частные семьи лишь те, у которых на основании клинического исследования и данных о длительности контакта с больными, о времени появления положительной реакции на туберкулин и проч. можно поставить благоприятный прогноз. Из числа 171 таких детей заболело тбс 17, из которых умерло 13, что составляет 7,6 %. В то же время среди детей, остающихся в контакте с больными, смертность выше 80 %.

Эти исследования, произведенные L. B e r n a r d 'o m, R. D e b r é t и их сотрудниками, имеют не только практическое, но и большое научное значение: они подтверждают правильность той точки зрения, что врожденный тбс встречается очень редко и имеет мало практического значения, и показывают, что для успешной борьбы с распространением тбс необходимо прежде всего предохранять детей от заражения.

При сравнении между собой организаций по охране детей в разных странах обращает на себя внимание широта охвата и стройность организации в Англии, к которой приближается в последнее время и германская организация, между тем как во Франции мы видим лишь слабые попытки объединения этой работы. Можно сказать, что большая или меньшая организованность работы идет параллельно с большим или меньшим участием государственной власти в охране детей.

Полная свобода частной инициативы в деле охраны детей создала во Франции большое разнообразие форм учреждений, между которыми есть немало очень оригинальных и интересных. Но это преимущество вряд-ли окупается недостатками, проистекающими из разрозненности работы. Осматривая учреждения в упомянутом выше французском городе-саде T e r g n i e r, где в одном и том же здании медицинскую помощь железнодорожным служащим оказывает одна организация, членов их семьи принимает другая организация, туберкулезным диспансером ведает третья, венерологическим—четвертая, а помещающиеся по близости детские учреждения находятся в ведении опять других организаций, причем каждая имеет, конечно, отдельный персонал, отдельную отчетность и пр., я думал о нашей единой Советской медицине и ее организационных преимуществах.

Большое достоинство широкого развития частной инициативы заключается, однако, в том, что при этом легче привлечь к делу общественной помощи частные силы и средства. Очевидно, наиболее правильной организационной формой будет соединение широкой частной инициативы с направляющей помощью и контролем со стороны государства.

В Западной Европе количество открытых учреждений (как консультации, площадки и т. п.) в гораздо большей мере, чем у нас, преобладает над количеством закрытых (приюты разного рода) и полузакрытых (ясли и т. п.). Это объясня-

ется не только отрицательными сторонами закрытых и полузакрытых учреждений. Былые ужасы госпитализма давно уже преодолены большинством европейских учреждений; как показывают приведенные нами выше данные, смертность детей в некоторых закрытых учреждениях даже много ниже, чем среди детей, живущих в семье. Причина малого количества яслей и т. п. лежит, помимо соображений финансовых (закрытые учреждения обходятся много дороже), еще и в том, что общество и государство считают нежелательным создание учреждений, которые отчасти заменяют семью, а стремятся помочь самой семье и тем ее укрепить.

В заключение считаю своим приятным долгом упомянуть с благодарностью многочисленных врачей, с которыми мне приходилось встречаться при осмотре учреждений, и которые своим отношением ко мне показали, что, несмотря на долгие годы отчуждения, иностранные врачи попрежнему относятся к русским врачам, как к товарищам.

Рефераты.

а) *Анатомия и гистология.*

201. К *технике изучения лимфатической системы*. Magnus (Handb. d. Biol. Arbeitsmethoden, 1923, Abt. V, Bd. 2) пользуется для этой цели водным раствором перекиси водорода. Свободный кислород, выделяющийся при контакте раствора с заключающейся в лимфатических сосудах каталазой, наполняет эти сосуды и лимфатические пространства. При этом, в зависимости от особенностей строения тканей, их лимфатическая система может быть наполнена тремя путями: 1) лимфатическая система серозных оболочек наполняется через открытые stomata (нанесением капли раствора на поверхность оболочки); 2) через проницаемые мембраны (толстые кишки) наполнение кислородом лимфатической системы осуществляется путем диффузии; 3) при наличии непроницаемых мембран применяется инъекция раствора H_2O_2 в толщу тканей. Пользуясь методом Magnus'a, Veу обнаружил лимфатические сосуды в хорионе. *А. Сызганов.*

202. *Иннервация диафрагмы*. На основании исследований, произведенных на собаках, А. А. Троицкая (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1926, № 16) нашла, что ни один из 6 нижних межреберных нервов у собак не дает, повидимому, двигательных ветвей к диафрагме, мышцы которой снабжаются двигательными нервами исключительно от п. phrenicus; поэтому порезка п. phrenici влечет за собою полный паралич и атрофию диафрагмальной мышцы на соответствующей стороне (паралич этот у собак не является смертельным). *В. С.*

203. *Нервы легких с хирургической точки зрения* исследовал на 18 детских и 6 взрослых трупах Тафт (В. Хир., 1926, кн. 17—18) и пришел к следующим выводам: 1) На передней поверхности корня обоих легких имеются нервные стволы, снабжающие своими ветвями и сердце, и легкие. 2) Эта анатомическая особенность в распределении нервов, быть может, объяснит случаи внезапной смерти от паралича сердца при операции на легких, в особенности при их вытягивании из полости плевры. 3) Анатомические различия между правым и левым сердечно-легочным нервом позволяют думать, что такая опасность справа больше, нежели слева. 4) При вытягивании легкого рационально блокировать нервы путем анестезии корня легкого. 5) Наибольшее количество нервов идет по задней поверхности корня легкого, где нервы располагаются параллельно длинной оси главного бронха. 6) При операциях на главных бронхах разрезы последних должны проводиться параллельно ходу нервов. 7) Внутри легкого нервы идут только по ходу бронхов и сосудов. 8) Наиболее рациональными разрезами легкого являются спирально-радиальные (идущие сзади и сверху книзу и кпереди, в направлении к hilus'u), позволяющие избежать повреждения сосудов и бронхов, а, следовательно, и нервов. *М. Фридланд.*

204. *Прижизненная окраска клеток мозговых вегетативных центров*. В. Рахманов (Журн. Невроп. и Псих., 1925, № 3—4) предлагает для изучения вегетативных центров у мышей выписывать им 1% раствор Тгупанблау в количестве 1 куб. с. еженедельно втечении 6—8 недель. Мозг фиксируется в 10%

формалине, замороженные срезы окрашиваются квасцовым кармином или коменилью. В плазме и ядрах клеток при этом выступают темносиние пылевидные зернышки—избирательно для клеток вегетативной нервной системы. Г. П.

б) Эндокринология.

205. *Тельца Вокса*. В выжатом соке эндокринных желез Вокс обнаружил присутствие анизотропных веществ в виде шаровидных двоякопреломляющих телец, которые видны в затемненном поле зрения поляризационного микроскопа и которые обладают специфической способностью отклонения света: сок щитовидной железы, напр., содержит тельца с вращением 15° , мозговой придаток—тельца с вращением 22° и т. д. Тельца эти могут быть обнаружены и в крови, причем в норме их здесь очень мало, при нарушениях же функций эндокринных желез они появляются в крови в большем количестве. При этом, если та или другая железа находится в состоянии гиперфункции,—в крови появляются не ее тельца, а тельца ее антагониста. По мнению Peritz'a (Med. Kl., 1925, № 36; по реф. Вест. Эндокр., 1925, № 4) тельца эти суть липоиды, специфические для данной эндокринной железы.

Р.

206. *Эндокринные железы и зубы*. Вершман в интересном докладе, сделанном Нью-Йоркской Восточной Ассоциации ученых, указывает на тесную связь между эндокринными железами и свойствами зубов. В зависимости оттого, какая из этих желез доминирует у данного субъекта, он различает зобный, тиреоидный, гипофизарный, адrenaльный и пубертатный типы людей, причем каждому из этих типов свойственны известные особенности зубов. У людей зобного типа зубы молочно-белого цвета, малой плотности, прозрачны, слабо резистентны по отношению к внешним воздействиям и процессу гниения. Субъекты тиреоидного типа обладают зубами желтовато-белого цвета и уже большей плотности, которые представляют высшую степень кальцификации. Еще более высокой степени кальцификации достигают зубы у людей гипофизарного типа; у них зубы—светло-желтого цвета с тенденцией к неправильному расположению и образованию промежутков между ними. Самой высшей степени кальцификации достигают, однако, зубы у людей адrenaльного типа; они желтого цвета, обладают большой плотностью и резистентностью ко всякого рода воздействиям, как механического, так и химического характера. Влияют эндокринные железы и на величину зубов; так, гипофизарный тип дает зубы или слишком мелкие, или слишком крупные. Половые железы влияют на латеральные резцы, клыки же развиты у субъектов с хорошо функционирующими надпочечниками; напротив, у субъектов со слабо развитыми надпочечными железами они слабо выражены и формой напоминают резцы. Особый интерес представляет связь между эндокринными железами и прорезыванием зубов: на прорезывание молочных зубов, по В., решающее влияние оказывает щитовидная железа, выпадение же молочных зубов и замену их постоянными автор объясняет действием шишковидной железы, именно, ослаблением ее функций. Наконец, не без влияния остаются эндокринные железы и на развитие челюстей и формуацию небного свода.

Н. Лясник.

207. *К учению о гормонах гипофиза*. W. Lampe (Wiener kl. Woch., 1926, № 1) приготовил из задней доли человеческого гипофиза, путем экстрагирования ацетоном, сухой препарат, который по своему действию на кровяное давление, диурез и маточную мышцу оказался аналогичным гипофизарной вытяжке, добываемой из pars posterior hypophysis животных.

В. С.

208. *Опыты с удалением гипофиза*, произведенные С. Х. Архангельским (Мед.-Биол. Ж., вып. 4) показали, что как полное удаление гипофиза, так и перерезка его корешка и удаление лишь передней доли—не являются смертельными операциями: животные без гипофиза могут жить год и более. При этом, если удаление гипофиза производится в раннем возрасте животных (до 2 мес.), то оно ведет за собою отставание в росте и половом развитии; далее, оно вызывает стойкую гипотермию (на $1-1.5^\circ$); повышает ассимиляцию углеводов, вызывает ожирение с характерной локализацией в области почек и таза, увеличивает содержание эозинофилов в крови, обуславливает жировую инфильтрацию печени и такие изменения в щитовидной железе и коре надпочечников, которые указывают на усиленную деятельность этих органов. Напротив, полиурия после удаления гипофиза вовсе не является обязательной.

В. С.

209. *Внутренняя секреция яичников.* На основании опытов с парабиезом у крыс N. Goto (Arch. f. G., Bd. 123) установил, что в крови кастрированного животного циркулирует особый «кастрогормон», никогда не встречающийся у нормального животного. Этот «кастрогормон» в яичниках некастрированного партнера вызывает ряд изменений гипертрофического характера со стороны фолликулов и желтых тел. Вторично под влиянием гиперфункции яичника происходит гипертрофия матки с резким разрастанием ее слизистой оболочки. При парабиезе кастрата с нормальным самцом у этого последнего наблюдается гипертрофия семенных пузырьков и простаты. При парабиезе нормальной самки с полукастрированным самцом наблюдаются атрофия и паренхиматозная дегенерация обоих половых желез—яичка и яичника. Это последнее наблюдение крайне интересно, так как может указывать на антагонизм действия обоих половых желез, как это и думает Matsuyama (Frankf. Zeitschr. f. Pathol., 25, H. 1—3).

А. Тимофеев.

210. *Экспериментальные исследования над функцией и гормонами яичника* произвели Zondek, Bernhard и Aschheim (Klin. Woch., № 29, 1925). До сих пор исследования над специфическим гормоном яичника затруднялись из-за отсутствия объекта, на котором удобно было бы изучать его действие. Работами Stockard, Allen'a и др. было показано, что таким объектом может служить влагалищный секрет мыши, определенно меняющий свой состав под влиянием функции яичника. Авторы воспользовались этим методом для изучения гормонов человеческого яичника, небольшие кусочки которого они вшивали в мускулатуру бедра кастрированной мыши. Оказалось, что человеческий яичник выделяет гормоны, под влиянием которых влагалищный секрет мыши принимает такой вид, который характеризует его в период течки и никогда не наблюдается у кастрированного животного. Небольшие фолликулы не вызывают такого действия. Наоборот, оно выражено, если имплантируется стенка зрелого фолликула или субстанция желтого тела, а также под влиянием вырывания фолликулярной жидкости. Носителями гормона по преимуществу являются клетки фолликулярного эпителия. Во время беременности до 3-го месяца происходит усиленное образование гормона. Липиды яичника, вероятно, являются лишь растворителями гормона. Надпочечник содержит те же липиды, но они действием яичникового гормона не обладают.

А. Тимофеев.

211. *Женский половой гормон*, от которого зависят наступление половой зрелости, периодичность полового цикла и персистенция желтого тела при беременности, по опытам Frank'a, Robert'a и Gustavson'a (Jour. of Amer. Med. Assoc., vol. 84, № 23, 1925) содержится в жидкости фолликула и в продуктах внутренней секреции желтого тела и плаценты. Эти образования—фолликул, желтое тело и плацента—авторы обозначают общим названием glandulae gestationis. Введение фолликулярной жидкости зрелого животного молодым кроликам вызывает у них преждевременно признаки зрелости. Таким же образом действуют липоидные составные части желтого тела и плаценты. В особенности это влияние заметно на переживающей матке кастрированного животного. Другие эндокринные железы подобного эффекта не дают. Эффект сказывается и на трансплантированной матке. Сила действия гормона велика,—иногда оно заметно уже при дозе 2,25 мгр.

А. Тимофеев.

212. *Присутствие полового гормона в крови* Frank и его сотрудники (Jour. of Amer. Med. Assoc., 1925, № 7) пытались доказать, извлекая этот гормон из крови животных во время течки. Алкогольные и бензиновые экстракты крови свиньи, находившейся в периоде течки, вводились крысам, которые до этого были кастрированы, и изучалось влияние экстракта на характер влагалищных выделений. Результаты оказались положительными. Наоборот, введение экстрактов крови свиньи не в периоде течки, а также экстрактов крови быка никакого действия на тех же крыс не оказало. Гормон в крови содержится в небольших количествах, и для получения 75 мгр. экстракта требуется не менее 300 куб. с. крови.

А. Тимофеев.

213. *Химическую природу полового гормона* изучил Gustavson (Jour. of Am. Med. Ass., 1925) который считает его специфической субстанцией, растворимой в липоидах. Вещество это обладает большой устойчивостью по отношению к высокой температуре. Оно не содержит ни азота, ни фосфора. На свету оно окисляется и теряет свое действие. Это—не эфир и не жирная кислота. Не дает оно реакции и на холестерин и не содержит группы CO.

А. Т.

в) *Общая патология и терапия.*

214. *Равновесие Донпана*. Проф. R. Lise gang (Pharm. Centr., 1926, 150) обращает внимание терапевтов на этот феномен осмоса, играющий большую роль в биохимии. Прежняя теория осмоса оказалась недостаточно полной. Если клетки содержат белки и другие коллоидные тела, не проникающие через оболочку, то осмотическое давление не выравнивается, что прежде объяснялось несовершенством постановки опыта. Если разделить соляной раствор перегородкой и в одной половине прибавить белка или желатины, то часть соли из этой половины будет переходить в бесколлоидную половину, и наступит новое, т. наз. Донпанаовское равновесие. Это явление наблюдается и для неколлоидных ионов, раз последние не в состоянии проникнуть через перепонку, или, в случае жидкой перепонки, в ней не растворяются. Напр., можно заставить войти в корневые клетки растений ионы фосфорной кислоты, если к питательному раствору прибавить коллоидальную кремневую кислоту. Применение этого принципа в терапии заслуживает особого внимания.

К. Бенинг.

215. *К этиологии рака*. Schumacher'y (по реф. в Pharm. Centr., 1926, 139) удалось при помощи новых методов окраски сделать видимыми паразитов в раковой ткани. Предварительные его работы, а также работы Warburg'a и Erdmann'a указали определенно, что в этиологии рака играют роль липопротиды. Автору удалось сперва особыми методами получить негативное изображение паразитов, т. е. на фоне окрашенной ткани получались не окрашенные возбудители; затем по новому способу блокировки липоидов S. удалось окрасить возбудителей в синий цвет (Victoria blau) при красной окраске самой ткани. Возбудители относятся к растительным паразитам, т. к. обладают оболочкой и имеют s-образный изгиб. Они встречаются в обильном числе на границе между здоровой и раковой тканью.

К. Бенинг.

216. *Лечение злокачественных новообразований*. В заседании Общества Берлинских Терапевтов проф. C. Lewin (по отч. Вр. Об., 1926, № 2) сообщил о 3 случаях злокачественных новообразований (рецидив рака прямой кишки, рак гортани и рецидив саркомы глаза), где он достиг полного излечения, применяя т. наз. introzid—соединение пода и церия.

В. С.

217. *Уменьшает ли кровопускание количество циркулирующих в крови при почечной недостаточности ядовитых веществ?* По E. Becher'y (Münch. med. W., 1926, № 12) как экспериментальные исследования, так и клинические наблюдения дают на этот вопрос отрицательный ответ: при недостаточности почек и настоящей уремии количество промежуточных продуктов расщепления белков и продуктов кишечного гниения в крови больных после кровопусканий не уменьшается.

В. С.

г) *Бактериология, инфекционные болезни и иммунитет.*

218. *Строение бактерий*. Основываясь на данных новейших исследований, M. Gutstein (Врач. Об., 1926, № 2) находит, что каждая бактериальная клеточка построена след. обр.: снаружи она окружена состоящей из белка и липоида оболочкой из 2 листков, внутри находится тело бактерии, состоящее из кислых белков (нуклеопротеидов), эндолипоида и основного белкового тела в виде стромы, причем в теле этом можно различать более объемистое зернышко (makrogranulum), представляющее собою, повидимому, ядро бактериальной клетки, и значительно меньшее mikrogranulum.

В. С.

219. *Новый метод выделения чистых культур*. Peterfi и Wámoscher (Zeit. für Hygiene, 1926, Bd. 106, H. 1), в целях получения чистых культур, производили тончайшие манипуляции с бактериями под контролем в Dunkelfeld: при помощи особой камеры из предметных стекол и микропипетки выделяли из смеси микробов любую бактериальную клетку и, перенося ее в другую такую же камеру с жидкой питательной средой, наблюдали в микроскоп процесс размножения микроба (Einzellkulturen). При помощи этого метода авторам удавалось также в целом ряде случаев инфицировать экспериментальных животных только одной клеткой пневмококка.

В. Попов.

220. *О лимфоцитарной и моноцитарной реакции крови при инфекциях*. Wichels (Münch. m. Woch., 1926, № 1) говорит об инфекционных заболева-

ниях, которые протекают с опуханием селезенки, лимфоцитозом и моноцитозом вместо полинуклеоза. Причина этого может лежать или в особенностях возбудителя, или в конституциональных особенностях больного организма. Для решения этого вопроса автор в 2 случаях подобного рода после выздоровления больных вводил им внутримышечно препарат серы и получил обычную реакцию: лейкоцитоз с относительным и абсолютным полинуклеозом, с неизмененными абсолютными цифрами лимфоцитов и моноцитов; отсюда следует, что лимфоцитарная и моноцитарная реакции на инфекцию обуславливаются особенностями возбудителя.

С. Ренников.

221. *К вопросу о вакцинотерапии.* Способы изготовления лечебных вакцин, как известно, весьма разнообразны, и терапевтический эффект их в известной степени зависит от выбора того или другого способа. Изучая сравнительное действие обычной менингококковой вакцины и вакцины, обработанной оптохином, при экспериментальной менингококковой инфекции у морских свинок, Миллер (Журн. Эксп. Биол. и Мед., 1926, № 5) наблюдал более сильное действие оптохиновой вакцины на процессы местного иммунитета по сравнению с действием обычной вакцины или одного раствора оптохина. Действие оптохиновой вакцины, по мнению автора, зависит от воздействия оптохина на местный ретикуло-эндотелиальный аппарат, а также от непосредственного его бактерицидного действия на менингококков.

В. Аристовский.

222. *К вопросу о вакцинации per os.* Как известно, вакцинации per os к холере и брюшному тифу должна предшествовать сенсibilизация кишечной стенки, для чего Безредко рекомендовал приемы внутрь желчи. При экспериментальном изучении этого вопроса на кроликах выяснилось, что желчь вызывает слишком тяжелые поражения кишечника. Отсюда явилось стремление найти другой, более нежный, чем желчь, сенсibilизатор. Ключин и Выгодчиков (Журн. Эксп. Биол. и Мед., 1926, № 4) рекомендуют, на основании своих экспериментов на кроликах, в качестве такого сенсibilизатора убитую культуру *B. Shiga-Gruse*. Такая сенсibilизация, не сопровождающаяся значительными изменениями в кишечнике, дает возможность получить иммунитет к холере и брюшному тифу при вакцинации животного соответствующими убитыми микробами. Наряду с иммунитетом к холере и тифу возникает иммунитет и к дизентерии.

В. Аристовский.

223. *К бактериологии брюшного тифа.* Найдя в воде, помимо обычной формы палочки *Eberth's*, еще ее невидимую, фильтрующуюся форму и заключив, что в воду она могла попасть из испражнений больных, Нандигу (С. r. Soc. de Biol., 1926, № 10) начал исследовать испражнения брюшнотифозных реконвалесцентов на наличие там фильтрующейся формы и действительно нашел в них таковую. Морфологически микроб представляется сначала в виде зерен, потом в форме обычных бацилл. Одновременно автором был найден в faeces и бактериофаг против тифозной палочки.

Н. Благовещенский.

224. *К лечению брюшного тифа.* Опыты на животных убедили Hinderthana (Münch. med. Woch., 1926, № 13), что салициловый натр представляет собою специфическое хемотерапевтическое средство против брюшнотифозной инфекции. Комбинируя это средство с антитоксической противотифозной сывороткой, можно освободить организм от брюшнотифозных палочек и одновременно защитить его от освобождающихся при гибели последних ядов. Есть надежда, что такая комбинированная терапия даст хорошие результаты и на людях, в смысле сокращения течения болезни и выздоровления от нее.

В. С.

225. *О вакцинации к дизентерии.* Вакцинация человека к дизентерии (бациллярной) путем подкожных инъекций убитых культур дизентерийной палочки оказалась, как известно, непригодной в силу сильной реакции вакцинируемых. В связи с открытием Ramon'a возможности ослабления бактериальных токсинов в их ядовитом действии при сохранении антигенных свойств после обработки токсинов формалином (анатоксины) Dumas, Ramon и Said Bilal (Ann. de l'Inst. Past., 1926, № 2) приготовили, по методу Ramon'a, дизентерийный анатоксин. Опытами на животных, а также и на людях, авторы показали, что их анатоксин легко переносится как животными, так и человеком, сохраняя при этом иммунизующие свойства, присущие неизмененному дизентерийному яду. В. А.

226. *Стрептококки при скарлатине.* В вып. I «Микроб. Ж.» — за тек. год помещен целый ряд интересных работ, посвященных этому вопросу. Л. С. Бази-

левская и М. А. Зеленина нашли стрептококков в зеве скарлатинозных больных в 94% всех случаев, причем в 49,3% стрептококки оказались гемолитическими. П. И. Куперштейн из трупов погибших от скарлатины выделил стрептококков в 100%, из крови больных—в 27,9%, из зева—в 76,4%. При этом все выделенные стрептококки оказались не обладающими какими-либо постоянными свойствами, которые являлись бы специфическими для скарлатинозного стрептококка; морфологические свойства выделенных стрептококков и гемолитическая их способность оказались также непостоянными. Интересно, что из 22 штаммов гемолитических стрептококков лишь один, будучи проведен через организм кролика, оказался обладающим способностью давать токсин по Dick'у. По заключению Е. В. Ворониной и П. Е. Шматко выделенные ими скарлатинозные стрептококки можно разбить на определенные группы, связанные между собою рядом переходных форм, причем авторы могли подметить некоторое соотношение между тяжестью заболевания и частотой находок определенных форм стрептококка.

В. С.

227. *Лечение бубонной чумы бактериофагом.* D'Herelle (Presse méd., 1925, № 84) сообщает о полученных им прекрасных результатах этого лечения. Он пользовался при этом фильтрованной культурой бактериофага, полученной из экскрементов чумных крыс, каковая культура в количестве 0,02 куб. сант. прибавлялась к 10 куб. сант. бульонной культуры чумной палочки, простоявшей в термостате при 32° в течение 24 ч., причем к последней прибавлялось предварительно еще 3 куб. сант. свежего бульона. Смесь вырскивалась в бубоны в количестве 1 куб. сант. Через 12 ч. после вырскивания 1° у больных понижалась, самочувствие резко улучшалось, и в дальнейшем наступало выздоровление. Автор предлагает испробовать этот способ лечения и при легочной, а также септической форме чумы—в виде внутривенных вырскиваний.

В.

228. *Прививка проказы нисинг обезьянам.* Reenstierna (Ann. d'Inst. Pasteur, 1926, № 1) сообщает об успешных результатах прививки проказы обезьянам вида *Macacus sinicus* и *Macacus rhesus*. Для прививки бралась эмульсия из свежих лепром больных, страдавших бугорчатой формой проказы, каковые лепромы содержали весьма большое количество палочек проказы. После инкубации, длившейся от 37 до 45 дней, у животных развивались узелки, остававшиеся 40—62 дня, которые клинически и гистологически ничем не отличались от лепрозных узлов человека; узелки эти содержали типичные палочки проказы.

В. С.

д) Туберкулез.

229. *Выращивание тbc бацилл.* Surányi и Putnoky (Zentr. f. Bakt., 1925, Bd. 94) проверили методику Löwenstein'a и Sumiyoshi непосредственного выращивания тbc бацилл: 1 часть мокроты смешивается с 5-кратным количеством 25% раствора соляной кислоты, после 15-минутного стояния при комнатной 1° 1 часть этой смеси разбавляется физиологическим раствором в 3—5 раз и быстро центрифугируется; осадок дважды промывается соевым раствором и засеивается на питательные среды (исключительно с яйцом). По истечении срока от 10—12 дней до 4 недель обнаруживается рост колоний тbc палочек в чистых культурах. Авторы полагают, что данный метод может конкурировать с дорогим стоящим и нелегко достигающим цели опытом на животных, а также может найти применение при изготовлении аутовакцины.

Ю. Лейбчик.

230. *Об экзогенной и эндогенной реинфекции при тbc.* Haeck (Zbl. f. Tbc., Bd. XXV) полагает, что третичный тbc легких является в большинстве случаев экзогенной реинфекцией (суперинфекцией). Все же нередко случается, главным образом, среди сельского населения, где можно проследить непрерывную связь между первичным комплексом и периодом «изолированной чахотки». В этих случаях тbc взрослого представляет собою результат эндогенной реинфекции.

М. Мастбаум.

231. *Тbc среди сенегальских войск.* Blazy (ref. Zentr. f. Tbc., Bd. XXV, N 7/8) сообщает, что по прибытии сенегальских войск в Европу всего 5% солдат дали положительную туберкулиновую реакцию. Течение тbc у сенегальцев в огромном большинстве случаев было острое, продолжительностью от 3 до 5 месяцев. В 10% вскрытий было обнаружено поражение брюшных органов, без анатомических изменений в грудных, в 25%—милярный тbc, в 30%—казеозная пневмония.

Очень часто у больных встречались случаи казеозного поражения желез шеи; можно даже сказать, что набухание шейных желез, похудание и ускорение пульса являлись самыми ранними признаками инфекции. Обращает внимание редкая сравнительно локализация тbc в мозговых оболочках. Картина хронического тbc наблюдалась всего в 5% случаев. Вообще течение тbc у негров было совершенно своеобразное и во многом отличалось от течения раннего детского тbc, с которым обычно сравнивают тbc цветных рас.

М. Мастбаум.

232. *Значение тbc в этиологии иридо-циклитов.* На основании своих многолетних наблюдений Meller (Wien. kl. Woch., 1926. № 12) приходит к убеждению, что большая часть хронических, вялых иридо-циклитов как у молодых, так и у старых субъектов имеет тbc происхождения. Для этого вовсе не требуется наличия какой-либо тяжелой формы тbc, — чаще у больных имеются лишь остатки завершенного процесса в верхушках, причем иридо-циклит здесь бывает обычно обязан своим происхождением имеющемуся где-нибудь в организме другому, активному focusу, откуда и поступает в глаз специфическая инфекция. С другой стороны, конечно, и при положительных указаниях на активный процесс в легких или железах нельзя утверждать, что именно тbc является причиной заболевания, особенно, если тут же имеются налицо и другие этиологические моменты. Для дифференциальной диагностики М. пользуется подкожным введением Alt-tuberkulin'a или, вместо последнего, — Tebergrün'a, предложенного Toenissen'ом. Местная реакция в глазу является надежным указателем тbc этиологии иридо-циклита. Туберкулин же автор рекомендует и для лечения хронических тbc иридо-циклитов, причем, в виду особой чувствительности больного глаза к данному средству, следует, при проведении этого лечения, избегать местной реакции, ибо она ухудшает симптомы болезни. Вообще лечение это надо проводить с величайшей осторожностью. Строго рекомендуется при нем избегать даже и незначительных повышений т°. Необходимо также следить за весом больных, прибавление которого является благоприятным признаком.

В. Адамюк.

233. *К диагностике начальных стадий тbc.* Михайлов (Вопросы туберкулеза, 1925, 3) наблюдал, что при вырыскивании туберкулина у здоровых людей количество эозинофилов в крови не изменяется, у туберкулезных же и подзрительных по тbc падает. Туберкулиновая реакция в инфицированном организме вызывает явления, напоминающие анафилактический шок; отсюда близка мысль использовать эту реакцию эозинофилов для решения вопроса об активности процесса.

М. Мастбаум.

234. *Реакция отклонения комплемента при диагностике тbc.* Диагностика тbc у некоторых домашних животных, могущих служить источником заражения человека, представляет иногда большие трудности. Туберкулиновая проба у тbc собак дает положительный результат лишь в 60—65% случаев, а у кошек — в 27—30%. Urbain (Ann. de l'Inst. P. a. s. t., 1925, № 9), применив для диагностики тbc у собак метод отклонения комплемента, нашел, что сыворотка тbc животных дает с антигеном Безредко положительную реакцию в 100% случаев; сыворотка клинически здоровых в 97% случаев дает отрицательную реакцию. Таким образом реакция отклонения комплемента при указанных выше обстоятельствах может быть рекомендована, как очень хороший способ для диагностики тbc.

Лозинови-Полиновская.

235. *К диагностике активного тbc у детей.* Rupperecht (D. m. W., 1926, № 11) исследовал 122 случая детского тbc при помощи реакции отклонения комплемента и пришел к отрицательным выводам. Точно также не решают вопроса об активности тbc процесса реакции преципитации и агглютинации по Forquet. Реакция оседания эритроцитов и определение липазы имеют известное практическое значение, но тоже не решают вопроса об активности тbc. С большой осторожностью автор оценивает и туберкулиновые реакции, как показатель активности процесса; понижение чувствительности при повторной инъекции в активных случаях встречается, по его наблюдениям, часто, но не всегда. В оценке рентгеновских данных необходимо помнить, что у детей часто встречаются доброкачественные экссудативные формы, способные к обратному развитию.

М. Мастбаум.

236. *Санокризин при тbc.* В №№ 4 и 5 Deut. med. Woch. за тек. год целый ряд статей посвящен санокризину. По опытам Neufeld'a средство это лишь в узком круге случаев проявляет свое целебное действие, — преимущественно в тех

случаях, где тбс бациллы лежат не в фиброзных гнездах, а свободно и потому более доступны. Клинические наблюдения Крауса, Сзегпу и Фридеманна заставляют этих авторов настаивать, чтобы новые инъекции санокризина не производились прежде, чем совершенно стихнут явления реакции на предыдущие высккивания; начинать лечение санокризином, по этим авторам, надо с 0,05—0,1 в лихорадочных случаях и с 0,1—0,25 в афебрильных; наивысшая разовая доза для мужчин 0,75—1,0, для женщин 0,5—0,75. Friedemann, Kwasniewski и Deischer видели от санокризина улучшение в 43%, преимущественно в свежих экссудативных случаях. Непиус считает сыворотку, которую Møllgaard рекомендует вводить одновременно с санокризином для нейтрализации освобождающихся эндотоксинов, совершенно излишней. Klempereger, считая санокризин при осторожном, постепенном применении совершенно безвредным, думает, что средство это действует не бактерицидно, а изменяя ткани,—так же, как, вероятно, действует туберкулин.

В. Сергеев.

237. К вопросу о лечении хирургического тбс. Арихбаев (Вестн. Хир., 1926, кн. 17—18), установив нормальное состояние липолитического индекса на 30 человеках с разнообразными болезнями и перейдя затем к определению липазы в крови 9 разнообразных больных и 1 здорового субъекта, подвергнутых действию раздражающих доз рентгеновских лучей на надпочечник, вызвавших его гиперфункцию, закончил свои исследования наблюдениями над 5 больными с различными формами хирургического туберкулеза, из коих троем производилась одновременная рентгенизация надпочечников с подкожными инъекциями нейтрализованного от жирных кислот рыбьего жира, одному—только инъекции нейтрализованного рыбьего жира и одному—лишь оперативное пособие. Автор суммирует свои наблюдения таким образом: 1) Комбинированное лечение рыбьим жиром и освещением надпочечника дало удовлетворительные результаты у больных с повышенным обменом и астенической конституцией. 2) Гинопластическая конституция с пониженной выносливостью к жирам результата не дала. 3) В случаях улучшения состояния больного замечается рост липолитического фермента, как показателя устойчивости жирового обмена. 4) Необходимо изучать каждого туберкулезного б-ого с точки зрения обмена веществ, в соответствии с чем вести терапию (активную или консервативную) и его диететику. 5) Б-ые с нарушением секреции эндокринных желез и нарушением, вследствие этого, обменом веществ нуждаются в специфической (гормональной) терапии. 6) Раздражение надпочечника рентгеновскими лучами влияет на жировой обмен в сторону его повышения, что и сказывается ростом липолитического фермента. 7) Раздражение надпочечника не дает результатов у лиц с гинопластической конституцией по причине, очевидно, гипоплазии коркового вещества надпочечника.

М. Фридланд.

е) Внутренние болезни.

238. Лечение описирения. Вауог (Wien. klin. Woch., 1926, № 12) получил очень хорошие результаты от лечения ожирения новазуролом, вводимым интраглютеально в количестве 1—2 куб. сант. каждые 6 дней. Лечение является показанным лишь у больных со здоровыми почками и не проявляющих идиосинкразии к новазуролу (выпрыскивание 1 куб. сант. не ведет к развитию ни гингивита, ни альбуминурии и т. п.). Для успеха лечения автор рекомендует одновременное соблюдение след. правил: 1) больной должен спать не более 7 ч. в сутки; 2) после еды он должен проделывать от 5 до 10 мин. гимнастические упражнения; 3) ему следует ежедневно по 1—2 ч. гулять, подниматься на горы, всходить по лестницам и т. п.; 4) он должен следить за тем, чтобы иметь стул 2 раза ежедневно; 5) ему надо соблюдать бедную водою и солью диету; 6) кушать он должен впроголодь.

В. Сергеев.

239. Инсулин при лечении откармливанием. Vogt (Münch. m. Woch., 1926, № 1) применяет в этих случаях инсулин след. образом: инсулин вводится 2 раза в день за $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа до обеда и ужина, б. ч. в подкожную жировую клетчатку на наружной поверхности бедра. В первый день вводится 5—10 ед., причем надо помнить, что реакция на инсулин бывает весьма различна, на второй день—10—20 ед.; затем суточная доза втечении первой недели медленно поднимается до 40 ед. Улучшение аппетита является лучшим мерилом успешности лечения. На 2-й неделе обычно сохраняется доза в 40 ед., на 3-й—лечение ведется теми же дозами или их поднимают до 50—60 ед. Дозы в 80—100 ед. едва-ли бывают нужны.

Большие дозы надо разделить на 3 инъекции, из которых последняя вводится около 6 ч. веч. Продолжительность курса—3 недели. Такое лечение автор считает показанным при *status asthenicus*, последствиях длительных лихорадочных заболеваний, нефро-, гастро- и энтероптозах, подвижной ретрофлексии матки, легких формах опущения матки рукава, для возбуждения аппетита при плохом самочувствии по утрам, связанном со рвотой, у беременных, наконец, при подготовке к операции. Противопоказанным оно является при лихорадочных заболеваниях, раковой кахексии, вазо-невротических диатезах, во время менструаций. Если чрез 3—4 дня после начала лечения у больных нет увеличения аппетита, то лечение надо оставить.

С. Ренников.

240. *К распознаванию экссудативного перикардита.* П. М. Каменецкий и И. С. Рабинович (Münch. m. Woch., 1926, 12) считают важным диагностическим признаком этой болезни повышенную смещаемость области сердечной тупости и сердечной тени (при исследовании рентгеном) при изменении положения тела, особенно при наклонениях туловища вправо и влево. Патогностическим является при экссудативном перикардите и изменение при этом очертаний сердечной тупости и сердечной тени.

В. С.

241. *Диагноз облитерации перикарда.* По Volhard'у важнейший признак облитерации—это отсутствие расширения сердца вправо. Вместе с этим, при значительной сердечной слабости, венозном застое, большой застойной печени и раннем асците, особенно выступает сильный застой в шейных венах, которые обнаруживают двойное спадение: систолическое и диастолическое. Вены эти не опустевают и при вертикальном положении туловища, а вены руки—при подъеме её вверх. Давление в венах, по Moritz'у, сильно повышено. Тоны сердца тихи, но чисты, пульс мал, неправилен. Kirschner и Matthes (Deut. med. Woch., 1926, № 6) приводят прооперированный случай данной болезни, который свидетельствует, что диагноз облитерации перикарда всегда может быть отвергнут, если фигура сердца расширена вправо, и должен основываться главным образом на наличии характерных явлений застоя,—при отрицательном веном пульсе и правильной (неаритмической) деятельности сердца.

С. Ренников.

242. *К патогенезу бронхоэктазий.* Brünneske (Beitr. z. Klin. d. The., Bd. 62, II. 5) подтверждает мнение Вгауега, по которому начало бронхоэктазий, наблюдается большею частью в детстве, как следствия бронхопневмонических процессов после кори и коклюша. Участие плевры здесь вторично. Автор является сторонником хирургического вмешательства при бронхоэктазиях. М. Мастбаум.

243. *Новый способ лечения бронхиальной астмы дыхательными упражнениями* описал K. Sigfried (Theor. d. Gegenw., 1925, № 8). Начиная упражнение, больной делает при закрытой голосовой щели брюшными мышцами движение, как при выдыхании, с большой силой и задерживает дыхание; затем, открывая голосовую щель, выпускает медленно воздух. Терапевтический эффект получается от давления столба воздуха на распухшую слизистую бронхов. Приближающиеся приступы купируются. Из 20 случаев в 3 автор получил полное излечение, в 12—значительное улучшение, в 4 болезнь осталась без улучшения, и в 1 наступило ухудшение.

Н. Герасимова.

244. *Реакция на сахар у больных с язвой желудка.* Scharff (Klin. Woch., 1926, № 4), исходя из своих прежних работ, доказавших, что прием 80,0 левулезы в 300 к. см. воды ведет у людей с вазоневротической конституцией к повышению содержания сахара в крови, произвел подобное же исследование у 15 больных с язвой желудка и 12-перстной кишки. Оказалось, что у всех этих больных после приема левулезы уровень кровяного сахара значительно повысился, причем максимум повышения наблюдался через 40—60 мин. Явление это автор объясняет конституциональной слабостью и лабильностью капилляров у лиц, страдающих язвой желудка и duodeni. По его мнению опыт с левулезой может оказать услуги при дифференциальной диагностике между язвой и заболеваниями желчного пузыря.

М. Чебоксаров.

245. *Флора 12-перстной кишки.* J. Olivet (Klin. Woch., 1926, № 8) произвел бактериологическое обследование добытого через Einhorn'овский зонд содержимого 12-перстной кишки у 50 здоровых и больных лиц. Оказалось, что у здоровых как желудок, так и duodenum обычно свободны от всяких зародышей. То же имеет место при язвах и при повышенной кислотности желудочного сока. При суб-

и анацидных соках во многих случаях автором были найдены разнообразные бактерии, не имеющие, однако, никакого патогенетического значения. За то большое значение имеет нахождение *B. coli*, каковая бактерия, как правило, находится в содержимом duodeni при злокачественном малокровии, в большинстве случаев за болевания желчных путей (при холангитах, холециститах, особенно при катаральной желтухе) и, наконец, при острых дуоденитах. Для борьбы с *coli*-инфекцией автор рекомендует вливания в duodenum 20—30 куб. сан. 15% раствора сернокислой магнезии или 200 куб. сант. $\frac{1}{2}$ —1% раствора натрена. **М. Чебоксаров.**

246. *Секреция желудка и забрасывание желчи до и после лечения язв желудка и 12-перстной кишки новопротином.* С целью изучения объективных изменений при получившихся хороших субъективных результатах после лечения новопротином язв желудка и 12-перстной кишки, Roithschild (Klin. Woch., 1926 г. № 3) применил свой фракционный метод исследования желудочного содержимого. Полученные кривые демонстрируют уменьшение кислотности, усиленную нейтрализацию желудочного содержимого забрасыванием сока 12-перстной кишки и увеличение количества нейтрализованного хлора (уменьшение спазма привратника).

А. Миркин.

247. *К лечению колита.* У лиц, зараженных *Balantidium coli* Zi e m a n n (реф. Klin. Woch., 1926, № 16) рекомендует применять ежедневные впрыскивания зметина в дозе 0.05, высокие клизмы из хинина 1:1000 с промежутками в несколько дней и ежедневные приемы карлсбадской соли; лечебный эффект наступает при таком лечении очень быстро. (От себя добавим, что мы получали в клинике у таких больных очень хорошие результаты от высоких клизм из салварсана в дозе 0.1—0.15).

М. Ч.

248. *К технике изгнания ленточных глист.* Наиболее надежное средство против ленточных глист, экстракт мужского папоротника, поступив в желудок, нередко вызывает боли в подложечной области, тошноту и упорную рвоту. В виду этого Д. А. Коган (Средне-Аз. Мед. Ж., 1926, № 1) рекомендует вводить его, через дуоденальный зонд, непосредственно в 12-перстную кишку. Накануне, через 2—3 ч. после обеда, больной получает 25.0—30.0 Na sulfurici и на ночь клизму, а на следующее утро, натощак, ему вводится зонд—сначала (на 40—45 сант.) в сидячем положении больного, а затем (еще на 25 сант.)—в положении его, без подушки, на правом боку. О провизии зонда в дуоденум судят потому, что шприцом отсасывается через него совершенно прозрачная, золотистая жидкость. После того продвигают зонд еще на 8—10 сант. и при помощи шприца вливают через него 6.0—10.0 (смотря по возрасту и конституции больного) разжиженного путем нагревания экстракта папоротника, а затем, через 40—50 мин. (втечении которых больной! остается с зондом во рту),—30.0 сернокислого Na в $\frac{1}{2}$ -стакане воды. Через 30—75 мин. обычно наступает жидкий стул, и глыста выходит целиком.

В. Сергеев.

249. *Лечение отравлений сулемой.* Е. С. Рождественская и А. А. Не ча е в (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, № 16) в 2 случаях отравления сулемой средней тяжести получили очень хорошие результаты от применения внутривенных вливаний гипертонического раствора виноградного сахара. Авторы вынесли впечатление, что этот способ лечения нужно предпочесть хирургическому вмешательству (декапсуляции почек), но только вливания надо начинать по возможности раньше и производить ежедневно, до восстановления функции почек, употребляя на каждое вливание не менее 200 куб. сант. 20% раствора. **В. Сергеев.**

ж) Хирургия.

250. *Ретроградное ущемление грыж.* Ф. А. Копылов (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 17—18) описал четыре случая ущемленных грыж, где органы, находившиеся в грыжевом мешке, оказались неизмененными, а выдававшиеся из него обратно в брюшную полость,—резко застойными, с большими кровоподтеками и даже дефектами серозы. Для ретроградного ущемления считают характерным наличие двух кишечных петель в грыжевом мешке, причем ущемлению подвергается соединяющая их петля, или двойное ущемление брыжеейки ретроградно ущемившейся петли. Причину такого рода грыж следует искать в индивидуальных особенностях разветвлений брыжеечных сосудов, а также в бывших раньше попытках вправления.

П. Циммер.

251. *К диагностике эхинококка.* Deutsch (Русско-Нем. Мед. Ж., 1926, № 3) рекомендует для этой цели предложенную французскими и итальянскими авторами, особенно Botteri, интракутанную реакцию с человеческой гидатидной жидкостью. Жидкость эта может сохраняться многие месяцы, если к ней прибавить 2% хлороформа, или хранить в запаянных ампулах. 0,1—0,2 ее вырывают интракутанно, при помощи канюли, в кожу волярной стороны предплечья. При наличии эхинококка уже спустя 1—2 ч. появляется инфильтрат в 3 сант. диаметром с интенсивною краснотой. Инфильтрация постепенно увеличивается и спустя 1—2 суток достигает полного развития, занимая площадь величиною в ладонь, а спустя 4—5 суток бесследно исчезает. Реакция эта, по автору, обладает строгой специфичностью. Интересно, что при положительной интракутанной реакции автор одновременно наблюдал также увеличение числа эозинофилов в крови.

В. Сергеев.

252. *О лечении гнойных ран.* Разбирая этот вопрос, проф. Опокин (Сборн. проф. В. М. Мыш) останавливается на бестампонном и солевом лечении этого рода ран. Бестампонное лечение ран, до сих пор применявшееся чаще в малой хирургии, должно быть перенесено и на хирургию брюшной и грудной полостей, а также и на другие отделы большой хирургии, особенно в виде ограничения тампонады ран. Клинические выгоды бестампонного лечения заключаются в более быстром заживлении ран, в образовании менее широких, иногда просто линейных рубцов, в безболезненности проведения лечения и в более быстром восстановлении функций раненого органа. Что касается солевого лечения ран, то автор рекомендует применение солевых растворов NaCl, CaCl₂, MgSO₄ и др. в гипертонических растворах. В основе действия солевых растворов лежит, главным образом, не осмотический эффект действия, а специальное влияние на коллоидное состояние клеточных и омывающих их сред, ионов, особенно, катионов. При применении солей, важно считаться с приведением коллоидов тканей в нормальное состояние их дисперсности, памятуя о том, что нерационально проводимое солевое лечение может быстро ухудшить состояние раны. Клиническое действие гипертонических солевых растворов объективно сказывается уменьшением инфильтрации и отека, улучшением вида грануляций, переходом гнояного экссудата в серозный, сравнительно легким отделением омертвевших тканей и улучшением роста грануляций, а следовательно, более скорым заполнением раневого дефекта. Субъективно при этом констатируется уменьшение или полное исчезновение болей и улучшение общего самочувствия.

П. Цимхес.

253. *Лечение остеомиелитов.* По Петрову (Вестн. Хир., 1926, кн. 17—18) при легких и средних формах острого остеомиелита рационально производить выталкивание большого костного мозга из трубчатой кости. Методика заключается в обнажении кости широким разрезом или двумя маленькими разрезами, сделанными выше и ниже очага, после чего в кости просверливаются два отверстия: одно поменьше, дрелем, и другое побольше, фрезой. В первое вводят канюльчик 100-граммового шприца с жидкостью (автор пользовался риванолом 1:1000) и, умеренно нажимая на поршень, добиваются выталкивания содержимого кости из большого отверстия. Если это не удастся, значит, в костном мозгу имеются костные перегородки, которые тогда разрушают посредством введения пуговчатого зонда. Во избежание жировой или гнойной эмболии, перед операцией обязательно наложение эластического бинта на корень конечности. После операции рана кожи может быть частично или даже полностью закрыта. В более тяжелых случаях острого и в самых упорных случаях хронического остеомиелита следует прибегать к операции диафизэктомии, т. е. поднадкостничной резекции пораженного участка диафиза, который обычно довольно хорошо регенерируется, особенно у детей и юношей, почему в этом возрасте диафизэктомия особенно показана. Из консервативных мероприятий заслуживают, по П., внимания промывания Dakin'овской жидкостью, обработка грануляционной поверхности порошком с 1% содержанием риванола и применение 2%—4% мазей из acriflavin'a или trypaflavin'a с ланолином. При наличии глубоких очагов, недоступных непосредственному действию антисептических веществ, следует подумать о вакцинотерапии и пластическом закрытии полостей. Особенно трудна борьба с остеомиелитическими свищами бедра, каковой вопрос автор считает нерешенным, рекомендуя такого рода больным, если свищи их мало беспокоят, «мириться со своей участью и предпочесть свищи без новых операций новым операциям, ведущим к сохранению таких же свищей».

М. Фридланд.

254. *Под-протеинотерапия*, примененная Васильевым (В. Хир., 1926, кн. 17—18) в виде 10% смеси т-гае jodi с молоком, вводимой внутриягодично, в количестве 5,0—10,0 на каждое впрыскивание через 1—2 дня, иногда несколько реже, дала благоприятные результаты в целом ряде хорошо прослеженных (клинически и лабораторно) хирургических случаев гнойной и септической инфекции. Из большого количества случаев автор дает подробный отчет о 19, из которых метод дал выздоровление в 13.

М. Фридланд.

255. *Смерть от хлороформа*. И. Б. Левит (Журн. для усов. врачей, 1926, № 1), разбирая причины смерти от хлороформа, самой частой считает status thymico-lymphaticus. В целях профилактики он считает желательным применение дыхательной пробы Штанге (у больных, которые могут задерживать дыхание меньше, чем на 20 сек., хлороформирование не должно быть применяемо). При наступившей во время хлороформирования остановке сердца рекомендуется, наряду с искусственным дыханием и массажем сердца, производить внутрисердечные впрыскивания 1% раствора адреналина.

В. С.

256. *К стерилизации кэтгута*. И. П. Чижов (Сов. Мед. на Сев. Кавк., 1926, № 3) рекомендует для этой цели несколько видоизмененный способ проф. Ситковского (см. Каз. Мед. Ж., 1925, стр. 996). Фабричный кэтгут сначала обрабатывается в течение суток чистым эфиром; затем его вымачивают в 1% растворе иодистого кали столько минут, каков № кэтгута (№ 2, напр., обрабатывается в течение 2 мин. и т. п.), высушивают в стерильной марле или лигнине и подвешивают в банке с притертой пробкой, на дне которой находится кристаллический иод. В нарах последнего кэтгут и остается до тех пор, пока кэтгутовые нити не только на поверхности, но и в толще не примут блестяще-черную окраску (по Ч. для этого при 1° 16—17° требуется 4—5 суток).

В. С.

257. *Анастомоз верхней брыжеечной вены с нижней полой* в одном случае цирротического асцита у женщины выполнил с успехом Крестовский (Вестн. Хир., т. VI, кн. 16, 1926), оперируя по Богоразу, но с некоторой модификацией. Этой операции К. отдает предпочтение перед операцией Rosensteina, так как последняя в топографо-анатомическом отношении сложнее. По случайным обстоятельствам К.—му при наложении сосудистого шва пришлось пользоваться простой кишечной иглой, что не вызвало никаких серьезных технических затруднений.

М. Фридланд.

258. *Одноэтажный шов при гастроэнтеростомии*, как передней, так и задней, по д-ру Микული (Нов. Хир. Арх., № 35) оказался на высоте своего назначения. Характеру одноэтажного шва (узловатый или непрерывный) придавать особенного значения не следует; главное достоинство непрерывного шва—в быстрой его наложения. Гемостаз при одноэтажном шве должен быть тщательный. Ближайшие результаты гастро-энтеростомии со швом в один этаж несколько не уступают результатам операций, произведенных по другим методам наложения шва.

И. Циммерс.

259. *Кожная гомопластика на животных*. Gohrband (Arch. f. klin. Chir., Bd. 139, H. 2/3) производил на 300 выращенных из двух разных разводов крысах опыты с пересадкой эпителия и кожи, свободной и на ножке, между животными одного и разных поколений, между братьями, сестрами, между братом и сестрой, между одноцветными и разноцветными животными. Кроме того, в том же порядке опыты ставились с парабризом, с подразделением на пересадку свободную или на ножке, одновременно или после операции, гомогенного и гетерогенного парабриза. У молодых братьев и сестер подкожная пересадка эпителия удалась, не смотря на цвет и пол. Напротив, у 150 неродственных опытных животных пересадка не удалась. При пересадке кожных лоскутов трансплантация также удалась у братьев и сестер, не смотря на цвет и пол (успеха не было только при пересадках от совершенно черного животного белому, и наоборот). Ранее произведенные пересадки эпителия или кожи между этими животными не влияли на результаты пересадок, произведенных у них впоследствии. Пластика на ножке давала лучшие результаты, чем свободная. У неродственных животных как свободная пластика, так и кожная пластика на ножке не удавалась. По мнению автора, с известной степенью парабриоз и гомотрансплантацию можно считать аналогичными, но нельзя отождествлять. Как гомогенный, так и гетерогенный парабриоз никакого благоприятного влияния на успех пересадки не оказывают.

Будет ли произведена пересадка одновременно, или позже, чем парабриоз, а также производится трансплантация от более слабого животного к более сильному, или наоборот.—это значения в смысле успеха не имеет. Опыты пересадок, не удавшиеся на животных, по G. наверняка не удадутся на человеке вследствие того, что гораздо труднее преодолеть биологические и биохимические особенности более дифференцированных клеток человеческого организма. На основании экспериментов автор полагает, что у человека при гомопластических пересадках нужно считаться прежде всего с родственностью индивидуумов.

И. Цимхес.

260. *Оригинальную операцию синостоза по поводу псевдартрозов* предлагает Хахутов (В. Хир., 1926, кн. 17—18). Сущность ее сводится к тому, что, по удалении рубцовой ткани и освежении поверхностей псевдартроза двойной трубчатой кости выпиливают по длиннику большого отломка в половину его толщины трансплантат длиной в 10—12 см.: такой же, но вдвое короче, трансплантат выпиливают из меньшего отломка. Затем меньший трансплантат вынимают из его ложа, а больший продольно передвигают так, что, перекинувшись мостом через дефект на месте псевдартроза, трансплантат своим концом приходит в соприкосновение с местом выпила из кости меньшего трансплантата. Что же касается последнего, то он вкладывается в место, освободившееся от перемещения большого трансплантата. Затем над местом костной операции сшиваются мышцы, которыми все кости и фиксируются. В заключение глухой шов кожи, неподвижная повязка на 4—5 недель, после чего ванны, массаж и т. д. Это—первый способ автора. Имеется у него еще и второй, представляющий ту модификацию, что меньший трансплантат выпиливается в форме усеченной пирамиды и плотно вставляется в соответственно обработанный дефект на месте псевдартроза; что же касается большого трансплантата, то он передвигается, как и в первом способе, причем для интимности соприкосновения его вертикальный опиел должен соответственно быть выдолблен на косой. В этом способе не остается дефекта в месте псевдартроза, но зато остается дефект на месте сдвига большого трансплантата, вследствие чего последний необходимо фиксировать путем кругового обвивания проволокой на обоих концах к костным отломкам. Глухой шов и последующее лечение, как и в 1-ом способе.

М. Фридланд.

261. *Артродез голеностопного и таранного суставов* E. Bouvier (Arch. f. orthop. u. Unf. Chir., 1926, Bd. 24, H. 1) предлагает производить по следующему способу: через латеральный дуговой разрез по Koehegu вскрывается голеностопный сустав и освобождается от хряща; все кости корня стопы разбиваются 2—3 параллельными ударами молотка продольно talus'u; наружная лодыжка разбивается в сагитальном направлении сверху вниз посредине, и медиальный кусок ее забивается под talus. Медиальная часть наружной лодыжки служит таким образом костным мостом от лодыжки к talus'u и косто их анкилозирует.

Н. Герасимова.

262. *О хирургическом лечении базедовой болезни.* А. В. Мартынов (Вестн. Хир., т. VI, кн. 16, 1926), прооперировавший с 1910 г. 64 больных, высказывает по данному вопросу ряд положений, которые могут быть вкратце формулированы таким образом: лучшие оперативные результаты получаются до наступления стойких изменений в сердечной мышце; в большинстве случаев целесообразна операция по типу Mickulicz'a,—перевязка двух верхних щитовидных артерий с оставлением маленького кусочка железы; гемостаз надо производить по мере резекции железы, зашивая ее культю, что ускоряет операцию, уменьшает кровотечение и устраняет вред массовых лигатур, заключающийся в послеоперационной тирео-интоксикации, от которой зависит большинство послеоперационных смертей; применение эфирного наркоза при базедовой болезни возможно; при struma nodosa thyreoxica показано вылущение узлов.

М. Фридланд.

263. *Лечение послеоперационной задержки мочи.* По сообщению L. Michon'a (Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1926, № 1) на 196 сл. оперативного вмешательства в клинике проф. Villard'a такая задержка наблюдалась 34 раза (17,4%), причем для устранения ее в 22 сл. было применено впрыскивание в пузырь борного глицерина (для каждого впрыскивания бралось 15—20 куб. сант. 10% боро-глицерина, которые вводились в полный пузырь) и в 6—внутривенное введение 40% раствора уротропина (в количестве 5 куб. сант.). Первый способ дал положительные результаты в 18 сл. из 22 (в том числе в 17 сл.—с первого раза), второй—в 4 сл. из 6.

В. Груздев.

264. *Меры борьбы с некоторыми послеоперационными осложнениями.* Гопуо (Zemir. f. Gyn., 1926, № 8) на основании своего опыта (63 сл.) горячо рекомендует для борьбы с послеоперационной атонией кишек парентеральное введение 2 к. сант. перистальтина с 0,001 физостигмина. Инъекции делаются тотчас после операции, затем вечером в день операции и, наконец, утром и в полдень следующего дня. Вагон для борьбы с послеоперационной рвотой и метеоризмом хвалит частые промывания желудка через зонд, введенный через нос. Geisenhofer советует у оперированных применять в день операции внутримышечные впрыскивания 0,05 neucosol'a. Средство это фармакодинамически стоит близко к пилокарпину и действует в смысле мобилизации водного запаса тканей: уже через 5—10 минут после инъекции прекращаются чувство жажды и тошнота. Больше 0,05 вводить не следует, в крайнем же случае можно повторить впрыскивание через некоторое время. Zugz и Курр указывают на то, что оперированные в течение 48 часов теряют от 1—2½ литров воды, вследствие чего в организме их получается избыток поваренной соли—от 1,0 до 10,0. Поэтому они считают противопоказанным введение вскоре после операции солевых растворов. Напротив, не содержащие соли растворы уменьшают избыток соли в организме и успокаивают жажду. Gezuwe на основании своих наблюдений (200 инъекций) рекомендует для уменьшения послеоперационных болей внутривенное введение лейкотропина (препарат атофана, содержащий уротропин): успокаивая боли, он не оказывает неприятных побочных действий, какие свойственны алкалоидам. Для лечения получающегося после наркоза катарра дыхательных путей Biege советует применять внутримышечные впрыскивания эфира, в количестве 0,5 куб. сант., с равным количеством ol. olivatum и с добавлением 1% пикаина. Вскоре после первой же инъекции наступает заметное улучшение, а при повторных инъекциях все явления исчезают на 3—4-й день.

Е. Заболотская.

3) Офтальмология.

265. *Спирохеты в конъюнктиве.* Weiss (Med. Klin., 1925, № 37) обнаружил бледных спирохет в конъюнктивальном секрете у грудного ребенка с наследственным сифилисом. В отличие от опубликованного случая Kubik'a, в этом случае заболевания конъюнктивы собственно не было, но около 8 дней спустя отмечены были некоторая анемия и инфильтрация конъюнктивы, причину которых автор склоняется видеть в присутствии спирохет. Зато развившаяся у данного ребенка впоследствии keratomalacia, по всей вероятности, не имела никакой связи со спирохетами.

В. Адамюк.

266. *К гистологии трахомы.* Aubaret, Rouslaengoix и Негманн (Arch. d'ophth., 1924), исследуя ткань, пораженную трахомой свежих форм, и кусочков зернистой конъюнктивы, находившихся в термостате в контакте с сывороткой трахоматозного больного, наблюдали присутствие особых клеток, еще не описанных, раз'единяющих эпителиальные клетки, и особых эпителиальных элементов, эмигрировавших в фолликул. После пребывания в термостате гранулезной ткани с сывороткой уже на четвертом часу авторы могли видеть изменения эпителиальных клеток, отделение и исчезновение эпителия конъюнктивы. Клетки трахоматозного фолликула оказались более устойчивы, однако и они в свою очередь вырождаются, причем этот процесс достигает своего maximum'a через 36 часов. На основании своих наблюдений авторы считают пока невозможным сделать какие-либо практические выводы относительно действия трахоматозной сыворотки, т. е. относительно ее специфичности при трахоме.

Т. Лиорбер.

267. *Трудность распознавания начальных форм трахомы.* Морах (Arch. d'ophth., 1924) отмечает, что в странах, где трахома встречается редко, диагноз начальных форм ее труден. Он приводит несколько случаев фолликулярных конъюнктивитов купанен (piscine), которые легко было смешать с трахомой; только равномерное распространение зерен на конъюнктиве верхнего и нижнего век—позволяло поставить дифференциальный диагноз. Легко смешать с трахомой также сифилис и the конъюнктивы фолликулярного типа. Наконец, трудно отличить от трахомы фолликулярный конъюнктивит с большими фолликулами при хроническом гнойном дакриоцистите.

Т. Лиорбер.

268. *Реакция связывания комплемента с аденоидным антигеном при трахоме.* Van c'ea (C. r. de la Soc. de Biol., 1925, № 4) повторил исследования

Sofjrosso с аденоидным антигеном для производства реакции связывания компонента при трахоме, при чем убедился, что реакция эта не может быть использована для дифференциальной диагностики трахомы. *Т. Лиорбер.*

269. *К терапии пневмококковых язв роговицы.* Chaillens и Catoni (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1925, № 8) вызывали у кроликов кератиты инъекциями в паренхиму роговицы малых количеств чистых культур различных видов пневмококков. Однако клиническую картину хуроруп-кератита эти выпрыскивания давали лишь в виде исключения, причем никогда не получалось ползучих язв. Наклонность к обратному развитию процесса наблюдалась и без всякого вмешательства. Результаты опытов с лечением этих экспериментальных кератитов введением антипневмококковой сыворотки были неутешительны,—все равно, вводилась ли сыворотка субконъюнктивально, подкожно или интравенозно. Предварительные инъекции сыворотки не могли защитить от последующей инфекции пневмококком. Безрезультатной оказалась и вакцинаотерапия, и только интравенозная иммунизация кролика убитыми пневмококками сообщила известную долю иммунитета. Таким образом на основании этих опытов авторы отводят для серо- и вакцино-терапии лишь подсобную роль,—пожалуй, в виде интравенозных инъекций в особо тяжелых случаях. Проф. В. Адамюк.

и) *Акушерство и гинекология.*

270. *Всасывание через влагалище* изучал Robinson (Journ. of obs. a. gyn. of Brit. Emp., 1925, v. 32, № 3), исследовавший в этом направлении растворы иодистого калия, салицилового натра, хинина, глюкозы, фенолрот и метиленовой синьки. После введения иодистого калия уже через час можно бывает обнаружить иод в моче. После введения 0,97 салицилового натра он обнаруживается в моче через 1—12 часов. Хинин удается открыть в моче при более значительных дозах, введенных во влагалище. Обнаружить в моче присутствие глюкозы или установить в крови увеличение сахара после введения per vaginam глюкозы автору не удалось. Метиленовая синька через влагалище в организм не поступает: наоборот, будучи введена per rectum, она быстро обнаруживается в моче. *А. Т.*

271. *Происхождение молочной кислоты, находящейся в рукавном секрете женщины.* Kienlin (Zentr. f. Gyn., 1926, № 11) нашел, что кислота эта находится уже во влагалище новорожденных девочек, еще не содержащем микробов. Значит, она вырабатывается не Döderlein'овскими палочками, как думают обыкновенно, а благодаря ферментативному действию тканей. То обстоятельство, что кислота затем исчезает из влагалища девочек и вновь появляется лишь во время полового созревания, свидетельствует, далее, что здесь играют роль гормональные влияния. *В. Груздев.*

272. *Зависимость содержания в крови калия и кальция от деятельности яичника* изучал Schultze (Arch. f. G., Bd. 126, 1925), по исследованиям которого за 1—2 дня до наступления регул содержание К уменьшается. Начиная с VI месяца беременности содержание К все еще меньше нормы, а Са—соответствует максимальному содержанию в норме. В климактерия наблюдаются колебания без особой закономерности, при аменоррее—абсолютное или относительное уменьшение К. Автор думает, что действие Са идентично раздражению sympathicus'a, а действие К—раздражению vagus'a. Уменьшение К перед регулами и при беременности наступает одновременно с обратным развитием желтого тела. S. полагает, что желтое тело имеет действие симпатикотоническое, а с его обратным развитием выявляется действие ваготоническое, которое особенно бывает выражено при беременности. Точно также при аменоррее выпадение яичниковой функции приводит к раздражению vagus'a. *А. Тимофеев.*

273. *Изменения влагалища при беременности* изучил Stieve (Zeitschr. f. mikrosk. - anatom. Forsch., 1925, Bd. 3). В противоположность Runge автор нашел, что изменения соединительной ткани влагалища при беременности зависят не от пропитывания ее трансудатом, а представляют результат собственного роста ее. Эластическая ткань принимает участие в этом процессе, подвергаясь разрыхлению. Соединительнотканые клеточки делаются богаче протоплазмой. Артерии не изменяются, вены расширены, капилляры сильно наполнены кровью. Мышечные элементы редуцируются. Влагалище т. о. не просто пропитано серозной жидкостью,

а существенно преобразовано. Оно богаче жидкостью и принимает характер юнго-неского. Эти изменения автор приписывает влиянию гормона, исходящего из плодного яйца и действующего тем энергичнее, чем моложе организм (отсюда затруднения родов у пожилых первобеременных).

А. Тимофеев.

274. *На морфологические изменения влагалищного секрета, как на диагностический признак беременности.* указывает P a r a n i c o l a o u (реф. Bericht. u. d. gesamt. Gyn., Bd. IX, H. 8). С наступлением беременности слизистые клетки влагалищного эпителия принимают характерный вид удлинённых, вогнутых элементов с удлинёнными, спавшимися ядрами с признаками плазмолитиза и вакуолизации. Характерно также присутствие свободных ядер и клеточного распада. Сопоставляя эти изменения с другими особенностями влагалищного секрета у беременных в смысле отсутствия нормальной периодичности изменений, в смысле содержания лейкоцитов, лимфоцитов, эритроцитов и других клеток, автор считает возможным пользоваться ими для установления диагноза беременности вообще и внематочной беременности в особенности.

А. Тимофеев.

275. *Обезболивание родов.* Для этой цели G w a t h m e y'e'm был предложен следующий способ: сначала роженице вводят под кожу 0,006 морфия с 2 куб. сант. 50% раствора химически-чистой сернокислой магнезии (последняя, без морфия, может быть, в случае нужды, введена 3—4 раза); затем через 15—20 мин.—а если указанное выше впрыскивание вызовет само по себе смягчение болей, то даже через 1—2 ч.—роженке ставят клизму из 0,6 бромистого хинина, 8,0 алкоголя, 70,0 эфира и 120,0 ol. olivatum; клизма эта ставится после предварительной очищающей клизмы, смесь вводится в rectum на высоту 12 сант., и после введения ее заднепроходное отверстие на некоторое время закрывается. Испробовав этот метод в 22 сл. родов, Schiffmann и Seyfert (Wiener kl. Woch., 1926, № 5) вынесли в общем от него благоприятное впечатление. Он не сопряжен ни с какими опасностями для матери и плода. При родах значительной длительности он, правда, не даёт полного обезболивания, но оказывает хорошие услуги в конце периода раскрытия и во время периода изгнания.

В. Груздев.

276. *Профилактику эклампсии* Hochenbichler (Monat. f. G. u. G., Bd. 69, H. 3/4) рекомендует проводить при помощи освещения кварцевой лампой. Из 80 таким образом леченных случаев преэклампсии приступов не развилось ни в одном. Механизм действия этого способа Н. относит насчет повышения процессов окисления под влиянием ультрафиолетовых лучей, аналогично действию солнечного света (частота эклампсии в зимние месяцы, по автору, может зависеть именно от недостатка солнечных лучей). Вторым моментом в действии кварцевой лампы является ее влияние на задержку в организме кальция.

А. Т.

277. *Применение препаратов гипотифиза в акушерстве.* После работы Ruckert и Haskell'a, предостерегающей против применения экстрактов гипотифиза, была собрана анкета по данному вопросу, среди французских и швейцарских акушеров Baralles и Marten (Rev. franç. de gynéc. et d'obst., 1925, № 7/8) приводят ответы 47 французских акушеров, из которых только трое осуждают применение гипотифизарных препаратов. Между прочим Couderl отмечает при них в 30% задержку оболочек, а Chiriac наблюдает разрыв матки при ее склерозе. Chatillon (там же) приводит данные швейцарской анкеты на основании 71 ответа. В Швейцарии употребляют питуитандоль и питуитрин. Чем препарат старше, тем слабее его действие. Первоначальная доза не должна быть больше 0,5, повторная доза через 45—60 м. может быть доведена до 1,0. Внутривенно вводится половинная доза. Как средство abortивное, питуитрин не действует. Наилучший эффект получается при родах после разрыва пузыря. Ригидность мягких частей, узкий таз, нормальные, совершенно отсутствующие или слишком сильные схватки, угрожающий разрыв матки, отсутствие вставления головки, неправильные положения плода, гипертензия, болезни почек и токсикозы следует считать противопоказаниями. Обычными показаниями служат случаи первичной или вторичной слабости маточных схваток. В качестве профилактического средства против атонических кровотечений некоторые акушеры вводят питуитрин уже во втором периоде родов, другие систематически применяют его непосредственно post partum. Многие заменяют эрготин питуитрином. При кесарском сечении питуитрин вводят прямо в маточную мускулатуру. Из осложнений при применении этого средства отмечены: разрыв маточной шейки, тетанус матки (15 сл., из которых 2 при внутривенном введении, остальные при подкожном введении слишком большой дозы в 1,0

сразу), разрывы матки (8 сл., причем в большинстве их имелись противопоказания для питуитрина). При правильном применении питуитрина опасности для детей нет. Равным образом и течение последового периода родов не нарушается. По мнению громадного большинства акушеров благоприятный эффект при применении экстрактов гипофиза является правилом, неудачи же—исключением.

А. Тимофеев.

278. *За расширение показаний к кесарскому сечению* высказывается Grabich (Münch. med. Woch., 1925, № 41) на основании своих 300 случаев. Общая смертность матерей у него—2,3%, для 250 сл. узкого таза—1,7%. Общая смертность детей—7,7%, редуцированная—5,3%. Автор отдает предпочтение трансперитонеальному цервикальному методу перед экстраперитонеальным. Возможно более глубокое положение разреза на растянутой шейке, тщательное сшивание раны двойным швом, тщательное прикрытие раны мочевым пузырем и перитонизация являются, по его мнению, необходимыми условиями успеха. Лихорадочная ¹⁹ sub ragis не служит противопоказанием к операции, если общее состояние больной, ее вид, пульс вполне удовлетворительны, а желание иметь ребенка очень сильно.

А. Тимофеев.

279. *Послеродовой сепсис*. В специальном заседании в Поганьсбурге (Трансвааль) вопросам послеродовой инфекции посвящен был ряд докладов (Med. Journ. of South Africa, 1925, № 10). Разбирая этиологию пuerперального сепсиса, Ma x w e l l главной причиной инфекции считает загрязнение со стороны малоподготовленных акушеров. Автор не думает, чтобы инфекция здоровой роженицы могла быть вызвана кишечными палочками из прямой кишки роженицы, но он допускает аутоинфекцию гаматогенным путем из загложихих очагов воспаления, напр., в трубах, в среднем ухе и т. п. Mc. Gibbon исследованиями крови мог показать, что стерильная кровь у послеродовой (или абортной) больной нередко переполняется микробами после внутриматочного вмешательства. Источниками инфекции он считает влагалищное исследование, а также ручное отделение последа—в особенности, если рука вводилась в матку неоднократно. В противоположность Ma x w e l l'у этот автор думает, что загрязнение наружных половых частей кишечной палочкой тоже угрожает серьезной опасностью роженице. Роды патологические, в особенности с оперативным вмешательством, а также у перворожающих, особенно опасны в смысле инфекции. Abelheim на основании 30-летнего опыта дает указания относительно терапии пuerперальных болезней. При инфекции все швы должны быть сняты, и раны тампонируются подоформным газом. Хинин, эрготин, питуитрин. Спринцевания в первое время исключаются. Полезно вставить в матку резиновый дренаж. Автор предостерегает против выскабливания при пuerперальном эндометрите. При задержке частей плаценты лечение консервативное—хинин, эрготин, резиновый дренаж; при сильном кровотечении—ежедневно подоформная тампонада, и, если температура в течение 7 дней нормальна,—удаление остатков щипцами. При сепсисе А. советует вводить по 50 к. с. поливалентной стрептококковой сыворотки три дня подряд; применяются также электрагол (5 к. с. внутривенно) и искусственные абсцессы при помощи 2—5 к. с. скипидара. Schabert профилактику сепсиса проводит по Zweifel'ю—спринцеваниями 1/2% молочной кислоты, антистрептококковой сывороткой и вакциной. Гоноррею надо лечить sub graviditate, т. е. она способствует росту гноеродных микробов. Coitus в последние месяцы беременности запрещается. Влагалищное исследование ограничивается. Акушерки и врачи должны проводить принцип неинфекции своих рук.

А. Тимофеев.

280. *К профилактике послеродовых заболеваний*. Fleischer (Therapia, Budapest, 1925, № 7) рекомендует для этой цели следующие меры: возможно дольше сохранять плодный пузырь, лучше всего при помощи приемов морфия; искусственный разрыв пузыря—только при placenta praevia и hydramnion'e; покойное положение в первом периоде родов, достигаемое тоже при помощи морфия; в периоде изгнания—хинин; послеродовой период вести выжидательно; перед ручным выделением плода—испробовать способ Gabaston'a (наполнение плаценты соевым раствором через сосуды пуновины); после длительных или оперативных законченных родов в течение 1-го дня р. р. профилактически давать хинин по 0,2 5 раз; имеющиеся раны (разрывы) смазывать йодом или 1:1000 риванолом; при задержке оболочек и лихорадке активных внутриматочных вмешательств не предпринимать.

А. Тимофеев.

281. *Лечение послеродового сепсиса.* Sbrozzzi (Clin. ostetr., 1925, 9) в начальных стадиях инфекции советует дезинфицировать влагалище и матку 30% раствором карболовой кислоты и, по удалении свертков и частей плаценты, смазывать полость матки подной настоек. При лохиометре рекомендуется дренаж подоформной марлей. При септическом аборте автор применяет общепринятый в Италии активный метод терапии. Общее лечение сыворотками и вакцинами хороших результатов не дает. Несколько больший успех получается при протейновой терапии. Охотно применяемые в Италии искусственные абсцессы, по автору, имеют лишь прогностическое значение, т. к. при отсутствии реакции прогноз должен считаться очень плохим. Rodaliri (Riv. d'ostetr. e ginecul. prat., 1925, № 10) описывает методы лечения и профилактики сепсиса в акуш. клинике в Мантуе. Лечение септических абортов должно быть активное, в виде выскабливания ложечкой, при обязательном условии, что операция делается опытным врачом. На 524 случая смертных исходов было только два. При лечении послеродового сепсиса лучшие результаты дала протейновая терапия. Последняя рекомендуется и как профилактическое средство во всех подозрительных на инфекцию случаях. При гонорройной инфекции автор видел очень хорошие результаты при внутримышечном введении препарата «goncal». При маститах горячо рекомендует применение kalkcasein'a. Koulhand (Bull. med., 1925, № 39) при лечении абортов широко применяет выскабливание, которое должно быть произведено возможно ранее. При задержке частей плаценты при нормальных родах рекомендуется немедленное вхождение рукою в полость матки. В более поздние сроки послеродового периода применяется тупая ложка. R. не разделяет мнения немецких авторов о важном значении защитного грануляционного вала. Производится также выскабливание и щеткообразными инструментами по Dolegis с последующей обработкой матки креозот-глицерином (1:20), а также филътратами стрептококковых культур. В качестве общей терапии автором практикуется применение novarsenobenzol'a 0.1—0.15 через каждые два дня, большею частью внутривенно; обычно требуется 1—5 инъекций, но в отдельных случаях число их доходило у автора до 15.

А. Тимофеев.

282. *Лечение белей сапонином.* Zickgraf (Deut. med. Woch., 1925, № 42), исходя из соображения, что сапонин действует раздражающе на протоплазму и т. о. является легким прижигающим средством, применял спринцевания с сапонином в различных разведениях. Действие его оказалось быстрым, субъективные результаты хороши. В легких случаях бели исчезают после 14 дневного лечения, и слизистая оболочка влагалища принимает нормальный вид. Бактериологических исследований автор не производил.

А. Т.

283. *Беременность и роды после имплантации труб* наблюдал Unterberger (Mon. f. Geb. u. Gyn., 1926, April) у женщины 35 л., находившейся замужем 11 лет, но ни разу не беременевшей. Пертубация обнаружила у ней непродоходимость труб, причем во время операции выяснилось, что абдоминальные отверстия яйцеводов не зарощены, а непроходимыми являются перешейковые части труб, пораженные узловатым сальпингитом (salpingitis isthmica nodosa) с легкими сращениями. Автор резецировал перешейковую часть правой трубы, щадя сосуды последней, мобилизовал оставшуюся часть и вшил ее в сагиттальный разрез маточного дна таким же образом, как Fгапз вшивает мочеточники в пузырь (маточный конец трубы был расщеплен на протяжении 1/2 сант., и оба лоскута пришиты к маточной мукозе). Уже при первых половых сношениях после операции больная забеременела и в срок родила, при помощивыходных щипцов, живую девочку в 7 1/2 ф. весом.

В. Груздев.

284. *Симплектомия в гинекологии.* Leriche (Presse med., 1925, № 29), с успехом произведя обдиране адвентиции aa. hypogastricarum считает эту операцию полезною при метроррагиях без анатомического субстрата, аменоррее вследствие спаек яичников, дисменоррее при маленькой подвижной матке, краврозе вульвы и болях после радиотерапии рака шейки (по реф. в Журн. для усов. вр., 1926, № 1).

В. С.

к) Педиатрия.

285. *Изменения лейкоцитов при острых поносах у грудных детей.* Heissen (Zeit. f. Kinderh., Bd. 40, H. 4) исследовал кровь у 12 детей, болевших пщевой интоксикацией, и у 40 с диспентсией частью инфекционного, частью алиментарного происхождения, причем нашел резкие дегенеративные изменения структуры лей-

коцитов. Особенно значительны оказались эти изменения при интоксикации, когда в крови появляются незрелые и зрелые миелоциты, промиелоциты и миелобласты; в лимфоцитах наблюдаются ненормальные перетяжки в ядре и вакуоли в протоплазме. По картине белых кровяных шариков нельзя впрочем узнать, инфекционного или алиментарного происхождения понос; однако присутствие эозинофилов и моноцитов, которые при интоксикации исчезают, является прогностически благоприятным признаком. Число лейкоцитов при интоксикациях достигает 40,000, при хронических и подострых формах поноса—14.000.

Д. Богданова.

286. *Молоко с медом в питании детей.* V. Dumas (Arch. de med. des enfants, t. XXIX, № 1) рассматривает мед, как средство, могущее восстановить некоторые важные свойства молока, утрачиваемые при кипячении. Молоко необходимо кипятить для уничтожения патогенных микробов и сапрофитов, но кипячением мы лишаем его витаминов. Для восстановления последних к кипяченому молоку, охлажденному до 60°, и надо добавлять мед, содержащий большое количество витаминов. Хорошие результаты с таким молоком были получены в Швейцарии Emrich'ом на 200 слабых и болезненных детях, причем мед назначался им в возрастающих количествах—от $\frac{1}{2}$ кофейной ложки до 1 столовой ложки, 2 раза в день.

Е. Кливанский—Кроль.

287. *О влиянии кормления коров рыбьим жиром на содержание витамина А в молоке.* R. Wagner и H. Wimbberger (Zeit. f. Kindhl., Bd. 40, H. 3) кормили в зимние месяцы 9 детей с цветущим рахитом, не подвергавшихся непосредственному действию солнечных лучей, молоком коров, которые, кроме обычного корма, получали в течение 7 мес. раз в день рыбий жир в количестве от 50,0 до 300,0. В течение 3 недель до того дети питались молоком контрольных коров, живших в тех же условиях, но не получавших рыбьего жира. На основании своих наблюдений авторы пришли к следующим выводам: 1) молоко коров, подвергавшихся кормлению большими количествами рыбьего жира, не имело никакого лечебного эффекта на рахитических детей; 2) как содержание витамина А в таком молоке, так и противорахитическое действие его, испытанное на крысах, были лишь незначительно повышены; 3) с целью профилактики и лечения рахита рекомендуется назначать детям рыбий жир непосредственно.

Левинсон.

288. *Эпидемический энцефалит у детей.* А. Л. Дынкин (Врач. Дело, 1926, № 5), разбирая клинику данной болезни в детском возрасте, находит, что эпидемический энцефалит поражает детей гораздо реже, чем взрослых, хотя он может встречаться даже у грудных детей и новорожденных. Протекает он у детей длительно,—месяцы и годы, причем периоды улучшения чередуются с периодами ухудшения. Полное выздоровление от этой болезни у детей бывает редко,—обыкновенно после нее наблюдаются тяжелые последствия, главным образом в области психики. В отношении лечения мы в настоящее время бессильны. Ввиду контактного характера болезни автор считает необходимым изолировать случаи эпидемического энцефалита, встречающиеся в детских лечебных заведениях. В. С.

л) Желтопатология.

289. *К вопросу о самостоятельных рефлексах в симпатической нервной системе.* И. П. Разенков (Ж. Эксперим. Биологии, 1926, № 3) экспериментально доказал, что в симпатических узлах могут происходить самостоятельные рефлекторные процессы. Раздражая центральный конец п. hypogastrici в случаях, где gang. mesentericum inf. изолировался от подходящих к нему волокон как во время опыта, так и за несколько дней до опыта, он получал всегда сокращение мочевого пузыря. После смазывания никотином узла рефлекс пропадал. Автор думает, что в g. mesenter. inf. находятся чувствительные и двигательные клетки п. hypogastrici, обуславливающие самостоятельные рефлексы.

Г. Перuzziли.

290. *Подопленно-пальцевой рефлекс.* А. М. Мостовишкер (Ж. Невр. и Псих., 1925, № 3—4), изучая этот рефлекс, описанный впервые Жуковским, ни в одном случае отсутствия пораженных пирамидных путей не наблюдал его. По его заключению подопленно-пальцевой рефлекс по своей частоте превосходит все остальные патологические рефлексы, кроме p. Babinski'го.

Г. Перuzziли.

291. *К лечению нервных болезней парэнтеральным введением молока.* Проф. В. В. Корелин (Психо-Невр. Жур., 1926 г., вып. I), применив это ле-

чение у 23 больных, наблюдал полное выздоровление в 8 случаях (сифилис центр. нерв. сист., при комбинированном лечении со ртутью,—4 сл., воспаленные периферических нервов—3 сл. и эпидемический менингит—1 сл.); далее, в 3 случаях это лечение дало улучшение, а в остальных осталось без результата.

Г. Первушин.

292. *Лечение паркинсонизма.* Проф. Осокин и Гончаров (Клян. Ж. Саратов. Ун., 1925, № 4) рекомендуют лечить паркинсонизм после летаргического энцефалита интравенозными инъекциями 25% раствора Na sacodylicі, в дозе от 4,0 до 8,0 куб. с., повторяя выписывания 1—2 раза в неделю. Совместно проводится курортное лечение на Кавказе.

Г. П.

293. *К лечению прогрессивного паралича.* Н. Reiter (Klin. Woch., 1926, № 11), совместно с Sagelem, нашел, между прочим, что у паралитиков, безрезультатно подвергавшихся лечению resurrens'ом, наступало улучшение при введении живых чистых культур *sp. pallida* на жидкой среде. Р. Гельтцер.

м) Сифилидология.

294. *Об интравенозном применении luetin'a.* Н. Planner (Derm. Woch., 1925, № 9), при внутривенном введении luetin'a, приготовленного из органов, содержащих в большом количестве *sp. pallida*, во всех 16 исследованных им случаях наблюдал более или менее сильную общую и очаговую реакцию. Что касается лечебного эффекта средства, то автор после нескольких, а иногда уже и после одной инъекций, наблюдал ясную тенденцию к улучшению, причем в 2 случаях эта тенденция проявилась очень быстро. Инъекции luetin'a производились в постепенно увеличиваемых дозах, от 0,025 до 0,8 к. с. Р. Гельтцер.

295. *Лечение сифилиса солями теллура.* С. Levaditi и S. Nicolaie (C. r. Soc. de Biol., 1926, № 12) испытали лечебное действие солей теллура при экспериментальном сифилисе кроликов и др. спирохетозах. Оказалось, что в опытах *in vitro* теллуровый натр обезвреживает *Sp. gallinarum* в концентрации 1:100, разрушает *Typh. palud.* в концентрации 1:10.000. В противоположность тому, что наблюдается при As и Bi, экстракт из печени кролика не увеличивает паразитицидную способность препарата. *In vivo* теллур вызывает исчезновение трепонем и *Sp. cuniculi* в 2—4 дня. Такое действие присуще как растворимым теллуровым солям, так и теллуру-элементу, причем теллуровый натр и теллуровая кислота весьма токсичны для кролика, токсичность же элемента самого по себе значительно меньше. Лечебное действие проявляется сильнее при экспериментальном сифилисе, чем при спонтанном спирохетозе.

Н. Благовещенский.

н) Полезны носа, горла и уха.

296. *О взаимоотношении между формой черепа и заболеваниями уха и носа.* Пытаясь установить связь между формами черепа и предрасположением к тем или иным заболеваниям уха, носа и его придаточных полостей и различными течениями болезни, В. Е. Перекалин (Журн. ушн. нос. и горл. бол., т. III, №№ 1 и 2) произвел ряд исследований в этом направлении, причем убеждался, что долихоцефалический череп, будучи наиболее совершенным по конструкции, наименее других подвержен указанным заболеваниям. (9 сл. на 215). Преобладающими среди больных ушными и носовыми болезнями являются брахицефалы, хамцефалы (65% для ушных и 55,4% для носовых заболеваний) и гипсицефалы (67,7% для ушных и 73,1% для носовых заболеваний), т. е. субъекты с широким низким черепом при узком лице и высоком небе. Объяснение наибольшего числа ушных больных при наличии хампрозопии—в том, что у хампрозопов евстахиева труба пряма и широка, а отсюда более легкое попадание инфекции из носоглотки в барабанную полость. Вялое послеоперационное течение с осложнениями наблюдается особенно при комбинации брахицефалии и лептопрозопии (широкий череп и узкое лицо): у этих субъектов евстахиева труба узка и изогнута, вследствие чего отток по ней из барабанной полости затруднен. Предложение синуса преобладает при брахи—и гипербрахицефалии, соединенных с лептопрозопией. У отосклеротиков почти всегда имеется гипсицефалия, а также часто лептопрозопия, хамцефалия и брахицефалия, т. е. высокое небо, узкое лицо, низкий широкий череп. В группе носовых больных при искривлении перегородки и гипертрофическом насморке преобладают гипсицефалы. При гнойных заболеваниях придаточных пазух наиболее тяжелое течение наблюдается при долихоцефалии.

Л. Алексеева.

297. *Роль верхнего отрезка дыхательных путей и задачи современной риноларинго-отитологии.* Проф. Цытович (Вестн. риноларинго-отитологии, № 1) отмечает, что правильное носовое дыхание является могучим фактором кровообращения, и расстройства его могут вызывать самые разнообразные заболевания, в частности, а) заболевания сердца (расширение его полостей и перерождение сердечной мышцы); б) заболевания сосудов вообще, в особенности сосудов мозга (артеросклероз); в) заболевания мозга (склероз, энцефалит, головные боли, понижение умственной работоспособности и т. д.); г) заболевания периферических нервов; наконец, д) заболевания крови. Верхний отрезок дыхательных путей, при заболевании носа, является, далее, по наблюдениям автора, наиболее важным участком поступления инфекции внутрь организма, обуславливая всевозможные инфекционные заболевания (ревматизм, воспаление почек, эндо-и перикардит, плеврит и т. д.); в нормальном же состоянии он является наиболее могущественным прибором для задержки и нейтрализации инфекционных начал, поступающих с воздухом в тело человека. В виду этого риноларинго-отитология должна направить свое внимание на изучение условий и путей проникновения инфекции внутрь организма и способов предупреждения этого проникновения. Точное изучение физиологического и патологического состояния носа и зева и удержание их в здоровом состоянии сулит нормальное омоложение и продление жизни. Внимательное изучение больного не с точки зрения заболевания носа, горла и ушей, а главным образом с точки зрения тех изменений, которые вызывают эти страдания во всем организме.—вот, по мнению проф. Ц., путь познания истинного значения риноларинго-отитологии. *О. Васильева.*

298. *Физиологическая роль миндаляков.* Чтобы доказать непосредственную связь между миндаляками и окружающими тканями, проф. В. К. Трутнев (Вестн. риноларинго-отитологии, 1925, № 1) произвел ряд опытов с вырыскиванием в эти ткани туши и кармина. Выпрыскивания производились в нижнюю носовую раковину и в слизистую верхней губы по средней линии. Затем через различные промежутки времени от 2 мин. до 24 ч. производилось удаление миндаляков, и парафиновые срезы из них исследовались под микроскопом на присутствие в них указанных веществ. В результате этих экспериментов автор пришел к заключению, что связь между миндаляками и окружающими тканями несомненно существует, причем определенные части полости носа связаны с той или другой частью миндаляка. *О. Васильева.*

299. *Защитная роль слизистой оболочки верхних дыхательных путей с точки зрения местного иммунитета.* Проф. И. П. Волошин (Вестн. риноларинго-отитологии, 1925 г. № 1), принимая во внимание известные работы Безредка о местном иммунитете, находит, что защитная роль слизистой носа и верхних дыхательных путей сводится к выработке естественного местного иммунитета этих органов, чем приобретает и общий иммунитет всего организма от всех, населяющих слизистую этих путей, микроорганизмов. С этой точки зрения резистентность организма в значительной степени зависит от анатомической и функциональной целостности слизистой покрова названных органов. Раз это так, то вопросы профилактики в смысле сохранения этих весьма ценных и спасительных свойств мукозы верхних дыхательных путей приобретают исключительное значение. С этой точки зрения имеет колоссальную важность устранение всех профессиональных вредностей работы, жилища, пищи, одежды и т. д. С этой же точки зрения, быть может, возможно будет блуждать к разрешению проблемы, ибо это является по преимуществу болезнью слизистой дыхательных путей. Своевременно пересмотреть и целесообразность наших амбулаторных смазываний и прижиганий слизистых верхних дыхательных путей крепкими растворами, так широко ныне применяемых риноларингологами. *О. Васильева.*

300. *К этиологии озаны.* Озана до сих пор остается, в этиологическом отношении, загадкой. Указав на несостоятельность существующих в настоящее время трех главных теорий происхождения этой болезни—инфекционной, механической и гнездовой.—проф. Н. В. Заз (Русская ото-ларингология, 1926, № 1) высказывает мнение, что озана получается в результате заболевания той части симпатической нервной системы, которая имеет отношение к носу. Нервами, заведующими кровообращением, питанием и функцией данной области тела, являются п.п. *nasales posteriores* верхние и нижние, отходящие от *ganglion sphenopalatinum*, т. е. узла Месселья. Глубокие изменения в последнем, остающиеся после инфекционных или нервных заболеваний, изменяют функцию этого узла, его трофические ганглии и т. о. приводят, по мнению автора, к озане. *С. Яхонтов.*

Рецензии.

Angina pectoris. Acta medica, вып. IX. (приложение к «Врачебному Делу»).

В последние годы, когда в вопросах о грудной жабе стали принимать деятельное участие хирурги, с оперативным терапевтическим подходом, появился ряд монографий об этой болезни (А. Martinet, Danielorulo, Vaquez и др.), и естественно было ожидать выхода в свет и на русском языке монография, посвященной этому животрепещущему вопросу. Что *angina pectoris* нарастает количественно, — в этом нет сомнения, и каждый практический врач замечает неуклонное прогрессирование частоты процесса в городах. Поэтому современное изложение вопроса являлось актуальной необходимостью. Выполнение этой задачи взяло на себя «Врачебное Дело», которое дало в своих приложениях сборный труд о грудной жабе проф. Л. Ф. Дмитренко («Проблема грудной жабы») и М. М. Губергрица («Грудная жаба, клиника и терапия»). Кроме того здесь же рассмотрен и другой интересный вопрос, имеющий отношение к вышеприведенным темам: сифилис аорты (д-р А. П. Вальдман) и рентгенодиагностика его (д-р Я. А. Шик).

Очерк, посвященный проблеме грудной жабы и написанный проф. Л. Ф. Дмитренко, всесторонне, в красивой последовательности охватывает развитие учения о причинах грудной жабы. Здесь кратко, но ясно изложена история развития учения о грудной жабе, дана критическая оценка нарождавшихся одна за другой гипотез, которые носят на себе отпечатки того или другого переживания клинической медицины *ad hoc tempus*, и, наконец, подведены итоги современности. Сказать, чтобы наши искания в разрешении проблемы грудной жабы были закончены, референт не может, но он надеется, что «только тогда мы приблизимся к пониманию сущности грудной жабы, и только тогда она перестанет быть для нас проблемой, когда окончательно будет сорвана завеса с тайн вегетативной нервной системы». Очерк проф. Л. надо считать вполне удачным как по содержанию, так и по форме. Здесь дано изложение современного состояния учения о проблеме грудной жабы, — вопроса, который служит постоянным предметом дискуссии. Надо надеяться, что *du choc des opinions jaillit la vérité*.

Вторая тема «Грудная жаба» разработана главным образом с клинической стороны проф. Губергрицем. Если не касаться несколько тяжелого времени стиля и повторений, и этот очерк представляет большой и заслуженный интерес. Автор подробно останавливается на симптомокомплексе болезни, причинах ангинозных приступов, их характере, особенностях и на явлениях, сопровождающих приступы (пульс, кровяное давление, повышение 1^0 и т. д.). Далее он разбирает электрокардиографические данные и их значение, останавливается на острых приступах (описанных проф. Образцовым и Стражеско, но не упоминает о дифференциальной топиической диагностике проф. Плетнева), на эквивалентах жабы (Gallavardin, Wassermann и др.), на ремиссиях, на свойстве и характере болей, разбирает вопрос об ангинозной кардиальгии и аортальгии, *angina abdominalis vera* и *angina pectoris spuria*. Подробно также затрагивает автор вопрос о предсказании. Одважко в этом отделе, по нашему мнению, есть некоторые неточности. Так, напр., автор пишет, что «осложняющим прогноз обстоятельством является появление приступов *anginae pectoris* при митральном пороке, особенно с иррадиациями. Появление *insuf. v. v. aortae* часто прекращает приступы» (стр. 44). Этот пункт нуждается в коррекции. Данный вопрос уже останавливал внимание наблюдателей: взаимоотношению грудной жабы и пороков сердца Mackenzie и я, в своих лекциях по сердечным болезням (Казань, 1923 г.) уделили место, причем на основании фактического об'исследования вопроса я мог прийти к заключению, что при заболевании клапанов аорты грудная жаба наблюдается часто; наоборот, присоединение к этому страданию еще недостаточности двухстворки, как правило, уменьшает частоту ее приступов (стр. 131), так что «недостаточность или стеноз аортальных клапанов обычно ухудшают течение грудной жабы, недостаточность и стеноз митрального клапана обычно уменьшают или даже прекращают приступы» (стр. 136).

Затем автор разбирает различные способы лечения этого болезненного синдрома, включая сюда и взгляды на хирургическое вмешательство. И этот очерк проф. Г. является хорошим изображением клинического понятия об ангинозном синдроме и его лечении.

Третья часть книги посвящена д-ром Вальдманом вопросу о сифилисе аорты. Тема изложена хорошо. Жаль только, что говоря кратко об успехах патолого-анатомической разработки вопроса, автор не упоминает о работах Chiari и Benda, моих учителей, которые много способствовали выделению из группы атерioskлеротических изменений сосудов *mesaortitis luica* B. Нам очень понравилась схема симиотоматологии аортитов: она продумана и последовательно и точно расчленена, что может служить хорошим пособием в диагностике аортитов. Этот очерк написан живо, клинически ясно и, пожалуй, исчерпывающе.

Наконец четвертой частью этой книжки является рентгенодиагностика сифилиса аорты, изложенная д-ром Шиком. Автор дает на четырех страничках очень обстоятельное описание рентгеновских картин сифилитического поражения аорты и иллюстрирует их приложенными снимками.

Как в общем и целом—по содержанию, так и в частности—по внешности книги, ее бумаге и шрифту, это приложение «Врачебного Дела» является в высокой степени ценным презентом подписчику и читателю, и мы должны поблагодарить как журнал за хорошее приложение, так и авторов, сумевших дать в сжатой форме с достаточной полнотой отражение современного состояния затронутых вопросов: *non multum, sed multa!*

С. Зимицкий.

R. Ruge, P. Mühlens u. M. Zur Verth. *Krankheiten und Hygiene der warmen Länder*. Leipzig, 1925. Ver. Dr. Werner Klinkhardt.

Русская медицинская литература по инфекционным болезням до настоящего времени в особенности бедна книгами учебного характера, которые могли бы обслуживать студентов и врачей, и потому всякая вновь появляющаяся в этой области книга, хотя бы изданная не на родном языке, должна привлечь внимание заинтересованных лиц, в особенности когда авторами ее являются крупные авторитеты в науке, и когда вы имеете книгу, прекрасно изданную, снабженную чудными рисунками и таблицами, искусно дополняющими то, что содержится в тексте.

Только что вышедшая на немецком языке вторым изданием книга Ruge, Mühlens'a и Zur Verth'a посвящена авторами директору Тропического Института в Гамбурге проф. Nöschky к 25-летию дню существования этого Института. Книга предназначается главным образом как руководство для практических врачей, соответственно чему авторы особенно большое внимание в ней уделяют практической стороне дела: диагнозу, лечению и профилактике болезней тропических стран, сообщая о тех главнейших достижениях в этой области, которыми располагает современная наука. Помимо чисто теоретического интереса к гигиеническому, социальным и бытовым условиям жизни в жарких странах, для врачей, работающих на широком пространстве нашей родины с ее разнообразными климатическими условиями, книга ценна и с чисто-практической точки зрения, ибо даже те болезни, которые в книге выделены в группу «тропических» болезней, в противовес «космополитическим», в громадном большинстве случаев должны считаться и болезнями нашей страны, каковы: малярия, дизентерия, возвратный и сыпной тиф, *kala-azar*, мальтийская лихорадка, чума, проказа и т. д.

Тому отделу книги, который посвящен описанию болезней, предшествует отдел, составленный Zur Verth'ом, трактующий о климатических бытовых и санитарно-гигиенических условиях жизни тропиков, и статья Ruge о биологии и морфологии крови и технике ее исследования. Далее авторы переходят к изложению основного материала, являющегося содержанием книги,—учения о болезнях теплых стран. Наиболее важным болезням уделяется значительно больше места и внимания, чем болезням, менее распространенным. Наибольшее внимание уделено малярии (Ruge и Mühlens), которой посвящено около 80 страниц. Как по отношению к этой болезни, так и ко всем другим, являющимся предметом изложения в этой книге, авторы сообщают новейшие литературные данные, касающиеся излагаемого вопроса, а также делают с читателем своим собственным опытом и наблюдениями по изучению и борьбе с соответствующими заболеваниями. Все изложено простым и ясным языком, не затрудняющим понимания написанного даже и для не очень опытного в немецком языке читателя. Особенно нужно подчеркнуть прекрасно исполненные цветные таблицы и рисунки с фотографий проф. Mühlens'a. В книге помещено 9 цветных таблиц и 448 рисунков в тексте. Издана книга на прекрасной меловой бумаге и по внешности должна удовлетворять даже очень строгого критика.

Сказанное заставляет нас горячо рекомендовать книгу всем русским врачам, которые найдут в ней много ценного и полезного для своей практической деятельности.

Проф. В. Аристовский.

А. В. Журавлев. *Электроноотерапия, как самостоятельный метод лечения эссенциальных заболеваний.*

Автор разделил эту брошюру на две части. Первая часть содержит краткое историческое описание метода лечения новями помощью электрического тока; в этой же части обстоятельно описывается научная сторона метода электроноотерапии с современной точки зрения. Вторая часть, клиническая, содержит описание ряда характерных случаев, леченных электроноотерапией. Брошюра написана живо и легко читается; кроме того в ней много весьма ценных сведений из области электроноотерапии, которыми так бедна русская литература. *Н. Юрасов.*

П. И. Силин. (Ростов н/Д). *Систематический Указатель русской акушерско-гинекологической литературы за 1925 г. Цена 1 р. 35 к. с пер.*

Давно уже с разных сторон раздаются голоса, что, между тем как подбор иностранной литературы по любому из медицинских вопросов не представляет никаких затруднений, благодаря массе выходящих заграницей специально-реферативных журналов, *Jahresberichtов* и т. п.,—по отношению к русским работам это встречает почти непреодолимые затруднения. Особенно обострилась эта трудность в настоящее время, с рождением массы медицинских журналов, имеющих нередко очень ограниченный круг распространения. Необходимость регулярного издания систематических указателей русской медицинской литературы,—в форме-ли ежемесячников, или в форме ежегодников,—является настолько назревшей, что об ней не приходится и говорить. Само собою разумеется, что издание таких указателей по силам, при настоящих условиях печатного дела у нас в СССР, только Госиздату. Пока же нельзя не приветствовать и попыток в этом направлении вроде сделанной д-ром Силиным, который составил и издал обстоятельно составленный указатель только акушерско-гинекологической литературы и только за один год. Долг тт. акушеров и гинекологов, работающих научно,—поддержать эту попытку, чтобы составитель мог и в дальнейшем продолжать начатое симпатичное дело. Указатель высылается составителем (Ростов н/Д, ул. Енгельса, 141) наложенным платежом за указанную выше цену.

В. Сергеев.

Новая Государственная Фармакопея VII изд. Н. К. З.

Вышла и рассылается всем учреждениям новая Фармакопея 1925 г. Издание заново переработано специальной комиссией Уч. Медицинск. Совета. По сравнению с предыдущим изданием VII издание ввело 116 новых препаратов, исключив 112 старых. Большое внимание уделено исследованию доброкачественности, с каковою целью для многих препаратов (ванперстянка, спорынья, адреналин и др.) установлено физиологическое испытание. Заново переработана таблица высших приемов, а также введена таблица противоядий и пособий при отравлениях. Цена с пересылкой 14 руб. 98 коп.

Г. Бенинг.

Праздник русской науки.

16 февраля 1926 Казань чествовала заслуженного профессора Казанского Университета, одного из старейших членов его Медицинского Факультета, Виктора Сергеевича Груздева, по поводу исполнившегося 35-летия его служения науке и обществу. Торжественное заседание Совета Медицинского Факультета Университета совместно с Советом Государственного Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Советом Ветеринарного Института и научными обществами гор. Казани, с участием представителей партийных, советских и профессиональных организаций, происходило в Комклубе (бывш. Дворянское собрание). Обширный Колонный зал и хоры Комклуба едва вместили всех желающих присутствовать и принять участие в общем празднике. Налицо был весь ученый и медицинский мир Казани, студенчество, пациенты и почитатели популярного профессора.

Юбилар был встречен членами Медфака и Организационного Комитета при входе в здание.

Торжественное заседание было открыто краткой речью декана Медицинского Факультета, проф. А. Н. Миславского (он же заместитель председателя Организационного Комитета), после чего проф. В. С. Груздев был приглашен в зал. Появление юбиляра было встречено продолжительными аплодисментами, перешедшими в долго не стихавшую бурную овацию.

Слово было предоставлено ближайшему ученику и сотруднику В. С. проф. А. И. Тимофееву. В своей речи последний дал подробную оценку заслуг и характеристику деятельности В. С., как ученого, создателя известной в России школы акушеров и гинекологов, как преподавателя и руководителя кафедры и как врача — клинициста и общественного работника. Речь закончилась здравницей в честь русской медицинской науки, в честь старого Казанского Университета и его славного представителя, профессора Груздева.

Далее слово было представлено проф. В. М. Аристовскому, который после краткого вступления огласил часть тех многочисленных приветствий, которые были с разных сторон присланы юбиляру, начав с сердечного приветствия, присланного В. С. его учеником, Народным Комиссаром Здравоохранения Р. С. Ф. С. Р. тов. Н. А. Семашко:

Глубокоуважаемый и дорогой Виктор Иванович! День 16 февраля 1926 г. будет большим праздником не только для русской науки, но и для многочисленных Ваших учеников, работающих на врачебной ниве по всей нашей великой стране.

Тридцать пять лет научного труда, переплетенного с литературным творчеством и практической врачебной работой, — это есть тот славный венок русского общественного ученого врача, который преподнесет Вам в день Вашего юбилея наша родная медицинская семья!

В этой работе отражается бесконечная любовь к науке, к практической Вашей деятельности, как преподавателя в аудитории и врача у постели больного, — все качества настоящего общественика, посвятившего свою жизнь служению трудящимся.

Пусть в дальнейшем эта Ваша работа в течение десятков лет развивается на пользу медицинской науки и для укрепления основ оздоровления нашей страны, проводящихся советским здравоохранением!

От души желаю Вам, дорогой Виктор Иванович, полного здоровья и много сил для продолжения Вашей многочисленной и ценной деятельности на поприще науки и практического врача!

Ваш ученик, народный комиссар здравоохранения РСФСР Н. Семашко. Заместитель Наркома Здравоохранения Р. С. Ф. С. Р. З. Н. Соловьев, также ученик юбиляра «просит передать Виктору Ивановичу Груздеву сердечный привет и пожелания дальнейшей плодотворной работы».

Совет Народных Комиссаров Т. С. С. Р. почтил юбиляра следующим адресом:

«Профессору Виктору Ивановичу Груздеву. Многоуважаемый Виктор Иванович! В день, когда Казанский Государственный Университет, вместе со всем ученым миром СССР, празднует 35-летие Вашей научной и педагогической деятельности, правительство Татарской республики, со своей стороны, присоединяется к многочисленным приветствиям, которые в настоящий день стекаются к Вам, как дань признания Ваших научных и общественных заслуг.

Совет Народных Комиссаров Татарской республики не может не оценить Вашей выдающейся роли в заведении Казанским Университетом того места, которое он занимает в ряду вышних учебных заведений СССР, как один из старейших и авторитетнейших рассадников науки, и как один из важнейших факторов, благодаря которым Казань, а с нею и Татарская республика стали и продолжают оставаться центром культурного тяготения для Востока.

Трудящиеся массы Татарии, освобожденные Октябрьской революцией от классового и национального угнетения, неизменно связанного с природой буржуазного государства, и жадно рвущиеся к знанию и культурному росту, никогда не забудут заслуг тех лучших представителей русской науки, которые, после крушения буржуазии, оставались с ними и продолжали служить науке, впервые полностью становящейся орудием раскрепощения трудовых масс.

От имени трудящихся масс Татарской республики Совет Народных Комиссаров приветствует Вас, Виктор Иванович, как одного из первых среди ученых, имеющих безусловное право на признательную память со стороны отставшего, но возрождающегося к новой жизни края, и надеется, что единодушный и сердечный хор приветствий в день 35-летия Вашей неутомимой и славной деятель-

ности поможет Вам на долгие годы сохранить физические силы и бодрость духа вечно ищущего ученого для дальнейшей, богатой плодами деятельности на пользу мировой науки, родного Вам университета и трудящихся масс Татарской республики.

Председатель Совета Народных Комиссаров Тат. Сов. Республики Х. Габидуллин.

«Пролетарский парламент», — Казанский Городской Совет, — приветствовал В. С. от имени трудящихся масс гор. Казани, заявляя, что его «плодотворную работу в медицинской науке глубоко ценят пролетарии Казани и от души желают ему еще много лет работать на пользу трудящихся».

От Татарского Совета Профессиональных союзов было зачитано следующее приветствие:

«Профессору Викторину Сергеевичу Груздеву. Уважаемый товарищ Викторин Сергеевич!

Президиум Татпрофсовета, от имени 90000 организованных в профсоюзы трудящихся Татарии, в день Вашего 35-летнего юбилея ученой, педагогической и врачебной деятельности приветствует Вас, как крупного ученого работника, неизменно стоявшего на своем посту во все трудные моменты революционного времени.

Президиум Т.С.Н.С. выражает надежду еще долгие годы видеть Вас на этом посту на пользу трудящихся С.С.С.Р. и укрепление Союза Науки и труда. Председатель Т.С.Н.С. Ратехин».

Народный Комисариат Просвещения Т.С.С.Р. в своем адресе В. С. отметил: «С необычайной последовательностью и настойчивостью Вы работали в области патологии и терапии женских болезней и в частности тех, какими особенно страдают женщины-татарки и представительницы наименьшей части местного края»... «В тяжелые годы гражданской войны, работая на главном посту советской науки, Вы создаете ценнейшее руководство по акушерству и гинекологии... «35 лет учено-преподавательской деятельности Викторина Сергеевича Груздева дают ему полное право заслуженного работника, ветерана советской медицины. Нарком Просвещения Тагиров, уполномоченный по д.ВУЗ Векслин».

Народный Комисариат Здравоохранения Украинской С.С.Р., зная и высоко ценя многолетнюю, высокополезную учено-преподавательскую, врачебную и общественную деятельность В. С., «считает своим долгом приветствовать его и выражает искренние пожелания, чтобы он, оставаясь и впредь на славном посту «советской медицины, имел бы силы еще много лет так же неутомимо нести свою творческую работу на пользу великого дела охраны здоровья трудящихся и готовить новые кадры работников на медицинском поприще, оставаясь по-прежнему ярким примером самоотверженной научной и общественной работы. Народный Комиссар Здравоохранения У.С.С.Р. Ефимов».

Народный Комиссар Здравоохранения Татарской Республики тов. Мухамедьяров прочитал следующий адрес от Татнаркомздрава Т.С.С.Р.:

Глубокоуважаемый профессор Викторин Сергеевич! Народный Комисариат Здравоохранения Татарской Республики приветствует Вас с днем 35-летия Вашей славной научно-учебной, врачебной и общественной деятельности.

Старый Казанский Университет, видевший в своих стенах немало крупнейших научных имен, вновь чувствует одного из первоклассных ученых, талантливого преподавателя, врача и общественного деятеля, директора Акушерско-Гинекологической клиники профессора Викторина Сергеевича Груздева. Большое количество ценных научных трудов создано маститым юбиляром. Ряд учеников Вашей школы занимают кафедры акушерства и гинекологии в Медвузах СССР, развивая и множа идеи и знания, почерпнутые у Вас.

Не одно поколение врачей получило свое врачебное образование и практическую подготовку у Вас и работает на благо трудящихся. Эта научно-преподавательская деятельность была пропитана духом широкой общественности.

В условиях нашей, подчас тяжелой обстановки Вы находили время для работ над возрождением Казанского Медицинского Журнала, объединяющего научно-медицинскую мысль врачей громадного района.

В революционный период строительства советской медицины Вы неоднократно оказывали ценные услуги местным органам здравоохранения, приходя им на помощь Вашим богатым опытом, эрудицией и неисчерпаемыми знаниями.

Тяжелые годы гражданской войны, хозяйственной разрухи, эпидемии, голода не ослабили Вашей энергии. Вы с сознанием своего долга, как честный труженик, неустанно продолжали свою научную и врачебную работу, оперировали без по-

мощников-врачей, почти один вели свою клинику, оказывая помощь громадному количеству страдающих крестьянок и рабочих.

Отмечая все Ваши беспримерные заслуги, Наркомздрав ТР считает своим долгом чествовать Вас, как своего крупного ученого, и уверен, что и в дальнейшем исключительная энергия не покинет Вас еще многие годы на благо науки и оздоровления трудящихся масс. Народный Комиссар Здравоохранения Татарской Республики Мухамедьяров».

Государственный Ученый Совет, в лице Научно-Технической Секции, приветствовал В. С., отмечая, что «ученые труды проф. Груздева в области акушерства и гинекологии, его профессорская деятельность, создавшая целые кадры ученых гинекологов, сделали имя проф. Груздева известным далеко за пределами Казани. Государственный Ученый Совет шлет горячие пожелания, чтобы плодотворная деятельность уважаемого профессора продолжалась многие годы на пользу русского просвещения. Председатель Научно-Технической Секции Г.У.С.а Шмидт. Пом. Ученого Секретаря Н.Т.С. Г.У.С.а Жегаллер».

«Главный Комитет Проффессионального Образования приветствует профессора Викторина Сергеевича Груздева с 35-летним учено-преподавательской деятельностью и шлет пожелания дальнейшей плодотворной работы на пользу трудящихся. Ходоровский, Броннер».

Правление Казанского Государственного Университета, перечисляя заслуги В. С. во всех областях его деятельности, в частности по возрождению «Казанского Медицинского Журнала» и фактического руководства делом издания «Ученых Записок Казанского Университета»,—«считает своим долгом особенно отметить, что труды В. С. способствуют культурному подъему живых и активных сил нашего Союза и поддержанию на должной высоте авторитета одного из старейших и заслуженных расадников науки—Казанского Государственного Университета. И. д. Редактора Университета проф. Арбузов».

Адрес Медицинского Факультета Казанского Государственного Университета был прочитан деканом, проф. А. Н. Миславским:

«Дорогой Викторин Сергеевич! Двадцать пять лет тому назад Медицинский Факультет Казанского Университета, среди членов которого красовались тогда имена крупнейших представителей русской медицинской науки, поверил Вам ответственную кафедру акушерства и женских болезней.

Приняв в свое заведывание кафедру, Вы, тогда еще молодой ученый, в своей первой же лекции основным принципом Вашей будущей деятельности провозгласили тесную связь теоретической и клинической медицины. В этой связи Вы видели единственно правильный путь к успешному развитию медицинской науки, как обширной и важной ветви биологии. Этому принципу Вы сумели остаться верным в течение всей Вашей блестящей ученой и преподавательской деятельности и своей работой заняли видное место в первых рядах русских ученых, создали свою школу акушеров и гинекологов, сделавшись славой и гордостью Факультета.

Крупный ученый, выдающийся клиницист, талантливый преподаватель, Вы свою задачу, как профессора Университета, понимали очень широко. Университет был для Вас воистину Universitas omnium litterarum. Интересы Факультета и медицинского образования были неизменно Вашими интересами, Вы радовались радостями Факультета и болели его печальми. Ваше широкое понимание задач Университета и его Медицинского Факультета породило Ваше неуклонное стремление вынести Ваше преподавание далеко за пределы Университетской аудитории, и не случайно то обстоятельство, что Вы тесно связали Ваше руководство кафедрой с руководством печатным медицинским органом.

В день 35-летия Вашей деятельности Медицинский Факультет, считая для себя честью и счастьем иметь Вас в своей среде, приосит Вам свои горячие поздравления и желает Вам еще многие годы оставаться на славном посту русского науки и руководителя кафедры. Декан Медицинского Факультета проф. А. Миславский. Члены президиума: Алуж, Зосин. Члены Факультета: С. Зимницкий, А. Фаворский, А. Луньяк, Н. Ищереков, П. Глушков, Вольтер, Трутнев, Миславский, В. Терновский, А. Тимофеев.

Далее были заслушаны приветствия: от Начальника Военно-Медицинской Академии РККА, от Медфака I Московского Государственного Университета, от декана и ученого Совета Медфака II Московского Государственного Университета, от Ленинградского Медицинского Института, от Государственного Акушерско-Гинекологического Института Наркомздрава (Ленинград), от Государственного

Института Медицинских Знаний, от Одесского Государственного Медицинского Института, от Томского Университета и Медфака, от Правления Саратовского Государственного Университета, от Пермского Университета и Медфака, от Омского Медицинского Института, от Правления и Медфака Иркутского Университета, от Медфака Самарского Университета, от Астраханского Медицинского Института, от Смоленского Медфака, от Белорусского Университета и Медфака, от Государственного Венерологического Института (Москва), от Физмата и Рабфака Казанского Университета, от Государственного Института для усовершенствования врачей (Ленинград).

Казанский Ветеринарный Институт в своем адресе подчеркнул личные заслуги юбиляра на пользу науки и в интересах укрепления связи между ВУЗ'ами. «Эта связь,—говорилось в адресе,—генетически поддерживается Институтом с первых дней его возникновения и в первое время через основоположников некоторых кафедр, общих для Университета и Института, который свято чтит эту преемственность, олицетворяемую с 1900 г. в примере Вашей школы, пользующейся сравнительным методом изучения гинекологии и акушерства экспериментально на животных в организованной Вами специально для этих целей лаборатории при клинике. Переведенные под Вашим руководством и с Вашими дополнениями иностранные учебники по гинекологии и акушерству, а равно Ваши собственные руководства по тем же дисциплинам воспитали целый ряд бесконечно благодарных учеников. К ним мы присоединяем и скромных ветеринарных тружеников, учившихся по Вашим трудам в области нормы и патологии половой сферы женского индивидуума. Ректор проф. К. Боль».

Директор Казанского Государственного Института для усов. врачей проф. Р. А. Лурья совместно с представителем от прикомандированных к Институту врачей д-ром Ивановым поднесла юбиляру адрес, в котором, между прочим, говорилось: «Институт считает необходимым особенно подчеркнуть Ваши большие заслуги в деле усовершенствования врачей и организации на Востоке Союза новой медицинской школы для врачей, в которую участие Ваше привлекает врачей отдаленнейших мест, желающих услышать Ваше живое слово... Ваша исключительная скромность, ярко выраженное чувство врачебного и общественного долга, эрудиция и трудоспособность надолго будут служить лучшим образом русского врача-учителя». Под адресом масса подписей профессоров, преподавателей, врачей и слушателей Института.

Клиническая врачебная семья Акушерско-Гинекологической клиники, во главе которой проф. В. С. Груздев стоит бессменно более 25 лет, поднесла своему дорогому учителю и руководителю чрезвычайно теплый и сердечный адрес в роскошной папке. Адрес был прочитан старейшим работником клиники, ассистентом д-ром В. В. Дьяконовым.

«Дорогой и любимый учитель! Сегодня медицинский мир всего Союза празднует 35-летие Вашей учено-преподавательской деятельности и отмечает Ваши заслуги перед наукой и обществом. Мы, горсть Ваших учеников и сотрудников, в этот знаменательный день не берем на себя смелости производить оценку Ваших колоссальных заслуг перед русской гинекологией и акушерством,—их оценили и оценят другие. Мы же хотим отметить, что в Вашем лице мы имеем не только учителя-руководителя, передающего нам свои знания и опыт, но учителя—отца, принимающего близко к сердцу интересы и нужды своих молодых учеников. Ваше необыкновенное радушие, милая простота в обращении и доступность привлекают к Вам сердца всех, кто имеет честь и счастье работать под Вашим руководством.

Своей снисходительностью к ошибкам и заблуждениям молодых учеников, терпеливым выслушиванием их мнений, постоянную готовностью своей огромной эрудицией и опытом придти на помощь в их сомнениях и заблуждениях, Вы создали в клинике атмосферу истинного доверия и дружелюбия, которые так ценны для нас, Ваших молодых учеников. Своею любовью и преданностью к науке и неустанным трудом даете нам яркий пример, вселяете в нас жажду к знанию и стимул к работе.

Мы, ученики Вашей школы, гордимся Вами, кoryфеем русской науки, и жаждем, чтобы Вы, бодрый духом и телом, надолго остались нашим руководителем. Вы, светоч науки, должны многие и многие годы здравствовать и ярко гореть на благо всего человечества! А. Тимофеев. В. Дьяконов. Ю. Лейбчик. П. Маненков. И. Легенченко. С. Левин. Д. Давыдов. В. Дусеева. А. Саглова. А. Кудашев. Д. Елин. С. Зильберт. Г. Шарафутдинов.

А. Вылегжанин. А. Кандаратский. А. Чигарин. Н. Чукалов. К. Маркина.

От имени акушеров клиники поднесли адрес и подарок старейшие акушерики М. П. Коголи и С. Н. Чумакова.

Глубокоуважаемый и дорогой Викторин Сергеевич! Позвольте и нам, акушеркам Вашей клиники, приветствовать Вас в день Вашего 35-летнего юбилея.

Мы хорошо знаем Вас и как человека, и как руководителя клиники, и как учителя молодежи, и как врача—практика.

Каким неутомимым трудом наполнены Ваши дни! И, несмотря на это Вы всегда уделяете нам время, когда мы идем к Вам за советом и с редкой отзывчивостью и неослабеваемым интересом Вы помогаете нам разобраться в каждом случае.

Мы хорошо знаем Ваше ровное и простое обращение и Вашу способность понимать человеческое горе и приходить на помощь ко всем без различия.

Знаем, что Вам приходилось руководить клиникой в очень трудное время, когда, действительно, была пуща исключительная горячая любовь к делу, чтобы не опускать рук. И Вы никогда не опускали их. Не опускали даже в дни самых трудных испытаний, когда бессильно замирала жизнь в других учреждениях.

Мы не можем оценить Ваших теоретических научных трудов, но знаем и убеждены, что Вы заслужили себе выдающееся профессорское имя в медицине своим крупным талантом, сильным умом и твердой настойчивой волей.

Мы счастливы, что, работая под Вашим руководством, учимся у Вас науке и доброму отношению к страждущему человечеству.

В полном смысле слова Вы наш лучший друг, наш мудрый наставник и наш стойкий заступник.

Делегация от сиделок клиники в составе героев труда М. М. Никитиной (27 лет службы) и А. Т. Орловой (25 лет службы) поднесли юбиляру, по старому русскому народному обычаю, хлеб-соль. Появление на эстраде сиделок с хлебом-солью вызвало бурную овацию. В своем адресе младший персонал клиники заявляет: «Ваш юбилей является не только праздником в медицинском мире, но и праздником женщины всего Востока, и сегодня мы имеем счастье приветствовать Вас и принести Вам глубокую благодарность не только как служащие, но и как женщины».

«К нам, низшим служащим, Вы, несмотря на свое высокое положение, были всегда справедливы, заботливы и внимательны».

Не менее бурными аплодисментами молодежи были покрыты приветствия представителей студенческих организаций и студенчества старших курсов. Адреса от них были оглашены председателем Академкомиссии Исполбюро Университетов Готлобом. Студенты говорят своему учителю, что они «счастливы и горды тем, что имеют возможность в течение последних 2 лет заканчивать свое медицинское образование в области акушерства и гинекологии под Вашим авторитетным руководством. Мы хотим отметить, что, вступая в жизнь, как будущие участковые врачи, мы уносим с собой сознание, что Вы и Ваша клиника дали нам максимум того, что необходимо для практической работы на участке».

В результате Вашей 25-летней профессорской деятельности в стенах Казанского Университета явился Ваш прекрасный классический труд по акушерству и гинекологии, который долгие годы будет служить нам настольной книгой и всегда напоминать и нам и многим последующим поколениям русских врачей о нашем дорогом и славном профессоре Викторине Сергеевiche Груздеве».

Акушерско-Гинекологическая секция при Студенческом Научно-медицинском кружке в своем адресе пишет:

«Нам особенно ценно, что Вы—крупный ученый, маститый профессор, обремененный врачебно-научной работой, работой по преподавательству в клинике и редакторству крупнейшего медицинского издательства СССР, охотно отозвались на наши скромные запросы и приняли руководство работой нашей акушерско-гинекологической секции».

Ваша необыкновенная простота и доступность делают работу секции под Вашим высоким научным покровительством и руководством чрезвычайно для нас ценной и бесконечно приятной.

Уходя скоро в жизнь для работы в массах, мы унесем с собой самые лучшие и теплые воспоминания о нашем дорогом учителе и руководителе—славном профессоре Викторине Сергеевiche Груздеве».

Кроме того получены телеграфные приветствия от студенчества старших курсов и предметных клинических комиссий Томского, Иркутского, Самарского Университетов и Омского Медицинского Института.

Выступивший затем с приветствием редактор «Красной Татарии» тов. Г. Е. Цыпин провел параллель между положением науки и научных работников в Америке и у нас в Союзе:

В просвещенной Америке с ее многочисленными университетами парламентским путем на пьедестал науки возводится Ветхий Завет. Дарвин—низвергается. В нашем же союзе даже неграмотный преклонится перед изумительной доктриной Дарвина.

В нашем Союзе ученый—почетный гражданин. Слово ученого здесь—веское, перед которым мы все преклоняемся.

И что может быть прекраснее союза науки и труда?

Тот. Цыпин от имени редакции «Красной Татарии» поднес юбиляру альбом с номерами газеты от 16 февр., посвященный юбиляру, с адресом, напечатанным красной краской на газете: «Глубокоуважаемый Викторян Сергеевич! Редакция «Красной Татарии» и «Новой Деревни» с душевной радостью приветствует Вас, талантливого ученого-труженика в день Вашего 35-летнего юбилея.

Редакция, с особой гордостью числа Вас среди постоянных своих сотрудников, выражает искреннюю уверенность в том, что еще долгие годы Вы будете служить Вашему великому делу—науке, и Вашему любимому делу—печати.

Проф. В. М. Аристовский, соредактор «Казанского Медицинского Журнала», прочел «дышащий теплотой и искренностью адрес Редакционного Комитета Журнала»: «Глубокоуважаемый и дорогой Викторян Сергеевич! Ваша 35-летняя научная, преподавательская и врачебная деятельность является огромным торжеством русской науки, выдающимся представителем которой Вы являетесь.

Неменьшее торжество представляет она и для обширной врачебной семьи нашей страны, среди которой рассеяны во множестве Ваши ученики, ведущие на народной ниве, среди самой гущи народных масс, тяжелую, но плодотворную врачебную работу.

Но особенно ярким торжеством является сегодняшний день для Вашего детища, «Казанского Медицинского Журнала». Со дня возобновления его в тяжелом 1921 г. Вы так тесно спаялись с ним, что Вы и «Журнал» стали неотделимы. Нет такой жертвы, которой Вы-бы не принесли для «Журнала», нет такого труда, который Вы пожалели-бы для него.

Вокруг «Журнала» Вы сумели объединить все живые научные силы; из местного органа «Журнал» стал всесоюзным; он вырос в величайшую культурную ценность.

Дорогой Викторян Сергеевич, редакция «Журнала» от своего имени и от имени сотрудников и читателей его не находит слов для выражения своей глубочайшей благодарности. Мы, видящие изо дня в день Вашу работу, знающие ее, мы можем только изумляться. Ученик Манассеяна, Вы, дорогой Викторян Сергеевич, для нас не только выдающийся ученый, учитель, врач, но величайший недостижимый пример исключительной добросовестности, беспредельной энергии и великого сознания общественного долга перед печатным медицинским словом.

Наше горячее желание еще многие годы видеть Вас на славном посту ученого, учителя, врача и руководителя крупного научного медицинского органа печати, столь многим, если не всем, Вам обязанного. Пусть наш «Журнал» под Вашим руководством продолжает развиваться и глубоко проникать в толщу врачебных масс, приобщая их к медицинскому творчеству и объединяя молодые научные силы.

Вам, нашему дорогому руководителю, из созданных Вами величайших культурных ценностей и радости нашей работать с Вами плетем мы венок. Редакционный Комитет «Казанского Медицинского Журнала»: проф. В. Аристовский, д-р И. Алаф, д-р З. Блюмштейн, проф. Р. Лурья, проф. М. Фридланд.

Поступило также приветствие от Свердловских соредакторов «Каз. Мед. Журнала»—проф. Л. Ратнера и д-ра Н. Курдова.

Труженики свинцовой армии, I Государственной Типографии «Красный Печатник», где печатается «Казанский Медицинский Журнал»,—прислали также юбиляру свой «рабочий привет». В своем адресе они говорят: «Мы хотим лишь

выразить гордость, которая наполняет наши сердца в день Вашего юбилея. Работая с Вами, мы все время видим, что «Журнал» технически совершенствуется и улучшается. Работая на посту редактора, Вы проявили редкую добросовестность и сознание общественного долга. Теперь уже на технику и качество продукции вообще, а типографских изданий—в частности обратило внимание Правительство Союза Советских Социалистических Республик, выделяя на эту работу одного из полей Октябрьской революции, товарища Троцкого. Вы же, редактируя «Казанский Медицинский Журнал», позаботились об этом много раньше, и в этом Ваша заслуга. Вы достойнейший редактор в полном смысле этого слова, а в отношениях с рабочими Вы никогда не смотрели сверху вниз. Заведующий типографией Литвинов, предзавком Яонов, представитель рабочих Козлов».

Ко дню юбилея поступили также телеграммы: от Редакционного Комитета «Журнала Акушерства и Женских Болезней» (Скробанский, Тимофеев, Рабинович, Григорова), от редакции журнала «Гинекология и Акушерство», от редакции журнала «Врачебное Дело», от редакции «Вестника Современной Медицины», от Института Микробиологии и редакции «Вестника Микробиологии» в Саратове (Никаноров), от редакции «Пермского Межджурнала», от редакции «Журнал для усовершенствования врачей» (проф. Бруштейн). Редакционная семья журнала «Вестник Знания» в своей телеграмме приветствовала в лице глубокоуважаемого юбиляра, профессора Викторина Сергеевича Груздева, не только одну из выдающихся ученых сил Республики, но также и одного из заслуженных борцов за великий лозунг: «Наука и демократия». «Редакторство и участие Викторина Сергеевича в редакционной и литературной работе ряда крупнейших научно-популярных журналов, как «Природа и Люди», «Знание для Всех» и других, явившихся родоначальниками современного «Вестника Знания» и несших подобно ему свет научной истины в среду самых широких народных масс, дают редакции «Вест. Знания» право приветствовать юбиляра от имени многих тысяч русских читателей, обязанных ему за его тридцатипятилетнюю культурно-просветительную и литературно-научную деятельность».

Следующие акушерско-Гинекологические клиники прислали адреса и приветствия юбиляру: Акушерско-Гинекологическая клиника Военно-Медицинской Академии (проф. Ширшов), обе Акушерско-Гинекологические клиники Ленинградского Медицинского Института (проф. Скробанский), Госпитальная Акушерско-Гинекологическая клиника Гимза (проф. Кривский), Акушерская клиника Государственного Института для усов. врачей в Ленинграде (проф. Марковский), Акушерско-Гинекологическая клиника I М. Г. У. (проф. Малиновский), Акушерская клиника 2 М. Г. У. (проф. Курдюновский), Акушерско-Гинекологическая клиника Киевского Медицинского Института (проф. Писемский), Госп. Акушерско-Гинекологическая клиника Киевского Университета (проф. Соколов), Акушерско-Гинекологическая клиника Киевского Клинического Института (проф. Писемский), Одесская Акушерско-Гинекологическая клиника (проф. Орлов), Госпит. Акушерско-Гинекологическая клиника Одесского Медицинского Института (проф. Томсон), Акушерско-Гинекологическая клиника Томского Университета (проф. Горизонто), Акушерско-Гинекологическая клиника Саратовского Университета (проф. Какушкин), Пермская Гинекологическая клиника (проф. Парин), Гинекологическая клиника Северо-Кавказского Университета (проф. Соловьев), Акушерско-Гинекологическая клиника Астраханского Медицинского Института (проф. Кушталов), Акушерско-Гинекологическая Клиника Самарского Университета (преп. Софотеров), Акушерско-Гинекологическая клиника Смоленского Университета (проф. Марков), Акушерская клиника Тифльского Медфака (проф. Тиканадзе), Акушерско-Гинекологическая клиника Екатеринославского Медицинского Института (проф. Цомакион), Акушерско-Гинекологическая Клиника Белорусского Университета (проф. Выдрип) и Акушерско-Гинекологическая клиника Казанского Государственного Института для усов. врачей (проф. Тимофеев).

Конференция врачей Акушерско-Гинекологической клиники I Московского Университета в своем адресе подчеркнула: «Разрабатывая почти все научные, современные проблемы акушерства и гинекологии, Вы вместе с тем, неоднократно останавливались и на прошлом этих наук в нашем отечестве, особенно оттеняя заслуги русских ученых».

«Обе Акушерско-Гинекологические клиники Ленинградского Медицинского Института шлют дорогому юбиляру В. С. свои искреннейшие поздравления и пожелания еще много лет работать на пользу русского акушерства и гинекологии, первым представителем которых является он».

В приветствии Акушерско-Гинекологической клиники Саратовского Университета характерны следующие строки: «Храва клинику и неустанно развивая ее работу, Вы, Викторин Сергеевич, тем самым оберегали ценность, нераздельность Университета и заставляли уважать старые, русские университетские традиции, среди которых издавна, всегда, теперь и впрямь пылали и будут пылать истинные очаги и светочи русской культуры».

Акушерско-Гинекологическая клиника Казанского Гос. Института для усовершенствования врачей в поднесенном адресе отметила: «Несмотря на Вашу перегруженность работой в Университете, научно-творческую деятельность, Вы все же нашли возможным принять участие в деятельности нашей клиники и Вам, одному из немногих, мы обязаны своим возникновением и процветанием».

Поступили адреса и приветствия от Казанских клиник: от университетских хирургических клиник (проф. Вишневецкий), от Университетской Процедевт. Хирургической клиники (проф. Боголюбов), от Фак. Терапевтической клиники Университета (проф. Чебоксаров), от Университетской клиники Семіотики внутр. бол. (проф. Зимницкий), от Клиники врачебной диагностики Университета (проф. Николаев), от Клиники инфекционных болезней (проф. Вольтер), от Детской клиники Университета (проф. Меньшиков), от Клиники нервных болезней (проф. Фаворский), от Психиатрической клиники (проф. Юдин), от Фак. Дермато-венерологической клиники (проф. Пильнов), от Клиники носовых, горловых и ушных болезней (проф. Грутнев), от Лаборатории Физиологической химии (проф. Панормов), от Хирургической клиники Института для усовершенствования врачей (проф. Боголюбов) и от клиники Нервных болезней Института для усовер. врач. (проф. Фаворский).

Следующие научные общества принесли свои поздравления юбиляру, прислав адреса и телеграфные приветствия: Ленинградское Акушерско-Гинекологическое О-во, постановившее посвятить ближайший номер «Журнала Акушерства и Женских Болезней», а также ближайшее научное заседание имени своего почетного члена Викторина Сергеевича Груздева (проф. Кривский); Ленинградское О-во при Госуд. Акушерско-Гинекологическом Институте (проф. Отт. Преображенский); Акушерско-Гинекологическое О-во при I МГУ (проф. Колосов); О-во Врачей при Казанском Университете поднесло адрес своему почетному члену и бывшему председателю (проф. Чебоксаров); О-во Невропатологов при Казанском Университете (проф. Фаворский); О-во Естествоиспытателей при Казанском Университете (проф. Гордягин); Татарский Отдел Российского О-ва Ветеринарных врачей (проф. Боль); Киевское Акушерско-Гинекологическое О-во (проф. Писемский); О-во Практических врачей Томска вместе с Акушерско-гинекологической секцией, открытие которой было приурочено ко дню юбилея проф. Груздева (проф. Зимин, Горизонтов); О-во Естествоиспытателей и Врачей при Томском Университете (проф. Курлов); Одесское Научное Акушерско-Гинекологическое О-во (проф. Орлов); Медицинское О-во при Пермском Университете (проф. Парин); Донское Гинекологическое Научное Общество; О-во Врачей Самары; Научное Медицинское О-во при Астраханском Мединституте (проф. Баккал); Астраханское Одонтологическое О-во (Фармаиов); Уральское Медицинское О-во (проф. Ратнер); Оренбургское Физико-Медицинское О-во (Даркшевич); Ульяновское Научное О-во (Столбов); Ярославское О-во Врачей; Уфимское Научное О-во Врачей; Секция Дерматологов и Венерологов при Казанском О-ве Врачей (проф. Пильнов); Научный студенческий Акушерско-Гинекологический кружок Северо-Кавказского Университета. Прислала также свое приветствие Коллегия Защитников при Казанском Главсуде (Ратнер).

Нижеследующие научные общества избрали проф. В. С. Груздева своим почетным членом: 1) Акушерско-Гинекологическое О-во при I М. Г. У., 2) Гинекологическое О-во при Саратовском Университете, 3) Донское Акушерско-Гинекологическое О-во, 4) Научно-Медицинское О-во при Иркутском Университете и 5) Астраханское О-во Научной Медицины.

Целый ряд обществ посвятил ко дню 35-летнего юбилея проф. В. С. Груздева специальные научные заседания: Ленинградское Акушерско-Гинекологическое О-во, Акушерско-Гинекологическое О-во при I М. Г. У., Научные Конференции врачей Род. дома имени Грауэрмана (Москва), соединенное заседание всех секций О-ва практических врачей г. Томска, Донское Акушерско-Гинекологическое О-во, Научно-Медицинское О-во при Иркутском Университете, Научное Медицинское О-во при Астраханском Мединституте и др.

Профессиональные организации также чрезвычайно живо откликнулись на юбилей заслуженного профессора и врача—общественника, чрезвычайно популярного во врачебных массах человека: Областное Правление Татарского Отдела союза «Рабпроса», Правление союза «Медсантруд» и Бюро его врачебной секции поднесли юбиляру адреса. Прислали поздравления Центральное Бюро Секции научных работников (Москва) и Бюро Секции научных работников Самары. Казанская Секция научных работников в своем адресе заявила, «что она вправе гордиться иметь В. С. в своем составе, как редкое и светлое сочетание исследователя, педагога, врача и общественника». Ц. Б. врачебной секции союза «Медсантруд» приветствовало проф. Груздева, «как ученого общественника, не оставившего своего поста в тяжелые годы борьбы и отдавшего свои силы и знания Республике Трудящихся». Кроме того поступили приветствия от Губсоюза Секции врачей при Самарском Губотделе Союза «Медсантруд» и ряда врачебных секций г. г. Тюмени, Калуги, Сталинграда, Вологды, Алатыря и Ижевска.

Прислали свои приветствия паркомздравы Башкирской и Чувашской республик, губ. здравотделы Оренбурга, Саратова и Калуги, Окргдравотдел Саранула и Мензелинский Кантздрав.

От нижеследующих больничных учреждений были получены адреса и телеграммы: от Гинекологического Отделения Обуховской больницы (проф. Кривекий); от Родильного дома Баумановского района Москвы (проф. Малиповский); от Родильного дома имени проф. Сеченова в Москве (проф. Александров); от Лепехинского Родильного дома и Тимистеровской больницы в Москве (проф. Илькевич); от Родильного дома имени Грауэрмана в Москве (проф. Сердюков); от Государственного Научного Института Охраны Матинства в Москве (Рахманов); от врачей больничного городка в Твери (Успенский, Штемпелин—былш. ординатор В. С.); от 1 Уфимской Советской больницы (Байтеряков); от Сталинградской Губбольницы (Френкель); от Гинекологического Отделения Сталинградской Губбольницы (Остроумова); от Астраханского Губ. Родильного дома (Гузилов); от Астраханской Судходной больницы (Лерман); от Калужской губ. больницы (Тихомиров, Кедрова—былш. ординатор В. С.); от Казанского Городского Родильного приюта (Русский—былш. ординатор В. С.); от больницы имени Мулла-Нур Вахитова в Казани (Кулаев); от Казанской IV Рабочей больницы (Тихонов); от Акушерско-Гинекологического Отделения VI рабочей больницы (Чукалов—былш. ординатор В. С.); от врачей Казанской Пороховой больницы (Дегтяров); от Инфекционной больницы Татпаркомздрава (Агафонов); от Казанского Коллектива безработных врачей (Бузунов).

Личный друг В. С., проф. П. Г. Савченко, поздравил его от имени Кубанского Химико-Бактериологического Института. От Центрального Музея Татареспублики прислал поздравление тов. Воробьев.

Врачи Свияжского кантона, приветствуя В. С., пишут: «Теоретические и практические знания, полученные в Вашей школе, позволяли нам с большой смелостью облегчать страдания женщины—селянки при ее многочисленных родах и связанных с ними болезнях. На всех съездах врачей мы неизменно встречали Вас в своей среде, горячо интересующегося нашей общественной жизнью, нашим правовым и материальным положением, нашими идеалами и деле необходимого оздоровления труда и быта населения участков. Гришберг, Маслов, Казанцев, Пономов (былш. ординатор В. С.), Райштейн, Гордеев и Терпиловский».

Далее были оглашены приветствия от врачей Оренбургской губернии (представитель Чернов), Алатырского Округа (ученики: Агеев, Воронков, Вознесенский, Грязнов, Леонов, Никитов, Осиповский, Пягалев, Чистов, Шлемский, Чистопольский, Елабужского и Мензелинского кантонов, от группы врачей Чувашреспублики и Б. Ачасырской волости и фельдшеров (Смирнов).

Из многочисленных учеников В. С. прислали свои сердечные поздравления: былш. ассистенты: д-р Кривошеин (Одесса), проф. Горизонтов (Томск), проф. Малиновский (Москва), проф. Занченко (Иркутск), проф. Козлов (Омск), д-р Болондз (Уфа), преп. Софотеров (Самара); бывшие ординаторы: Давыдов (Ростов н/Д.), Русский (Казань), д-р мед. Кедрова (Калуга), Левитский (Москва), Ахунан (Москва), Лейбов (Казань), Бессонов (Орел), Ярославцев (Казань), Бушмакина (Иркутск), ученики: проф. Бушмакин, проф. Донсков, Штейнберг, Промптов, Бутылин, Дивногорский, Бекренев, Иванов, Моторин (Иркутск); бывшие сослуживцы и ученики: профф. Париц, Первушин, Пичугин и

Здравомыслов, д-ра Стрелков, Велицкий, Вечтомов, Борщов, Карташев, Фенелонов, Яковлев и Шубин (Пермь), проф. Онокин (Томск), проф. Лидский (Астрахань), Андреев, проф. Аничков, Бондарев, Быков, Карасик, Ласточкин, Сперанский (Ленинград); Астраханские врачи: Астахов, Баль, Бураков, Винников, Винницкий, Гузикова, Розентул, Розентул-Залькинд, проф. А. Т. Лидский, Пасхалов, Рейтман, Краснянский, Сандлер, Голузаков, Фарманов, Хаустов, Хлебников, и Шредер; Башкирский Нарком здравоохранения Куватов, бывш. акушерка клиники Е. К. Бударина (Ленинград), Омские врачи Ромодановский, проф. Борман, проф. Зарядин, проф. Козлов, Гиммельман, Третьяков и Боголюбов; Сталинградские врачи-казанцы: Кривошеев, Ягулов, Логинов, Френкель, Беляков, Мерш, Крючков, Сурминский, Рубцов, Хенкин, Вейслер, Яковлев и Самофалов.

Приводим далее целый ряд персональных поздравлений юбиляру от крупнейших представителей отечественной гинекологии и акушерства, а также и других дисциплин,—от сотовавшихся по Университету, личных друзей и почитателей. Поздравления прислали проф. Д. О. Отт (Ленинград), проф. А. П. Губарев, проф. Н. А. Брауде, проф. М. Н. Колосов (Москва), проф. Тикандзе (Тифлис), проф. Преображенский (Ленинград), проф. Новиков (Ташкент), проф. Петров (Саратов), проф. В. П. Разумовский (Саратов), проф. М. Г. Курлов (Томск), проф. А. М. Левин (Баку), проф. Р. Mühlens (Hamburg), Чистовичи (Ленинград), проф. Николаев, Барыкин, Малиновский, Розанов, д-р Цыкин (Москва), издатель П. П. Сойкин (Ленинград), проф. М. Н. Чебоксаров, П. М. Казан, Васильев, К. Г. Болъ, Н. Н. Фирсов, уполномоч. ВУЗ тов. Векслин, преп. Корбут (Казань), проф. Кузнецкий (Пермь), Алфераки-Фаворская, Васильев (Казань), Вознесенские (Москва), Гремячкины (Самара), Касицын, Паррот (Москва), Порфирьевы, Вишневская, Меньшикова, Чирковская, проф. Мамадышский, Долгина Р. и П. Е. Бусоргин (Казань).

Врач Разказова (Самара), в известном деле которой В. С. участвовал в качестве главного эксперта, приветствовала В. С. «как чуткого, отзывчивого человека, приходящего всегда на помощь своим коллегам в постигающих их несчастьях».

В конце заседания слово для приветствия было предоставлено работнице Гогошилиной, только что выписавшейся из клиники В. С. после произведенной им ей операции Wertheim-Zweifel's. «Я видела,—сказала Гогошилина,—какое ваше отношение к больным работницам, как заботитесь вы к ним. Кроме благодарностей вам, ничего ни от кого я не слышала.

У Вас нет выделения, кто буржуй, кто рабочий. И мы, работницы, уверены, что Вы дадите знания пролетарскому студенчеству, которое подготавливает себя к служению рабочему классу».

Дружные аплодисменты присутствующей молодежи прервали здесь Гогошилину...

Проф. Аристовский, подводя итоги юбилейному торжеству, был прав, когда говорил:

«Жив и будет жить Казанский университет, если он еще может гордиться славными именами таких работников, каким является В. С. Груздев. И наше настоящее торжество дает нам уверенность, что Казань остается попрежнему крупным культурным центром, откуда свет знания распространяется широкой волной далеко за пределы нашего края».

Под гром долго не стихающих рукоплесканий В. С. появляется на кафедре и держит ответное слово:

«Дорогие товарищи! Не нахожу слов выразить, как тронут я выпавшими сегодня на мою долю знаками Вашего внимания... Тронут, но, в то же время, и глубоко смущен, ибо прекрасно сознаю, как мало соответствуют мои действительные заслуги сегодняшнему чествованию,—всякий близко знающий меня, знает, что я говорю это не из принятой на юбилеях показной скромности, а по глубокому внутреннему убеждению...

Если мне удалось сделать что-либо доброе на той кафедре, которую я уже более четверти века имею честь занимать в Казанском Университете,—этим я вполне обязан не столько собственным качествам, сколько тому, что мне посчастливилось быть учеником по истине замечательных учителей. Что касается, в част-

ности, тех отраслей науки, которым я посвятил себя,—акушерства и гинекологии,—то моими учителями были «отцы русского акушерства и русской гинекологии», профессора Антон Яковлевич Красовский, Кронид Федорович Славянский и более всего—мой непосредственный руководитель, недавно скончавшийся профессор Алексей Иванович Лебедев. Они-то и заложили те научные основы, которых я был скромным продолжателем, к их школе с гордостью себя причисляю... в своей научной и клинической работе, к их школе с гордостью себя причисляю...

Это относится, однако, лишь к узко-специальной стороне моей деятельности. Если же взять ее более широко, то, как врач, преподаватель, наконец, просто человек, я сформировался под влиянием той чудной, светлой личности, которую в свое время справедливо называли «живою совестью русского врача». Я говорю о профессоре Вячеславе Авксентьевиче Манассине. Через несколько дней исполнится ровно четверть века с того дня, как уснул вечным сном дорогой учитель, которого наш Казанский край с гордостью может назвать сыном и—я сказал-бы—одним из самых славных своих сынов. Великие события, пережитые за эти 25 лет нашей родиной, заслонили от глаз современников эту обаятельную личность, но заветы Вячеслава Авксентьевича пережили века. Эти-то заветы,—беспредельную веру в науку, глубокую любовь к страждущему человеку без различия состояния, веры и народности, неустанный трудлюбие, ненависть к рекламе, наконец, любовь к печатному слову,—я не мог хоть отчасти не усвоить, как и всякий другой из непосредственных учеников Вячеслава Авксентьевича. Эти-то заветы я старался проводить и в своей жизни, и провозглашать с кафедры. Их старался я привить своим ученикам, их завещаю и вам, товарищи. Конечно, с моей стороны было-бы дерзостью претендовать на полное духовное сродство с этою кристальною личностью, как слабая копия не может претендовать на сродство с оригинальным творением великого мастера. Но подражателем и учеником Вячеслава Авксентьевича я был, есть и буду до гробовой доски.

От Вячеслава Авксентьевича, думаю, в значительной мере я заимствовал его нелюбовь к публичным выступлениям. Я живо помню, какую смущенную, несчастную фигуру представлял мой незабвенный учитель, когда его чуть не силой вынуждали занимать председательское место на каком-нибудь торжественном заседании, или когда он был предметом какого-нибудь чествования. Как изменяло ему при этом его обычное красноречие!... И я непременно уклонился-бы от настоящего чествования, если-бы оно было лишь моим личным торжеством. Но, как заявил мне об этом уважаемый декан нашего Факультета, я не имел морального права отказываться, так как это—не только мое личное торжество, это—торжество всего Казанского Университета.

Я—живой пример того, какую могучую,—я-бы сказал, чарующую—силу притяжения обладает этот старый, славный Университет с его многолетними традициями. По своему происхождению и образованию я совершенно чужд ему. Чужаком явился я в Университет 25 лет тому назад,—и вот, достаточно было мне пробыть в нем несколько лет, чтобы я сделался больше казанцем, чем сами казанцы. И до революции, и при Советской власти я неоднократно получал чрезвычайно лестные приглашения перейти и в Ленинград, и в Москву, несколько раз колебался, но в конце концов эта сила притяжения каждый раз брала верх.

Настоящее торжество свидетельствует, далее, что, несмотря на перенесенные Казанским Университетом невзгоды, кренко еще стоит эта цитадель знания, ярко еще светит этот маяк, от которого то и дело зажигаются новые очаги просвещения: университеты—в Томске, Саратове, Иркутске, институты—для усовершенствования врачей в Казани, медицинские в Астрахани и Омске.

Предстоящий в ближайшее время юбилей гениального Лобачевского выявит углубленнее, чем был Казанский Университет уже в первое время своего существования. Нет сомнения, однако, что и в будущем его роль будет не менее значительна. Вам всем известно, какой явный восточный уклон придавала своей политике Советская власть, как горячо стремилась она принести свет знания и свободы темным, поработенным народам Востока. Восуществления этого стремления Казанскому Университету предстоит полнейшая грандиозная роль, как передовой твердыне знания на Востоке России. Пожелаем же, товарищи, что-бы наша алмазная с честью выполнила эту роль. Пожелаем, чтобы она получила для этого и необходимые средства, чтобы в К. У. снова возникли и факультет восточных языков, и факультет советского права, и факультет истории и литературы. Да здравствует славный Казанский Университет!... Да цветет он на многие годы!...

Да цветут и те высшие школы, которые возникли при непосредственном участии Казанского Университета,—университеты в Томске, Саратове, Иркутске, Казанский Институт для усовершенствования врачей, медицинские институты в Астрахани и Омске!»...

Вечером того же дня было организовано товарищеское чествование проф. Груздева в тесном кругу ближайших друзей, товарищей и учеников В. С. Вечер носил удивительно задумчивый и теплый характер. Произносились речи, делились воспоминаниями о совместной работе, о своих учителях; отмечалась нравственно-благотворная роль юбиляра, его глубокое моральное влияние и товарищеская поддержка, которую он оказывал и оказывает всем, обращающимся к нему за советом и помощью, все равно, будь то зеленая молодежь, или умудренные опытом профессора. «Все идут, все тянутся на приветливый огонек В. С. в полной уверенности на радужный и теплый прием», сказал один из застольных ораторов на этом вечере.

На другой день, 17 февраля, в Доме Ученых, состоялся банкет, устроенный Правительством Татарской Республики в честь маститого юбиляра. Председательствовал на банкете тов. Х. Габидуллин—председатель Совета Народных Комиссаров ТССР., возглавлявший Организационный Комитет по проведению чествования проф. В. С. Груздева. В речах тов. Габидуллина, а также председателя ТСПС тов. Ратехина, редактора «Красной Татарии» тов. Цыпина и других подчеркивалась в особенности огромная культурная роль и значение юбиляра для населения Татарской Республики и Камско-Волжского края.

«Союз Науки и Труда»—вот основной мотив всех речей, произнесенных на банкете в честь проф. Груздева.

Ю. Лейбчик.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 22/IV.

Д-р Шварцман: *„Пораженность малярией Казани по данным обследования населения“.*

Д-р Ланде: *„Состояние тонуса вегетативной нервной системы при желудочных заболеваниях“.* На основании исследования вегетативной нервной системы у желудочных больных докладчик пришел к выводу, что имеется тесная связь между заболеванием желудка и состоянием тонуса этой системы. Так у больных с язвой желудка в 75% наблюдается повышение тонуса п. vagi, а в 55%—понижение тонуса симпатического нерва; при hyperaciditas всегда имеется повышение тонуса блуждающего нерва; у больных с субацидными и анацидными катаррами наблюдается понижение тонуса вегетативной нервной системы, главным образом со стороны п. vagi; у раковых больных имеется угнетение всей вегетативной нервной системы.

Проф. Зимницкий: *„Новое в патогенезе пептических язв“.* Докладчик, предварительно ознакомивши собрание с прежними теориями происхождения язв, провел мысль, что в основе этого заболевания лежит местный ацидоз тканей. Исходя из этого, он применял лечение этого заболевания щелочами. Исследование вегетативной нервной системы показало, что при этом лечении имеется повышение тонуса п. sympathici.—Прения: профф. Самойлов и Лурья, д-ра Русецкий и Миркин.

Физиологическая секция.

Заседание 7/I.

Преп. Ветохин: *Процессы возбуждения в колоколе медузы Aurelia aurita и регуляция перемещений животного в морской воде*.* 1) В организме медузы Aurelia aurita зона, связанная с краевыми тельцами, как это доказывалось Еймером, действительно представляет собою очаг возбуждения,—от этой зоны начинаются сокращения мышц колокола медузы; эта зона способна регенерировать

вместе с регенерацией краевых телец. Сократительные зоны краевых телец в функциональном отношении равноправны, все они одинаково способны к ритмическим возбуждениям, но все они могут переходить и в состояние угнетения, при чем это последнее наступает в результате рефлекса через посредство чувствительного аппарата медузы. Вместе с тем при замедлении ритмических сокращений медузы или при полном их угнетении происходит падение тонуса в колоколе медузы, что указывает на тесную взаимную связь ритмической деятельности организма и его тонуса. 2) Проведение возбуждения в колоколе медузы происходит в любом направлении с одинаковой скоростью, равной на препаратах от свежепойманных экземпляров при 1° в 10° около 20 см. в секунду. 3) В случае одновременного раздражения ленты из колокола медузы с двух противоположных концов возникают 2 сократительные волны, встречающихся в середине ленты и здесь же затухающих, причем место соприкосновения этих волн лишь слабо участвует в сокращении. При одиночных раздражениях индуктивным током ленты из колокола медузы наблюдается явление лестницы, весьма сильно выраженное: первые удары, будучи максимальными, могут не вызвать никакого сокращения. 4) Если у целой медузы оставить один очаг возбуждения (одно краевое тельце с его зоной), то движения животного в морской воде приобретают своеобразный характер вращения, направленного в ту сторону, на которой осталось неповрежденное краевое тельце и которая участвует в деятельном сокращении, а на противоположной стороне медузы происходит почти полное отсутствие сокращений и потеря тонуса. Для нормальных движений животного необходимо присутствие нескольких неповрежденных очагов возбуждения, симметрично расположенных. Удаленные краевые тельца у здоровых экземпляров *Aurelia* начинают регенерировать часов через 30, причем зона, где начинается регенерация краевых телец, задолго до его окончательной регенерации приобретает функцию очага возбуждения. Поэтому для нормальных сокращений и движений в морской воде колокола медузы краевые тельца, как таковые, не нужны, они не несут функции органов равновесия. 5) Что сократительная зона краевых телец является источником ритмического возбуждения, доказывается, подобно опытам Gaskell на сердце лягушки, локальным нагреванием или охлаждением краевых телец: ритм изменяется в сторону учащения при нагревании этой зоны, а при охлаждении—обратно, между тем как локальное нагревание другого любого участка препарата медузы не изменяет ее ритма.—Прения: проф. Самойлов, проф. Викторов, преп. Щербаков.

Заседание 31/II.

Преп. Ветохин: „Кислая реакция на поверхности недеятельной изолированной мышцы, констатированная при помощи обесцвеченного фуксина“. Доклад будет помещен в «К. М. Журнале».

Хирургическая секция.

Заседание 19/III.

Цимхес: Демонстрация двух больных с аномалией половых органов (гермафродиты).—Прения: профф. Красин и Фридланд.

Иванова: Демонстрация мочеточниковой аномалии (двойной мочеточник).—Прения: проф. Красин, д-ра Огнев и Сызганов.

Яхонтов: Демонстрация больных с удаленными инородными телами из бронха и пищевода.—Прения: профф. Трутнев, Боголюбов, Красин и Фридланд и д-ра Гусынин, Огнев и Фишман.

Преп. Гусынин: Демонстрация больных с пластикой по Филатову. Был показан ряд больных в разных стадиях замещения дефектов губы, уха и крыльев носа.—Прения: профф. Боголюбов и Красин.

Цимхес: К патологии и хирургии т. наз. грыже от соскальзывания. Сообщено 8 наблюдений из клиники проф. Боголюбова.—Прения: профф. Боголюбов, Красин и Фридланд.

Флеров: „О дополнительном подшивании мышц к апоневрозу при паховом грыжеисечении“. В виду частого отхождения подшитых к пупартовой связке мышц докладчик считает плоскость соприкосновения между этими структурами недостаточной и описывает практикуемый им простой способ, который заключается в последующем (после обычного подшивания мышц к пупартовой связке) подшивании наружной створки апоневроза к передней поверхности мышц (m. obliqui interni и m. transversi abdom.). Оставшаяся внутренняя створка заприкидывается затем на наружную и к ней подшивается. Благодаря этому способу площадь

соприкосновения мышцы увеличивается в несколько раз, увеличивая тем самым прочность скрепы. Предварительно необходимо очистить апоневроз от рыхлой ареоларной ткани, — иначе сращение может не наступить. — Прения: проф. Боголюбов, Красин и Фридланд и д-ра Гусынин и Огнев.

Заседание 10/IV.

Огнев и Сызганок: „*Типы печеней человека*“ (демонстрация препаратов). По наблюдениям докладчиков печени с вентропечетальной позицией стоят ниже, чем с дорзопечетальной. По глубине борозд печени могут быть разделены на два типа. В 120/о докладчиками найдена lig. cysto-colicum; кроме того на вскрытиях встречалась и lig. cysto-duodenale. Одна печень оказалась без желчного пузыря. Всего докладчиками было обследовано 150 печеней. — Прения: проф. Вишневский и при операциях не смешивать ее с воспалительными спайками; проф. Боголюбов в сообщении о том, что недавно он эту lig. cysto-colicum видел при операции; кроме того в прениях участвовали прив.-доц. Соколов и д-ра Алексеев и Лобков.

Огнев: Демонстрация случая *двух-корневой а. radialis*.

Секретарь секции С. Флеров.

Офтальмологическая секция.

Заседание 28/IV.

Афонасьева: „*К вопросу о местном амилоиде глаз при трахоме*“ Докладчицей представлены результаты гистологического исследования двух случаев рубцовой трахомы, клинически протекавших с картиной амилоидного перерождения. В первом случае, при гистологическом исследовании, в конъюнктиве глазного яблока при резкой реакции на амилоид, под слоем эпителиа найдена клеточная инфильтрация, преимущественно плазматическими клетками; за ней идет слой амилоидно перерожденной ткани, располагающейся глыбами, окруженными клеточной инфильтрацией: преимущественно плазматическими клетками, из которых многие находятся в стадии распада. Во втором случае, при исследовании конъюнктивы переходной складки, где получилась реакция на амилоид, найдено: под слоем толстых клеток эпителиа находится тонкий слой клеточной инфильтрации, за которым идет путями однородная масса перерожденной ткани; вокруг сосудов инфильтрация, преимущественно плазматическими клетками, причем лежащие дальше от сосудов клетки находятся в стадии дегенерации. При исследовании хряща замечается в перитарзальной ткани обильная инфильтрация плазматическими клетками, в которых можно проследить появление зернистости, резкое увеличение размеров клеток и, наконец, распад в кучки зернистости. Встречаются тельца Roussella как в клетках, так и свободно лежащие.

Прения: профф. Чирковский и Адамюк и д-р Дымшид.

Волженский: „*Случай гумозного поражения орбиты*“. У больной 40 лет в анамнезе — боли в костях, выпадение волос, выкидыши, объективно — alopecia syphilitica, adenopathia, со стороны левого глаза — смещение кнутри, язвенный распад периостальной опухоли в области верхнего и нижнего края у наружного угла глазницы; специфическая смешанная терапия дала благоприятный лечебный эффект. — Прения: профф. Чирковский и Адамюк.

Милославская: „*К казуистике злокачественного новообразования роговицы, лимбуса и века*“. Больной 60 лет, страдает поражением нижнего века в виде ulcus rodens в течение 12 лет. Около 2 лет на limbus corneae правого глаза появилось новообразование, которое в настоящее время имеет вид вычурной пуповины и распространяется на роговицу, закрывая 2/3 ее и на склеру. Микроскопическое исследование обнаружило карциному. Можно думать об имплантации с нижнего века. Предполагается провести лечение радием. — Прения: профф. Чирковский и Адамюк, д-р Батарчуков.

Акушерско-Гинекологическая секция.

Заседание 20/I.

Д-р Чукалов: „*К вопросу о missed abortion*“. Доклад помещается в настоящем № «Журнала». — Прения: проф. Груздев, д-ра Лейбчик, Рузский и Гарло.

Д-р Легенченко: „О применении операции *Alexandra-Adams'a* при бесплодии на почве инфантилизма“. Докладчик сообщил о 2 случаях длительного первичного бесплодия на почве резко выраженного инфантилизма. В обоих случаях применявшиеся ранее массаж и расширение цервикального канала не устранили бесплодия, и лишь после применения операции *Alexandra-Adams'a* у обеих пациенток быстро наступила беременность, окончившаяся в срок нормальными родами.—Прения: проф. Груздев, д-ра Лейбчик и Чукалов.

Д-р Левин демонстрировал препарат *внематочной беременности, имевшей летальный исход*. Больная 41 года, рожавшая ранее в срок 4 раза, имела последние месячные в конце сентября. В середине декабря у нее развились приступы болей в животе с рвотой, а через несколько дней появилась желтуха. Б-ая около месяца лежала в одной из терапевтических клиник с подозрением на аппендицит. В середине января у нее было незначительное маточное кровотечение с отхождением пленок, а 20/1 она пришла в амбулаторию Университетской Акушерско-Гинекологической клиники, где после исследования у нее развились явления коллапса. Заподозрена внематочная беременность, и через 2 часа произведена операция. При вскрытии брюшной полости в ней было обнаружено огромное количество старых кровяных сгустков и немного свежей жидкой крови. Ампула левой трубы оказалась расширенной, в стенке трубы, ближе к pars isthmica, находилось отверстие, чрез которое выступали ворсинки. Удаление трубы и кровяных сгустков. Во время операции пульс у больной, и ранее крайне слабый, еще более ухудшился, и через 4 ч., несмотря на все принятые меры, пациентка, не приходя в сознание, скончалась.—Прения: проф. Груздев и д-р Лейбчик.

Д-р Тарло сообщил о случае *геморрагического протитывания бермидной кисты яичника и гидросальпинкса* вследствие ущемления опухолей в последующим острым перекручиванием их ножки на 360°. Сопровождение сопровождалось демонстрацией макроскопического и микроскопических препаратов.

Заседание 12/III.

Д-р Черноярова: „Зависимость степени развития плода от продолжительности менструального периода у матери.“ Доклад будет напечатан в «К. М. Ж.» полностью.—Прения: проф. Груздев.

Д-р Ханина-Гайдук сообщила о случае *переношенной трубной беременности без разрыва трубы*. Операция в этом случае была произведена (проф. Тимофеев) через 14 мес. после возникновения беременности, причем удален плодный мешок с доношенным резко деформированным плодом. Обследование мешка обнаружило, что он представляет собою растянутую трубу без признаков разрыва. Микроскопическое исследование различных участков его стенки показало, что она всюду содержит гладко-мышечные элементы. Доклад сопровождался демонстрацией макроскопического и микроскопических препаратов.—Прения: проф. Груздев и Тимофеев, д-ра Левин и Тарло.

Проф. Тимофеев показал *матку перфорированную во время операции искусственного выкидыша* (при беременности около 3 мес.) и удаленную рег. abdomen.—В прениях д-р Рузский сообщил о 5 подобных же случаях, наблюдавшихся в заведомо им Родильном приюте; в 2 из этих случаев имел место самоизлечение, в 3-м произведено обкалывание кровоточивших сосудов, в 4-м—лапаротомия с зашиванием отверстия в маточной стенке, в 5-м сделано удаление матки.

Заседание 21/VI.

Д-р Сидоров демонстрировал удаленную проф. Тимофеевым *овоиную матку* типа uterus bicornis unicollis asymmetricus с атрезией добавочного рога. У 28-летней больной, имевшей 1 выкидыш и срочные роды, были диагностированы миоматозный узел и правосторонний сактосальпинкс. Исследование удаленной матки показало, что образование, принятое за миоматозный узел, в действительности было атрезированным добавочным рогом матки с мощно развитой мышечной стенкой и полостью, выстланной вполне сформированной слизистой оболочкой, железы которой представляли глубокое вращение в миометрий. С полостью матки полость эта сообщения не имела, но сообщалась с трубой, превращенной в типичный гипотретический гэматосальпинкс. Интересно, что в полости главного рога здесь не было обнаружено, при исследовании, никаких следов маточной мукозы.—В прениях (проф. Груздев, д-ра Чукалов и Лейбчик) было указано, что наилучшим способом оперативного вмешательства, при правильном диагнозе, здесь было-бы

удаление рудиментарного рога вместе с сактосальниксом, с оставлением остальной матки. Проф. Груздев, обратив внимание на мощное развитие мускулатуры атретического рога, высказал также предположение, нет-ли здесь аденомы, развившейся из эмбриональных включений (как известно, некоторые авторы ставят эти опухоли в этиологическую связь с развитием удвоений матки); впрочем мощное развитие мускулатуры здесь может быть отнесено и за счет гипертрофии от работы (Arbeitshypertrophie).

Д-р Рузский: *«К вопросу об этиологии внематочной беременности»*. Докладчик описал 5 случаев внематочной беременности, наблюдавшейся у женщин, которым производились, при запоздании регул, внутриматочные впрыскивания с целью вызвать выкидыш. Он думает, что впрыскивания в подобных случаях могут заставить оплодотворенное яйцо еще в трубе и помешать ему продвинуться в полость матки, вызвав т. о. развитие эктопической беременности. Исходя из этого, докладчик рекомендует вовсе не применять прерывания беременности внутриматочными впрыскиваниями, в крайнем же случае ограничить их применение для данной цели случаями явно выраженной маточной беременности около 2 мес., причем пациентки должны находиться под тщательным наблюдением. — Доклад вызвал оживленные прения, причем принявшие в них участие проф. Груздев и Тимофеев и д-ра Лейбчик и Чукалов в общем присоединились к выводам докладчика. Между прочим проф. Груздев, отметил, что по его наблюдениям, прерывание первой беременности в инфантильной матке особенно часто ведет к полному бесплодию именно тогда, когда оно производится при помощи внутриматочных впрыскиваний. В заключение секцией было принято предложение — для всестороннего обсуждения данного вопроса организовать специальное заседание, к которому и подготовить соответствующий материал.

Проф. Тимофеев сделал доклад *об андометриоидных гестоматозах*. Доклад этот полностью напечатан в настоящей книжке «Журнала».

Заседание 28 IV.

Д-р Тарло демонстрировал *гигантскую опухоль яичниковой сферы*, удаленную проф. Тимофеевым. Опухоль эта, до операции принятая за кисту яичника, sub operatione оказалась огромной (43 ф. весом) фибромной lig. lat. с резко выраженным отеком, располагавшейся значительной своей частью интралигаментарно. При вылушении ее наблюдалось сильное венозное кровотечение. В конце концов, однако, операция имела благополучный исход.

Д-р Гостинцева-Шварцкопф сообщила о случае *родов четвернями*. До родов был поставлен диагноз двойничной беременности, осложненной гидрамнионом. Три плода родились живыми, один — мацерированным. Все плоды были женского пола. При исследовании последа оказалось, что 2 плода имели собственные амнионы и хорионы, а 2 других — общий хорион, т. е. здесь были трехяйцевые четверни.

Д-р Дерчинский демонстрировал препарат *трубной беременности, осложнившейся собою раком маточной шейки*. — Прения: проф. Груздев, д-ра Чукалов и Тарло.

Д-р Тарло прочитал литературный обзор современного состояния вопроса *о нормальной и патологической физиологии плаценты*.

Секция Венерологов и Дерматологов.

18-е Заседание.

Асс. Голосовкер и орд. Клебанов: *«К лечению сифилиса русскими препаратами висмута»*. Одним бисмутагви был пользован 51 больной, бисмутагви и Neo—15. У первых спирохеты с поверхности склероза и мокнущих папул исчезали после 4—5 кб. ст.; у вторых после 1 кб. ст. бисмутагви и одного вливания Neo 0.45 спирохаты исчезали уже на второй день. За курс вводилось от 25 до 30 кб. ст. препарата в течение 6 недель. В 63,3% вес больных увеличился, в 80% отмечалось небольшое повышение γ после инъекций; висмутовая кайма наблюдалась в 60%, гингивит — в 12%, стоматит — в 4%, причем гингивиты и стоматиты протекали длительно и сопровождалась резкой болезненностью. Тотчас по окончании курса RW стала отрицательной в 40%. Из клинических явлений ранее всего исчезали слизистые папулы. Кроме бисмутагви докладчиками был испытан на 48 больных биохиньол, которого за курс вводилось 30—40 кб. ст. Незначительное повышение γ отмечалось здесь только при первых инъекциях. Увеличение веса больных отмеча-

лось в 70%. Спирохеты с склероза и панул исчезали после 4—6 кб. ст. RW переходила в отрицательную по окончании курса в 36%. В конце концов докладчики приходят к выводу, что русские препараты висмута-бисмутаги и биохинол—не уступают по своему терапевтическому эффекту идентичным заграничным препаратам.—Прения: проф. Пильнов, д-ра Вайнштейн, Батулин, Я. Печников, Н. Печников, пр-д. Яснитский.

Батулин: *„Венерические болезни среди заключенных гор. Казани“*. Докладчиком всего было обследовано 921 ч. (из них—80 женщин), обнаружено больных венерическими болезнями 25% (lues 14%, гоноррея 11% по объективным данным, а по анамнезу—39%) и кожными—8%. Выводы: 1) Среди заключенных имеется большой % пораженных венерическими болезнями. 2) Особенно распространены (больше, чем в 50%) эти болезни среди заключенных молодого возраста. 3) Необходимо обратить внимание на лечение заключенных, т. к. после освобождения они, большей частью оставаясь без работы, халатно относятся к лечению и являются источниками заражения населения. 4) Необходимо предварительный осмотр вновь поступающих заключенных врачом венерологом и периодические осмотры их, так как наблюдаются часто случаи заражения венболезнями внутри дома заключения путем полового сношения с заключенными, что всегда скрывается. 5) Ввиду полного отсутствия санпросвет работы среди заключенных требуется поставить таковую на должную высоту.—Прения проф. Пильнов, д-ра Голосовкер, Я. Печников, Н. Печников, Ротштейн, Басин, Вайнштейн.

19-е Заседание.

Проф. Аристовский сделал информационное сообщение по вопросу об унификации RW, по заслушании которого союция постановила обратиться в ТНКЗ с ходатайством об учреждении при нем серологической комиссии, предусмотренной инструкцией по проведению унификации RW. Учреждение такой комиссии явилось бы первым шагом, позволяющим приступить в ближайшее же время к проведению в жизнь по ТР следующих заданий: 1) обследование и регистрация всех лабораторий, как государственных, так и частных, занимающихся производством RW; 2) проведение в жизнь фактического контроля над производством этой реакции; 3) введение единообразной методики RW, признанной обязательной для всех лабораторий; 4) упорядочение ведения протоколов и отчетности по RW; 5) предварительная разработка плановой сети серологических лабораторий в кантонах.—Прения: проф. Пильнов, д-ра Вайнштейн, Ашанин, Голосовкер, Я. Печников, Н. Печников, Зайцев, Батулин.

20-е Заседание.

Д-р Сухов: 1) *„К вопросу об инкубационном периоде при neuro-lues“*. 2) *„О первичных и вторичных сифилитических явлениях, предшествующих neuro-lues“*—Прения: Голосовкер, Я. Печников, Батулин, Ротштейн, Говоров, Вайнштейн.

Д-р Голосовкер: *„Законодательные предположения по борьбе с вен. болезнями“*. По заключению докладчика предположения эти должны развиваться в трех направлениях: 1) статьи общего уголовного кодекса должны включать наказуемость не только за заражение, но и поставление другого лица в опасность заражения; право принудительного осмотра и лечения в тех случаях, когда больные могут представлять опасность для окружающих; расширение борьбы с притонироводержательством и вовлечением других лиц в проституцию, причем клиентура проституток тоже должна подвергаться репрессивным мероприятиям; 2) мероприятия по линии здравоохранения предусматривают планомерность в работе противовенерическ. сети, конкретизирующей связь диспансеров с другими профилактическими учреждениями, а также ряд предупредительных мероприятий по борьбе с венеризмом. 3) Законодательные предположения по линии других наркоматов и ведомств должны предусмотреть открытие трудовых профилактических; следует также более ярко выявить право застрахованных на получение пособия на время лечения в тех случаях, когда они по роду своей службы не могут лечиться.—Прения: д-ра Батулин, Вайнштейн, Я. Печников, Ротштейн.

Общество Невропатологов и Психиатров при Каз. Университете.

Заседание 17/III.

Проф. Самойлов: *„О переходе возбуждения с клетки на клетку“*. Приведа относящиеся к вопросу опыты Claude Bernard'a Kühne, Bern-

steina, Введенского и Lucas (рефракторный период, состояние декремента) докладчик поделился своими личными наблюдениями по данному вопросу.—Прения: проф. А. Миславский, д-ра Лаврентьев, Ливанов, Жилин, Русецкий, Алуф, проф. Фаворский.

Д-р Сухова: *„К вопросу об инкубационном периоде при neurolyues“*. Докладчица привела статистические данные на основании стационарного и амбулаторного материала Казанской Клиники Нервных Болезней и Пятигорского курорта за лето 1925 года в отношении влияния на инкубационный период нервного сифилиса предшествующего лечения (случаи хорошо леченные, плохо леченные и совсем не леченные) и влияния на тот же период времени получения сифилитической инфекции (возраст). Все формы нервного сифилиса (сухотка спинного мозга, прогрессивный паралич, сифилитический менингит и проч.) рассмотрены отдельно.—Прения: д-ра Жилин, Ворошилов, Клячкин, Русецкий, Вайнштейн, проф. Фаворский.

Д-р Сухова: *„О первичных и вторичных сифилитических явлениях, предшествующих neurolyues“*.—Прения: проф. Фаворский и Николаев.

Д-р Н. Вылегжанин: *„Патолого-гистологические изменения в одном случае хронического менинго-энцефалита“* (демонстрация)—Прения: д-р Лаврентьев и проф. Васильев.

Заседание 28/IV.

Д-р Русецкий: демонстрация больных с *атипической формой амвротической идиотии*. Продемонстрированы двое больных братьев с болезнью, развившейся с 6-летнего возраста, семейной и наследственной. Медленное развитие болезни. Наружная офтальмоплегия неполная. Атрофия зрительных нервов с атрофией хориоидеи и сетины без отложений в области желтого пятна. Отмечается преждевременное развитие половых органов. Ненормальный рост конечностей в длину. Голова мала, коротка, высока. Рост волос на лобке по женскому типу. Эпилептические припадки. Умственная отсталость средней степени. Речевая отсталость. Опавывание дермографизма. Увеличение печени и селезенки. Рентгеновский снимок обнаружил остеопороз трубчатых костей.—Прения: проф. Клячкин, д-р Алуф, проф. Адамюк, проф. Фаворский.

Проф. Юдин: *„Предстарческие психозы и формы их течения“*. В период начинающейся инволюции появляется меланхолическое состояние, которое одни авторы считают за смешанную форму маниакально-депрессивного психоза, по мнению же других авторов это—своеобразные реактивные депрессии. Отмечается родство пресенильных психозов с шизофренией через систему половых желез. В некоторых случаях наблюдаются резкие патоло-анатомические изменения в головном мозгу.—Прения: д-р Андреев и проф. Фаворский.

Д-р Лаврентьев: *„Краткие замечания к новейшей гистологической методике“* (методы Bielschowsky, Del-Rio-Hortego, Cajal'a, Heising'a) с демонстрацией препаратов.

Секретарь Общества В. Ворошилов.

Научные собрания Врачей Казанского Гос. Института для усов. врачей имени Ленина в Казани.

Собрание 79-е 23/III.

Проф. Лурья демонстрировал больную с *средним заболеванием пищевода*. У больной этой, 20-летней татарки, 2 года тому назад после рвоты, продолжавшейся 2 дня, появились расстройства в глотании твердой пищи: пища задерживалась в пищеводе, вызывая болевые ощущения в нижней части груди, сердцебиение и одышку, причем все эти явления исчезали при заживании пищи водой. При рентгеноскопии обнаружен резкий кардиоспазм, небольшое диффузное расширение пищевода и пульсирующий дивертикул величиною с куриное яйцо на три поперечных пальца выше кардии. Докладчик предполагает у больной кардиоспазм и наддиафрагмальный пульсионный дивертикул, возникший, вероятно, на почве конституциональной слабости пищевода.—Прения: проф. Фридланд, Горяев и Боголюбов.

Д-р Гольдштейн демонстрировал больных с *лимфогранулематозом и лимфосаркоматозом, леченных рентгенотерапией*. По докладу сделали замечания проф. Лурья и Горяев и д-р А. Клячкин.

Собрание 80-е 6/IV.

Д-ра Голосовкер и Клебанов: „*К вопросу о лечении lues'a русскими препаратами висмута*“. См. выше отчет о заседаниях Секции Венерологов и Дерматологов Об-ва Врачей при Каз. У-те.

Д-ра Герасимова и Кочев: „*О пластических особенностях стоп русских и татарских детей*“. Докладчики, пользуясь методикой проф. Фридланда, обследовали пластические особенности стоп детей в возрасте от 7 до 15 лет.—500 русских детей и 500 татар. Специально сконструированным стопомером измерялись длина стопы и высота, и вычислялось % отношение высоты к длине. Полученные результаты, обработанные при помощи вариационной статистики, показали, что в возрасте 7—12 лет %-ое отношение в среднем у татар 28,5%, у русских—29%; в возрасте 12—14 лет соответственные средние показания равны 28% и 29%, причем у девочек свод на 0,5% ниже, чем у мальчиков.

Собрание 81-е 20/IV.

Проф. Юдин: „*Наблюдения над лечением прогрессивного паралича малярией и рекурренсом*“. В течение 1926 г. в Психиатрической клинике Казанского Университета подвергались лечению малярией 9 больных прогрессивным параличем и рекурренсом 4 больных. В случаях, леченных малярией, 1) у 3 больных малярия не привилась, несмотря на двукратное повторение прививки (у двух из этих больных до заболевания параличем была установлена жестокая тропическая малярия); паралич развился здесь поздно после перенесенного lues'a (23, 20 лет) и протекал медленно; 2) в 3 случаях, несмотря на проделанные 10 приступов малярии, улучшения не наблюдалось (в этих случаях, как и в предыдущих, дело шло о больных с астеническим телосложением); 3) в 3 случаях состояние больных после прививок значительно улучшилось, и они возвратились к работе; эти последние больные относились к группе пикников, но формы прогрессивного паралича у них были различны: а) больной с благодушно — дементной формой, б) больной с бредом величия и возбуждением и в) больной с начинающейся стадией (нейрастенической) прогр. паралича. 4 больным, леченным рекурренсом прививалась разведка на искусственной среде спирохеты Obermeiera (Stamm I проф. Аристовского). Один из этих больных погиб, у другого больного (астеника) прививая рекурренс была нетипична, и улучшения не наблюдалось, в двух остальных случаях у больных-пикников развился типичный рекурренс, и отмечалось некоторое улучшение их состояния. В оживленных прениях по заслушанному докладу приняли участие профф. Леонский, Самойлов, Клячкин и Лурья и д-ра Русецкий, Лифшиц и Вайнштейн.

Д-р Левинсон: „*К перкутанно-туберкулиновой терапии в детском возрасте*“. Автор применял модифицированный метод Petruschky, втирая смесь из равных частей старого туберкулина Koch'a, бациллярной эмульсии и глицерина, в разведениях 1:1000-1:100, 1-2 раза в неделю, от 1-9 капель. Лечение было проведено на 23 детях, в возрасте от 1 г. 2 м. до 13 лет, страдавших частью железистым и костным туберкулезом. В результате этой терапии после незначительной общей реакции (повыш. t на 0,3°—0,4°) замечалось значительное улучшение как общих, так и местных явлений. 10 детей удалось наблюдать через 12-18 месяцев после проведенного лечения, и у них можно было отметить хорошее самочувствие и остановку в распространении процесса. Метод накожных втираний показан в случаях туберкулезной интоксикации, при начальных формах легочного туберкулеза, а также при костном туберкулезе. Прения: профф. Фридланд, Клячкин, Леонский, Самойлов и д-ра Герасимова и Маркузе.

Хроника.

— За переходом декана Мед. Факультета Казанского Университета, проф. А. Н. Мяславского, на должность заведующего учебною частью члена Правления Университета, должность декана оказалась вакантною, и на нее избран проф. А. В. Фаворский. Заместителем декана избран преп. Н. С. Алуф,

а на время его предполагаемой поездки за границу исполнение должности по деканату предполагается поручить прер. В. Н. Воробьеву. Третьим членом президиума Медфака избран студент Зосин.

— На вакантную кафедру оперативной хирургии в Казанском Институте для усов. врачей Советом Института избран пр.-доц. Казанского У-та Н. В. Соколов, на кафедру болезней уха, носа и горла—проф. Казанского У-та В. К. Трутнев и на кафедру социальной гигиены—проф. Смоленского У-та Дыхно.

— В конце мая или начале июня предполагается созвать III Всесоюзный Съезд по борьбе с венерическими болезнями. Организационным Комитетом намечены следующие программные темы: 1) Венерические болезни в городе и борьба с ними, 2) Сифилис на селе и борьба с ним, 3) Врожденный сифилис и его профилактика, 4) Сифилис и конституция, 5) Побочные действия арсенбензолных препаратов, 6) Дерматомикозы и борьба с ними. Для внепрограммных докладов намечены темы: 1) Реактивность кожи и ее значение в патологии дерматозов, 2) Профессиональные дерматозы. При Съезде будет организована выставка. Адрес для писем и справок: Ленинград, Губздравотдел, комн. 54, д-ру А. М. Брамсону.

— Весною будущего 1927 г. созывается в Москве 2-й Всесоюзный Съезд Ото-ларингологов. Программными темами Съезда намечены следующие: 1) Профессиональные заболевания органа слуха (докладчик А. В. Захер); 2) Современное состояние вопроса о физиологии и клинике вестибулярного аппарата (докл. проф. В. И. Волячек); 3) Туберкулез верхних дых. путей (докл. пр.-доц. Н. А. Шнейдер). Техническую переписку следует направлять по адресу секретарей Оргкомитета Съезда пр.-доц. В. С. Преображенского (Москва, Воздвиженка, Ваганьковский, 3) и д-ра А. П. Распопова (Москва, Калужская, 18). При Съезде будет организована выставка, извещения о желании участвовать в которой следует направлять (не позднее 1/XII 1926 г.) проф. К. А. Орлеанскому (Москва, Б. Николопесковский, 13).

ЖУРНАЛЫ и КНИГИ, ПОСТУПИВШИЕ в РЕДАКЦИЮ.

- 1) „Клиническая Медицина“, 1926, № 3.
- 2) „Практический врач“, 1926, № 3, 4.
- 3) „Wiener Klinische Wochenschrift“, 1926, №№ 13—19.
- 4) Клинический Журнал Саратовского Университета“, 1926, № 2, 3.
- 5) Вестник рино-ларинго-отитологии, 1926, № 2.
- 6) „Здравица Просвета“, 1926, №№ 13, 18.
- 7) „Медицинская мысль“, 1925, № 4.
- 8) „Журнал для усовершенствования врачей, 1926, №№ 3, 4.
- 9) „Bratislavské Lekárske listy“, 1926, №№ 1—10.
- 10) „Журнал экспериментальной биологии и медицины, 1926, №№ 3—6.
- 11) „Ленинградский Медицинский Журнал“, 1926, №№ 3—4.
- 12) „Гигиена Труда“, 1926, №№ 3, 4.
- 13) „Современная психоневрология“, 1926, № 3.
- 14) „Журнал Микробиологии, патологии и инфекционных болезней“, 1926, вып. I.
- 15) „Терапевтический архив“, 1926, № 2.
- 16) „Венерология и Дерматология“, 1926, № 2.
- 17) „Рязанский Медицинский Журнал“, 1926, № 2.
- 18) „Московский Медицинский Журнал“, 1926, №№ 4, 5.
- 19) „Вестник Современной Медицины“, 1926, № 4.
- 20) „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“, 1926, №№ 1—4.
- 21) „Журнал по изучению раннего детского возраста, 1926, № 2.
- 22) „Annales de médecine“, 1926, №№ 1—3.
- 23) „Средне-азиатский Медицинский Журнал“, №№ 3, 4.
- 24) „Врачебное Обозрение“, 1926, № 4.
- 25) „Саратовский Вестник Здравоохранения“, 1926, № 2.
- 26) „Annales de l'Institut Pasteur“, 1926, №№ 3, 4.
- 27) „Врачебное дело“, 1926, № 8.
- 28) „Revue française de gynécologie et d'obstétrique“, 1926, №№ 1—3.
- 29) „Časopis Lekářů českých, 1926, № 7.

- 30) „Le cancer“, 1925, №№ 1—3.
- 31) „Русско-немецкий Медицинский Журнал“, 1926, № 3.
- 32) „Бюллетень Н.К.З.“, 1926, № 7.
- 33) „Русская Клиника“, 1926, № 24 (апрель).
- 34) „Сибирский Медицинский Журнал“, 1926, №№ 1—2.
- 35) „Вестник хирургии и пограничных областей“, 1926, №№ 17—18.
- 36) „Гинекология и акушерство“, 1926, № 2.
- 37) „Гигиена и эпидемиология“, 1926, №№ 1—4.
- 38) „Вестник эндокринологии“, 1926, апрель.
- 39) „Журнал носовых, горловых и ушных болезней“, 1926, № 5—6.
- 40) „Врачебная Газета“, 1926, № 8—9.
- 41) „Советская медицина на Северном Кавказе“, 1926, № 4.
- 42) „Zentralblatt für Chirurgie“, 1926, №№ 1—11.
- 43) „Оздоровление Труда и Революция быта“, вып. VIII, ч. II, Москва, 1926.
- 44) А. А. Вильде. „Руководство по фармации“, Казань, 1926 г.
- 45) Ваксман „Венерические болезни“.
- 46) А. Н. Антонов. „Санитарно-просвет. работа по охране материнства и младенчества“, Ленинград, 1926.
- 47) Л. И. Скороходов. „Краткий очерк истории русской медицины“, Ленинград, 1926.
- 48) Проф. Т. Pels-Leusden. „Учение о хирургических операциях“, т. I, Ленинград, 1926.
- 49) Проф. М. Я. Брейтман. „Словарь клинической терминологии“, в. I, Ленинград, 1926.
- 50) Проф. М. С. Маслов. „Учение о конституциях и аномалиях конституции в детском возрасте“, 3 изд. Ленинград, 1926.
- 51) З. П. Соловьев. „Профилактические задачи лечебной медицины“, Москва, 1926.
- 52) Сборник „Санитарное законодательство“, Москва, 1926.
- 53) „Диететика“.
- 54) Д-р С. П. Борман. „Рентгенотерапия кожных болезней“, Берлин, 1926.
- 55) Böttner-Patzelt. „Ретикуло-эндотелиальная система“, Берлин, 1926.
- 56) Проф. R. Ranse. „Ушные, носовые и горловые болезни“, Берлин, 1926.
- 57) Френкель. „Общественная медицина и социальная гигиена“.
- 58) Д-р Н. Ф. Вербов. „Меры и средства, предупреждающие беременность“, Ленинград, 1926.
- 59) Акад. В. М. Бехтерев. „Работа головного мозга в свете рефлексологии“, Ленинград, 1926.
- 60) Проф. E. Meigowsky. „Лечение сифилиса“, Ленинград, 1926.
- 61) Imberg. „Сахарный диабет“, Ленинград, 1926.
- 62) А. П. Надени и М. А. Крымгольд. „К анатомии воротной вены и ее коллатералей“, Баку, 1925.

Поправки.

К статье **Г. Г. Непряхина** на странице 519.

Строка 9 снизу—после слова „Albrecht“—добавить следующих авторов: Rosenheim, Frankl, Fritz, Cullen, Сазыков, Henke, Riederer, Rosenstein, Meyer, Lindemann, Stein, Forster, Oberndorfer, Lubarsch-Hanau, Thaler, Klee.

Строка 16 снизу—вместо цифр: „149“—читать: „249“.

Строка 20-ая сверху—вместо слов: „матке и фаллопиевой трубе“—читать „веке и матке“

К статье **М. О. Фридланда**.

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
515	16 снизу	сморщенных медиальных	сморщенных латеральных
„	15	растянутых латеральных	растянутых медиальных
521	14	рассечение сморщенных тканей с внутренней стороны	рассечение сморщенных тканей с латеральной стороны сустава, капсулография растянутых тканей с внутренней стороны

Издания „Казанского Медицинского Журнала“.

1. Проф. М. О. Фридланд. Биомеханика пневмоторакса, руководство для врачей. Цена 1 р.
2. Д-р С. Я. Голосовкер. К вопросу о половом быте современной женщины. Ц. 20 коп.
3. Проф. Р. А. Лурия. О висцеральном сифилисе. Ц. 25 к.
4. Проф. Е. М. Лепский. Консультация для детей грудного возраста. 2 изд. Цена 50 коп.
5. Проф. К. В. Бенинг. Несовместимые лекарственные вещества и нерациональные рецептурные формы. Ц. 30 к.
6. Д-р И. И. Русецкий. К вопросу о содружественных движениях. Цена 90 коп.

Высылаются наложенным платежом, без задатка.

Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно.

Требования и деньги направлять по адресу редакции:

г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.

Открыта подписка на 1926 год на

„ПРАКТИЧЕСКИЙ ВРАЧ“

XXII год издания.

Ежемесячный журнал, посвященный вопросам клинической медицины и гигиены. Под редакцией д-ра С. Б. Оречкина.

В 1926 г. „Практический Врач“ будет выходить под той же редакцией и по той же программе, что и в предыдущие 21 год. I. Оригинальные статьи и извлечения из медицинской литературы. II. Критические обзоры и новости медицины. III. Летопись клинической медицины. IV. Успехи диагностики и терапии. V. Рефераты важнейших русских и иностранных работ. VI. Общие вопросы бактериологии. VII. Гигиена и социальная медицина. VIII. Из практики для практики (Старое и новое). IX. Терапевтические заметки и врачебная казуистика. X. Из русских и иностранных медицинских обществ и съездов. XI. Рецензии и библиография. XII. Врачебная хроника. XIII. Некрологи. XIV. Справочные сведения и ответы редакции на научно-медицинские вопросы. XV. Объявления.

Подписная цена: в СССР: на год 6 р., на 6 мес. 3 р. 50 к., на 3 мес. 2 р.

Адрес Редакции и Конторы: *Redaktion und Administration der mediz. Zeitschrift „Praktitscheski Wratsch“ Berlin NW 6, Marienstrasse, 30.* В СССР подписную плату можно вносить в ближайшее отделение Госбанка с указанием, что внесенная сумма должна быть переведена в *Garantie- und Kreditbank für den Osten, Berlin NW 7* на текущий счет *Dr. S. Brauner, Berlin.*

Серия монографий Медицинского факультета 1-го Мос. Гос. У-та.

Выпуск IV. Г. З. Корицкий. Трансформационная теория опухолей. Стр. 76 с 3 рис. Цена 1 руб. Выпуск V. С. С. Вайль. О структурах протоплазмы. Стр. 61 с 17-ю рис. Цена 1 руб. *Ранее вышедшие выпуски:* Е. Л. Березов. (Вып. 1-й). О функциях селезенки. Стр. 135. Цена 1 р. 60 к. В. Н. Виноградов. (Вып. 2-й). Изменения почек при туберкулезе легких. Стр. 112. Цена 1 руб. 20 к. П. Г. Руфанов. (Вып. 3-й). Панкреатиты в связи с воспалительными процессами желчных путей и пузыри. Стр. 176 с 14-ю рис. Цена 2 руб. Склад изданий: 1-ый Мос. Гос. Университет, Моховая, 11. Выпсылающие со склада за пересылку не платят.

„СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ“

приготовленная по способу

ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362
ОТДЕЛОМ ЛАБОРАТОРИИ КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ ИСПОЛЗУЕТСЯ ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ ЖИВОТНЫХ
ПОД РУКОВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИМИКОВ, ФАРМАЦЕВТОВ, ВРАЧЕЙ.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ С БОЛЬШИМ УСПЕХОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ
ПРИ БОЛЕЗНЯХ: СТАРИЧЕСКАЯ ДРЯХЛОСТЬ,

СЛАБОСТЬ ОРГАНИЗМА, МАЛОКРОВИЕ, **НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ**
АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ СУХОТКА, ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОЧИЕ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,

А ТАКЖЕ ПРИ **ВСЕХ ВИДАХ ПОЛОВОГО БЕССИЛИЯ.**

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ,
ПОСЛЕ ПЕРЕУСЛАННЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ:

ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РОДОВ, ПРИ
ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СИФИЛИСЕ, ОНАИЗМЪЕ, И.Т.Д. ☺

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ
И МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С.С.С.Р.

ЦЕНА ФЛ. 2 РУБ. 50 КОП. ПОЧТОМ ВЫБЫВАЕТСЯ НЕ МЕНШЕ ЧА 3 ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%,
ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕВЕРИКА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА И ДЕТЬМИ
АДРЕСОВАТЬ

ТОРГ. ОТД. КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“ МОСКВА УЛ. ГЕРШЕНА №5 ОТД.
ПОЧТ. ЯЩИ. № 1025

НОВОСТИ ФРАНЦУЗСКОЙ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ

(второй год издания)

под редакцией проф. Пастеровского Института в Париже А. М. Безредка
и при ближайшем участии профессоров:

*Ch. Achard, Léon Bernard, F. Besançon, A. Calmette, N. Hartmann,
A. Pinard, Charles Richet, F. Widai, M. Weinberg.*

Подписная плата в С.С.С.Р. с пересылкой: в год 7 р., на $\frac{1}{2}$ года 4 р.

Подписка принимается в главной конторе журнала „Врачебное Дезо“
Харьков, Пушкинская № 14.

Редакция: 7 Avenue du Président Wilson, Paris. Главная Контора: 16 Avenue de
l'Opéra, Paris.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1926 ГОД НА

„Екатеринославский Медицинский Журнал“

(5-й год издания).

Ежемесячный орган Екат-славского Государствен. Медицинского Института
им. т. Раковского издаваемый под редакцией: проф. А. А. Абража-
нова, Я. О. Гальперна, д-ра А. Л. Лаврецкого и проф. С. М. Ком-
панейца. Подписная цена на журнал: 1 год—4 рубля, на $\frac{1}{2}$ года—2 р. 50 к.
Цена отдельного номера—1 руб.

Отдельные номера высылаются наложенным платежом. Адрес редакции и кон-
торы: Екатеринослав, Октябрьская площ. № 2, Библиотека Мединститута.

Фирма сущ. с 1868 г.

„И. И. МАРКОВ“

влад. И. И. ГРЮНБЕРГ.

Тел. 161—99.

магазин и мастерская

Тел. 161—99.

ХИРУРГИЧЕСКИХ и ОПТИЧЕСКИХ

ИНСТРУМЕНТОВ.

Пантостаты. Автоклавы. Стерилизаторы. Аппараты для искусственного
пневмоторакса. Приборы Pirquet для прививки и разведения туберку-
лина. Зонды для исследования желудочного сока. Гемоглобинометр. Ка-
меры Thoma. Сфигмоманометры Riva-Rocci. Спирометры модель „Мар-
ков“, „Phoebus'a“ и Hutschinson'a. Ростомеры. Циркуля толстотные
скользящие, Weber'a. Динамометры. Секундомеры. Метрономы и проч.

Резиновые изделия и предметы для ухода за больными. Ортопедические аппа-
раты и биндажи.

РЕМОНТ, ТОЧКА, НИККЕЛИРОВКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ.

Ленинград, просп. 25 Октября, № 78.

Иногородние заказы исполн. наложенным платежом.

Адрес для телеграмм: ЛЕНИНГРАД—„ХИРУРГИЯ“.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА „Казанский Медицинский Журнал“

===== В 1926 г. =====

(XXII год издания).

Как и в 1925 г., «Журнал» выходит ежемесячно, книжками не менее 112 стр. каждая, но, благодаря вновь избранным шрифтам, количество печатаемого материала в каждой книжке увеличено в $1\frac{1}{2}$ раза.

В «Журнале» принимают участие профессора и преподаватели Казанского Университета, Казанского Института для усовершенствования врачей и др. высших медицинских школ СССР.

Отв. редактор проф. В. С. ГРУЗДЕВ.

№№ 1—4 «Казанского Медицинского Журнала» за 1926 г. **полностью разошлись**. Дальнейшая подписка принимается лишь с настоящего, № 5, «Журнала». **Подписная плата** до конца года (8 №№)—4 руб. Допускается рассрочка—при подписке—2 р. и к 1 августа—2 руб.

Групповая подписка на следующих условиях: 1) групповой считается подписка на количество экземпляров не менее 3; 2) каждый участник группы вносит по 1 рублю в месяц в течение 4 месяцев со дня подписки уполномоченному группой лицу из ее участников; 3) уполномоченный группы пересылает редакции деньги и адреса подписчиков (деньги—ежемесячно) и ведет всю переписку с редакцией; 4) «Журнал» будет высылаться каждому участнику группы отдельно (по желанию можно в адрес уполномоченного лица).

„Издание Казанского Медицинского Журнала“.

ВЫШЛА ИЗ ПЕЧАТИ И ПОСТУПИЛА В ПРОДАЖУ:

„КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА“

Проф. Е. М. ЛЕПСКОГО.

Издание 2-ое, исправленное и дополненное. Цена 50 коп.

Первое издание этой брошюры разошлось в течение нескольких месяцев; это указывает, что существует большая потребность в пособии такого рода...

(Из предисловия).

Высылаются наложенным платежом, без задатка. Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно.

Требования и деньги направлять по адресу редакции:

г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.

Проспекты высылаются бесплатно.

Управление Государственной Торговли Медицинским Имуществом А.Т.С.С.Р.

„ТАТМЕДТОРГ“

(Казань, Поперечно-Чернышевская, дом № 15)

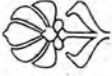
предлагает со своего склада (Попер.-Чернышевск., д. № 15) и из магазинов всевозможные аптекарские и химические товары, перевязочный материал и предметы ухода за больными. Галеновые препараты в фасованном виде. Желатиновые капсулы соб. производства.

В центральном магазине (Б.-Пролом. № 25) сосредоточено все для оптики и фотографии, зубоврачебные принадлежности, хирургические инструменты, а также предметы лабораторного оборудования.—Телефон № 10-68.

ОПТОВЫЙ СКЛАД ПАРФЮМЕРИИ И КОСМЕТИКИ треста „ЖИРКОСТЬ“
при МАГАЗИНЕ № 2 (Сенная площ., Московск. ул. № 70). тел. № 1-24.

ОТДЕЛ МОСКАТЕЛЬНЫХ ТОВАРОВ
МАГАЗИН № 3 (уг. Рыбноярской и Вознесенской ул. д. № 39/5)
телефон № 7-27.

ЗАВОД ФРУКТОВО-ЯГОДНЫХ ВОД (бывш. Грахе)
при аптеке № 11 (Попер.-Чернышевская д. № 15/17), тел. № 12-07.

Радиоактивная ИЖЕВСКАЯ 
 **натурально-минеральная ВОДА**

с содержанием серноокислых, углекислых и хлористых солей щелочей и щелочных земель. Вполне заменяет заграничные воды:

Вильдунген, Контрексевиль, Фахинген.

Применяется при желудочно-кишечных болезнях, нарушении обмена веществ, болезнях почек и мочевого пузыря. Превосходный **столовый напиток**.

Представительство: **Татмедторг**, Казань, тел. № 5-24.

Правление.

Medizinische Literatur

Bücher und Zeitschriften in deutscher, englischer,
französischer und italienischer Sprache liefert nach der

U. d. S. S. R.

HIRSCHWALDSCHES BUCHHANDLUNG

Kostenlose Zusendung von Katalogen auf Wunsch
Geldübersendungen erfolgen durch die Gosbank zur weiteren
Überweisung auf das Konto der Hirschwaldschen Buchhandlung
bei der Garantie- und Kreditbank für den Osten Berlin NW 7

Возможна корреспонденция на русском языке

HIRSCHWALDSCHES BUCHHANDLUNG

Berlin NW 7, Unter den Linden 68

Gegründet 1816

Medizinische Bücher, Zeitschriften und Archive

liefert

sicher, schnell und regelmäßig



Gegr. 1872

Oscar Rothacker

Buchhandlung und Antiquariat für Medizin

Berlin N 24, Friedrichstr. 105 B

(an der Weidendamm-Brücke)



Gegr. 1872

Verlangen Sie kostenlos Rothacker's Führer durch die gesamte
Medizin und Rothacker's Zeitschriften-Verzeichnis

Корреспонденция и на русском языке