

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 медицин-
ских школ СССР.

Ответственный редактор проф. **В. С. Груздев.**

1927 г.

(Год издания XXIII).

№ 4.

А п р е л ь.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Физиологической лаборатории Медфака Казанского Университета
(зав. проф. Н. А. Миславский).

К вопросу о торможении.

Проф. Н. А. Миславского и д-ра М. В. Сергиевского.

Ученик Verworn'a Veszi указал, что присоединение к IX центrostремительному корешку раздражения с X центrostремительного корешка можно получить торможение. Мы повторили опыты Veszi. Оказалось, что торможение легче всего получается тогда, когда частота тока для обоих корешков разная, но вообще оно получается и тогда, когда сила токов различна, и тогда, когда сила и частота тока для обоих корешков одинаковы. В последнем случае явление торможения легче получается с утомленного препарата. Следует отметить при этом, что важен порядок изменения ритмики: если редким раздражением с одного корешка мы прибавляли более частые с другого, то торможение получалось значительно чаще, нежели при обратной постановке опыта; в последнем случае прибавление или вызывало суммацию, что наблюдалось в большинстве опытов, или же оставалось без всякого видимого эффекта, и только реже получалось явление торможения. Конечно, здесь также имеет значение и состояние препарата, но значение это — не абсолютное; лучше всего получается торможение с несколько утомленного препарата.

Если в чистом виде торможение является процессом, где развившаяся деятельность подавляется той или иной причиной, и с устранением этой причины первоначальная деятельность восстанавливается, то, кроме такой чистой формы торможения, мы встречали и видоизменения ее. Это было тогда, во-первых, когда прибавление раздражений с другого корешка вызывало быстрое понижение мышечного тетануса, но с прекращением раздражения этого корешка первоначальная кривая не восстанавливалась, а оставалась на том же уровне, или даже поднималась на незначительную высоту; после же известного отдыха первоначальная деятельность препарата восстанавливалась. Во-вторых, это было тогда, когда раздражение каждого корешка в отдельности вызывало мышечный тетанус, но присоединение раздражений с одного к другому оставалось без видимого результата. Подобное явление, как уже указывалось, всего чаще наблюдается при прибавлении к раздражению с большей частотой раздражения с меньшей частотой. В очень демонстративных опытах мы видели, как при увеличении частоты на одном корешке присоединение раздражений с другого оставалось без видимого результата, но стоило уменьшить частоту на любом из корешков, как это присоединение начинало давать суммацию. Приходилось наблюдать и такое явление, что на раздражения одного корешка с частотой 100 в 1 секунду,

или несколько большей, препарат не отвечал, но как только частота уменьшалась,—получался хороший тетанус.

В некоторых опытах рефлекс при раздражении корешков в отдельности получался очень слабый, даже совершенно отсутствовал, но при одновременном раздражении обоих корешков с такой же силой и частотой, как и одного, рефлекторная деятельность получалась значительнее. Мы не можем указать точного соотношения частоты раздражений двух корешков, при которой всегда получалось-бы торможение. Отметим только, что, если число раздражений с одного корешка не превышало 3 в секунду, то другой корешок для получения торможения нужно было раздражать не с меньшей частотой, как 35 в 1 секунду. Когда же частота раздражений одного корешка превышала 3 в секунду, то совершенно нельзя точно указать цифру частоты раздражений другого, нужной для получения торможения.

Наши опыты были поставлены в двух модификациях: с прямыми рефлексам и с перекрестными. Существенной разницы между этими модификациями в отношении получения торможения не замечалось,—разве только для получения перекрестного рефлекса требовалась бо́льшая сила тока.

Таким образом на основании проделанных нами опытов мы видим, что явление торможения нельзя вполне объяснить с точки зрения одной какой либо теории. Против гипотезы Verwoh'a говорит то, что торможение вызывается различными сочетаниями частоты и, в то же самое время, одно и то же сочетание частоты и силы не всегда вызывает его. Открытым периодом такое явление объяснить не всегда возможно: торможение можно получить как в самом начале опыта, так и в конце его. Особенно с точки зрения этой теории нельзя объяснить торможения, когда оно вызывалось неоднородными раздражителями. Так, напр., Домрачев, работая с предстательной железой, а один из нас (Сергиевский)— со слюнными железами, получали торможение, применяя пилокарпин и электрическое раздражение того или иного секреторного нерва, симпатического или парасимпатического.

Не имеем-ли мы здесь дело с отдельными тормозящими приборами,—по нашим опытам судить трудно. Во всяком случае приходится задуматься над соображением, которое высказал в свое время Введенский. „Неужели,—говорит он,—нужно предположить, что любая точка коры связана с двигательным аппаратом—прямо или не прямо посредством нервных волокон, имеющих назначение проводить тормозящие импульсы? Но таких волокон пришлось-бы допустить невероятное количество“. Если, однако, вместо теории отдельных тормозящих нервов и центров принять гипотезу самого Введенского в том виде, в котором он ее оставил, что торможение есть перевозбуждение, то и эта гипотеза не всегда объясняет все факты и дает конкретный ответ. По этой гипотезе наступившее перевозбуждение должно с усилением частоты или силы тока еще более усиливаться, в действительности же можно наблюдать и обратное явление: с увеличением частоты на любом из корешков торможение может сменяться суммацией.

Sherrington торможение ставит в зависимость от изменения поверхности соприкосновения (sinaps) двух систем, Langley же считает, что каждая клетка снабжена двоякого рода рецепторами: двигательными

и тормозящими. Если согласиться с мнениями этих авторов, то нужно выяснить, благодаря каким моментам приходит в деятельность то один, то другой рецептор, и какие моменты обуславливают изменение поверхности соприкосновения то в сторону деятельности клетки, то в сторону ее затормаживания. Проф. А. Ф. Самойлов полагает, что, если между мышцей и нервом заложен особый механизм, скорость работы которого зависит от t^0 , то можно принять, что здесь на границе выделяется какое-то ближе неизвестное вещество. Это вещество и есть раздражитель для другой клетки.

Физическая химия освещает вопрос таким образом: Owerton нашел, что для возбуждения необходим обмен между находящимися в мышечных фибриллах калий-ионами и натрий-ионами, находящимися в плазме. Loeb отметил, что протоплазма клеток состоит из коллоидных веществ, и жизненные функции клетки обусловлены изменением состояния этих коллоидных растворов; все частицы их, по Loeb'у, заряжены электричеством, причем изменение этого заряда и дает процессы иннервации, сокращения, движения и т. д. Mac-Donald полагает, что торможение является следствием изменения протеиновых тел, благодаря чему происходит увеличение поверхности соприкосновения их с солями, и подвижность солей уменьшается; переход возбуждения к торможению сводится таким образом, по Mac-Donald'у, к колебанию количества свободных солей. Воронцов указывает для нерва, что возбуждение и торможение непременно связано с изменением ионизации входящих в его состав веществ, причем повышение ионизации вещества нерва обуславливается образованием протеинов калия и натрия, понижение же—образованием протеинов кальция и магния.

В последнее время ученики Введенского для объяснения феномена, отмеченного их учителем, встают тоже на физико-химическую точку зрения. Так, Виноградов констатирует, что явление изменения проницаемости при изменении функционального состояния вообще не противоречит теории парабиоза. Магницкий установил, что присутствие кальция необходимо и достаточно для развития *pessimum'a*, калий же играет дополнительную или викарную роль; в растворах одного NaCl (0,65%) иногда мышечный препарат совершенно не впадает в *pessimum*, и во всяком случае порог последнего повышается. Loeb дал схему, по которой он все ионы делит на две группы: возбуждающие и угнетающие; к первым он относит одновалентные, ко вторым—двухвалентные. Хотя в настоящее время мы знаем, что такое подразделение страдает схематичностью и не так просто, однако в основе оно все же верно (см. работы Рубинштейна и Сергиевского).

Имея в виду все сказанное, мы попытались исследовать, как растворы некоторых солей влияют на явление торможения в опытах Veszi. Для этого мы брали соли NaCl, CaCl₂ и KCl, причем в части опытов просто смачивали раствором той или иной соли спинной мозг лягушки. Это отражалось лишь на жизнедеятельности препарата: если брались изотонические растворы KCl и CaCl₂, то препарат быстрее отмирал по сравнению с препаратом, смачиваемым раствором Ringer'a; если же брался раствор NaCl, то жизнедеятельность, хотя и уменьшалась, но не так значительно. В другой части опытов мы вводили 2—5% растворы соли и смеси растворов в лимфатический мешок или в брюшную полость после отделения голов-

ного мозга от спинного и препаровки лапки. Какого-либо особенного эффекта при этом тоже не приходилось наблюдать. В третьей части опытов растворы вводились после перерезки мозга, но без предварительной препаровки лапки; результаты получились те же. Наконец, в четвертой части своих опытов мы вводили растворы до перерезки и препаровки минут за 5.

Когда нами вводился изотонический или 2—5% раствор KCl, то препарат давал вялую рефлекторную деятельность, и приходилось наблюдать чаще перерыв проводимости. После введения смеси $KCl + CaCl_2$, от 1 до 2 к. с., получалась всегда вполне определенная картина, а именно, присоединение раздражений одного корешка к другому (частота тут не играет большой роли) вначале в большинстве случаев давало очень живую суммацию; вторичное присоединение давало быстрый под'ём кривой, затем быстрое опускание ее, иногда до абсциссы покоящегося препарата; прекращение раздражений одного из корешков давало эффект опять в двух вариантах,—иногда сразу же восстанавливался первоначальный тетанус, иногда же кривая быстро спускалась еще ниже, но затем так же быстро восстанавливался первоначальный тетанус. Другими словами говоря, иногда у нас происходило типичное затормаживание. Оно наблюдалось во всех тех опытах, где препаровка продолжалась не более 15 минут. В дальнейшем в этих опытах можно было еще несколько раз получить феномен. В заключение присоединение раздражений начинало вызывать суммацию. На этом опыты и заканчивались.

Таким образом опыты с растворами, где резко нарушалось солевое равновесие, и нам дают право заключить, что явление торможения происходит не без участия ионов Ca и K. Если встать на ту точку зрения, что торможение, как и возбуждение, вызывается известными комбинациями ионов солей, то становится понятным, почему эти два процесса неразрывно сопутствуют один другому. Вполне понятно, что при возбуждении одного места другие должны затормаживаться, ибо обогащение одного места возбуждающими ионами ведет к обеднению другого. Далее, если принять факт, установленный Weiss'ом и др., что ионы солей обладают неодинаковой способностью проникать через животные перепонки, то становится понятной роль частоты и силы тока. Именно, беря какую-либо частоту, мы тем самым создаем благоприятные условия для проникновения или выхода через мембрану определенным ионам. Изменяя частоту или силу тока, мы или уплотняем, или, наоборот, чрезмерно разрыхляем оболочки клеток и тем самым, по Höber'у, создаем невозможность обмена ионами. При этом создается затормаживание, так как Höber показал, что возбуждение возможно лишь тогда, когда налицо имеется ограниченное разрыхление. В наших опытах затормаживание происходило в центральной нервной системе, а не на периферии. Отсюда, однако, отнюдь нельзя сделать вывода в том смысле, что оно свойственно только ей. Затормаживание, с нашей точки зрения, должно происходить везде, поскольку его обуславливают, с одной стороны, комбинация проникающих через перепонку клетки ионов, с другой состояние и строение самой клетки.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Из всей огромной литературы по данному вопросу упомянем след. источники: 1) Verworn, Erregung und Lähmung.—2) I. Veszi. Zeit. f. allg. Physiol., 1910, Bd. IX.—3) Sherrington. Ergebnisse der Physiol., 1905, IV.—4) Sherrington. The integration action of the nervous system. New-York. 1906.—5) Langley. Автономная нерв. система.—6) Введенский. Возбуждение, торможение и наркоз.—7) S. Meltzer. New-York Med. Journ., 1899.—8) Белоусов. Возбуждение и торможение ант. мышц клешни рака. Физиол. Лаб. Петр. Универ. 1912—15 г.—9) Loëb. Динамика живого вещества.—10) Рубинштейн. Pflüg. Arch., Bd. 214, H¹/₂.—11) Сергиевский. Врачебное Дело, 1926, № 12—13.—12) Воронцов, 13) Виноградов и 14) Магницкий. Доклады на Всесоюзном Съезде Физиологов в Ленинграде.

Посвящается памяти † проф. А. А. Панормова.

К методике получения стойких кристаллов гемоглобина.

Д-ра В. Р. Дмитриева.

В русской литературе совершенно нет подробных указаний на способы получения кристаллического гемоглобина, и нам кажется, что для врачей будет небезинтересно познакомиться с ними.

В нашей лаборатории исследованием гемоглобина занимался мой уважаемый учитель, покойный проф. А. А. Панормов, еще с 1910 года. Им была проделана в этой области очень большая работа, и накоплен обширный сырой материал, который будет впоследствии обработан и опубликован. По его предложению и я занялся исследованием гемоглобина коровьей крови.

Микроскопические кристаллы этого гемоглобина были получены еще Kunde в 1852 году. Однако добыть эти кристаллы в больших количествах исследователям, работавшим после Kunde, не удалось в виду их легкой растворимости. При этом с подробными аналитическими результатами по данному вопросу имеется в литературе только одна работа Hüfner'a. Что касается работы Butterfield'a, появившейся через 22 года после Hüfner'овской, то ее автор, получив гемоглобин коровьей крови по способу Horre-Seyley'a, при помощи центрифуги, делавшей 2000—2400 оборотов в 1', определял в нем лишь одно железо.

Hüfner, взяв в основу тот же метод Horre-Seyley'a, получал кристаллы гемоглобина коровьей крови таким образом: свежedefибринированная кровь коровы отделялась от сыворотки механически, центрифугированием в цилиндрах при 900—1000 оборотах в минуту, продолжавшимся более 2 часов; после этого сыворотка сливалась, кашица кровяных телец перемешивалась с равным объемом физиологического раствора поваренной соли, смесь центрифугировалась еще раз и растворялась в центрифугальных цилиндрах, при осторожном встряхивании, при температуре 30—40° С, в дистиллированной воде, которая предварительно кипятилась и опять охлаждалась до указанной температуры; к охлажденному до 0° раствору гемоглобина прибавлялась небольшими порциями $\frac{1}{3}$ по объему охлажденного до 0° чистого спирта, смесь встряхивалась и оставлялась стоять в охлаждающей смеси из льда и поваренной соли от 24 до 48 часов. Полученные кристаллы центрифугировались и промывались смесью из воды и спирта. Чтобы избежать растворения их во время центрифугирования (так как смесь в это время постепенно нагревается), Hüfner покрывал всю центрифугу точно пригнанным цинковым ящиком, который наполнял охлаждающей смесью. Получившаяся кристаллическая масса растворялась с целью перекристаллизации, и такая пере-

кристаллизация делалась 3 раза, причем получались красные кристаллы иглообразной формы. Кристаллическая кашица последней кристаллизации раскладывалась на пористой глиняной пластинке и оставлялась стоять над серной кислотой при 8° около 24 часов. Высушенные таким образом кристаллы легко растворялись в воде обыкновенной температуры, причем раствор их перед фотометром давал правильное частное число $\frac{E'_0}{E_0}$ разбавленной насыщенной кислородом крови. В пепле 10 граммов кристаллической субстанции Hüfner находил невесомые следы фосфорной кислоты, что указывает на не вполне чистый препарат, ибо фосфора не только в гемоглобине млекопитающих, но и птиц нет (см. статью д-ра А. Н. Полякова в № 3 „Каз. Мед. Журнала“ за тек. год).

Мы получали кристаллы коровьего гемоглобина, пользуясь способом нашей лаборатории, который представляет из себя существенное изменение способа Horre-Seuylers'a. Один литр дефибринированной крови центрифугировался при 1500 оборотах в 1' в течение одного часа, осевшие кровяные шарики сливанием освобождались от сыворотки и лейкоцитов, промывались 20% раствором NaCl в центрифугальных банках емкостью в 500 куб. сант. и снова центрифугировались. Промывание повторялось 2—3 раза. Промытая кашица кровяных шариков начисто смывалась дистиллированной водой сначала в градуированный цилиндр — для измерения объема, затем в колбу, куда при постоянном взбалтывании приливалась вода и 100 к. с. эфира с таким расчетом, чтобы получился один литр лакового раствора. Последний центрифугировался еще раз в течение одного часа, чтобы по возможности отделить строму шариков. Сливался в банку, охлаждался на открытом воздухе за окном до 0° (работа с гемоглобином производилась зимой), и к нему, при энергичном встряхивании, очень медленно прибавлялся охлажденный до 0° 95% алкоголь в количестве 40—50 куб. сант. на 100 куб. сант. раствора; после этой процедуры смесь выставлялась на холод, где несколько раз встряхивалась.

При температуре от 5° до 10° вся смесь в короткое время превращалась в густую кристаллическую массу. Под микроскопом при комнатной температуре в ней видны были большие, длинные, шестисторонние призмы красного цвета с приставшей к ним кое-где стромой. Для перекристаллизации полученная кристаллическая масса переливалась в холодные центрифугальные банки и центрифугировалась в течение 3—5 минут (при более длительном центрифугировании оседала строма), после чего маточный раствор сливался, кристаллическая кашица промывалась охлажденным до 0° раствором из 100 куб. сант. воды, 40 куб. сант. спирта и 1—1,5 куб. сант. эфира и снова центрифугировалась. Затем жидкость сливалась, кристаллы растворялись в возможно малом, измеренном количестве воды и снова выкристаллизовывались при тех же условиях. После второй кристаллизации кристаллы получались более стойкие и более чистые, приставшей к ним стромы под микроскопом видно не было, — она плавала между ними в очень малом количестве.

Перед пятой перекристаллизацией раствор фильтровался, и после этого получались очень стойкие кристаллы, которые при комнатной температуре не расплывались в течение долгого времени. Кристаллы эти фильтровались через гладкий фильтр, отжимались и высушивались между

бумагой. Полученные засохшие комочки легко растирались в ступке в мелкий порошок красно-коричневого цвета. Из одного литра крови получалось 65 грм. воздушно-сухих кристаллов.

Чистота полученного препарата Hüfner'ом определялась фотометрически, что более сложно и требует дорого стоящего аппарата. Наша проба на чистоту препарата производилась гэмометром Fleischl-Miescher'a по способу, предложенному проф. А. А. Панормовым, таким образом: из 1 куб. сант. раствора гэмоглобина делалось разведение, и определялось число на шкале гэмометра, после чего узнавался вес сухого остатка в 1 куб. сант. того же раствора; отношение найденного числа к весу и было критерием чистоты, если оно не давало резких колебаний. Разведение делалось такое, чтобы полученные на шкале числа не превышали 40. Это производилось с тем расчетом, чтобы, во первых, ошибка в наблюдении была приблизительно одинакова, во-вторых, в этом районе не получалось резких колебаний при отдельных определениях.

Полученные нами после различных кристаллизаций данные приведены в нижеследующей таблице:

№ кристаллизации	Разведение	Число Fleischl'a в районе	Вес сухого остатка	Отношение
После 3-й	1:1000	31,6	0,2456	128,7
» 4-й	1:1000	29,35	0,2504	117,2
» 5-й	1: 800	24,8	0,1719	115,36
» 6-й	1: 800	31,8	0,2178	116,8

Если разведение делалось меньше, чем 1:1000, то оно приводилось к таковому при вычисления отношения. Напр., при разведении 1:800 отношение равно $\frac{24,8}{0,1719} = 144,2$, а при разведении 1:1000 оно будет равно $144,2 \times 0,8 = 115,36$. Из таблицы видно, что после 4-й кристаллизации колебания в отношениях были у нас очень незначительны, и потому мы полагаем, что после 5-й кристаллизации получался уже вполне чистый препарат. Для вычисления мы предлагаем формулу $\frac{F \cdot S}{P} = K$, где F—число, полученное в гэмометре Fleischl-Miescher'a, P—вес сухого остатка, S—разведение и K—критерий чистоты.

В заключение приведем некоторые анализы, которые мы проделали с полученным указанным путем гэмоглобином.

А) Анализы для определения воды:

1) Навеска в 1,6773 грм. кристаллической массы, отжатой в гладком фильтре, потеряла после высушивания в сушильном шкафу при 100—110° С 0,801 грм. или 47,2%.

2) Навеска в 2,6435 грм. потеряла 1,2537 (47,43%).

3) „ в 2,0893 грм. „ 0,9884 (47,3%).

Б) Анализы для определения азота (определялся по Kjeldal'ю и Dumas).

аа) По Kjeldal'ю: 1) Навеска 0,1988 грм., связано 22,8 H_2SO_4 , титр которой равнялся 0,001423 N, т. е. N было 16,3⁰/о.

2) Навеска 0,2018 грм., связано H_2SO_4 22,9, N—16,15⁰/о.

3) " 0,2113 грм., " " 24,41, N—16,43⁰/о.

4) " 0,1806 грм., " " 20,81, N—16,4⁰/о.

бб) По Dumas: 1) Навеска 0,2081 грм., об'ем N 30,5, t^0 22⁰, дав. 757.14, N—16,48⁰/о.

2) Навеска 0,2072 грм., об'ем, t^0 и дав. те же, N—16,48⁰/о.

В) *Анализы С и Н* (определение производилось сжиганием в закрытой трубке):

1) Навеска 0,2095 грм., С—54,81⁰/о, Н—7,2⁰/о.

2) " 0,1857 грм., С—54,95⁰/о, Н—7,24⁰/о.

3) " 0,2004 грм., С—54,7⁰/о, Н—7,27⁰/о.

Л И Т Е Р А Т У Р А:

E. E. Butterfield. Zeit. für. phys. Chem. 1909, Bd. 62, S. 173.—
G. Hüfner. Beiträge zur Physiol. Carl Ludwig zu seinem siebenzigsten Geburtstage gewidmet von seinen Schülern. Leipzig, 1887, S. 74.—
F. Kunde. Zeit. für rat. Medicin, 1851, Bd. 2, S. 271.

Посвящается памяти † основателя Московской Терапевтической школы
проф. Г. А. Захарьина (по поводу исполнившегося 30-летия со дня
его смерти).

Механизация процессов патологической жизни, как метод клинической работы.

Профессора М. М. Невядомского,

директора Пропедевтической Клиники внутренних болезней II Московского Гос.
Университета.

В настоящей статье я хотел-бы коснуться одного из основных вопросов современной клиники, настоятельно выдвигаемых самой жизнью. Это—вопрос пересмотра метода клинической работы, ревизия того направления мысли врача, которое укоренилось в его сознании вследствие инерции поступательного продвижения медицины, когда-то—еще, вероятно, со времени Гипократа—получившей определенный уклон своего развития. И эта инерция врачебной мысли, получающая как-бы логическое обоснование в длительности работы в определенном направлении, тем самым гипнотизирует нас, заставляя признать правильность там, где ее в действительности нет.

Инерция эта приводит в сущности к фактической остановке в накоплении реальных достижений клиники. В то время, как современный прогресс биологических и естественно-исторических наук, отражаясь на теоретических медицинских дисциплинах, доводит их до высоты действительной научности,—практические, клинические дисциплины все еще не могут отрешиться от элемента искусства, а подчас и грубой эмпирии. Есть, очевидно, что-то специфическое в клинической работе, есть какая-то особенность ее, которая не позволяет поставить клинику на уровень точной науки. А ведь эти попытки, еще со времен Боткина, часто делались у нас, но пока—тщетно.

Мне думается, что причина этого обособления клиники от биологических наук лежит прежде всего в отсутствии у ней действительно-научного метода работы, научного метода познания патологических проявлений жизнедеятельности организма, и, пока такой метод не будет найден, до тех пор клиническая медицина не выйдет из туманных дебрей врачебного искусства.

Вот почему мне думается, что актуальной задачей современной клиники и является прежде всего и больше всего выработка научного метода работы, который позволял-бы на основании логически построенного анализа клинических фактов приходить к выводам об их сущности и причине, их вызвавшей.

Другими словами говоря, прежде всего необходимо сконструировать научный метод диагноза, который позволял-бы с точностью ставить прижизненное распознавание болезни и учитывать индивидуальные особенности больного, так необходимые при проведении терапии. С достижением этого главная трудность будет изжита, и медицина тогда сможет претен-

довать на полную научность; пока же мы находимся в дебрях искусства и навыка, так как принятый до сих пор шаблон диагноза путем сличения симптомов данного заболевания со сходными симптомами других заболеваний неизбежно должен приводить нас к частым и подчас грубым ошибкам.

Ненаучность такого шаблона очевидна, — нельзя судить о сходстве двух заболеваний, располагая наличностью сходства только части их симптомов, так как в действительности болезнь крайне редко протекает с полной картиной всех своих симптомов, да, наконец, сходные симптомы встречаются очень часто у совершенно различных по существу болезней. Вот почему этот метод несовершенен и должен приводить к ошибкам, избегать которых помогают прежде всего опыт, интуиция и целый ряд индивидуальных качеств врача. Вот почему сплошь и рядом выдающийся теоретик-клиницист, познавший детали сложного симптомокомплекса проявлений каждого заболевания, фактически, у постели больного, не может применить своих знаний и в деле прижизненного диагноза часто уступает опытному практическому врачу.

Позвольте мне привести только два примера в подтверждение этого. Возьмите об'емистые тома дифференциального диагноза Sabot. Сколько там грубых диагностических ошибок! Выдающийся клиницист Kraus на своих лекциях, в 1914 г., говорил, что для него труднейшей задачей является разграничение пороков сердца от эндокардитов. Товарищи, недавно слушавшие его, передавали мне, что и до сих пор он повторяет это на своих лекциях. Следовательно, весь уклон его школы в сторону познания тончайших химических изменений в заболевшем организме не дает критерия для решения по существу простой диагностической задачи. Можно было-бы привести много подобных примеров, но и этого, полагаю, достаточно. В чем же тут дело? Почему видные клиницисты, работая с методикой тончайших анализов, — до химических и биологических реакций включительно, — все же не могут преодолеть трудностей прижизненного распознавания болезней? Разве каждый из клиницистов не переживал чувства глубокого неудовлетворения, когда на секционном столе неожиданно открывалась картина анатомических изменений, о которых он даже не подозревал, наблюдая прижизненные симптомы болезни?

К сожалению, несовпадение прижизненного диагноза с анатомическим все еще остается настолько частым, что к этому можно, пожалуй, привыкнуть, спокойно относя эти ошибки к несовершенству нашей науки. Но мысль клинициста не может и не должна мириться с этим фактом, указывающим на действительно медленный прогресс медицины, как науки; более того, этот факт с ясностью говорит о неправильности современного направления медицинской мысли, не позволяющего научно учитывать происходящих явлений и, вероятно, не в той плоскости их изучающей.

Ничем другим нельзя ведь объяснить поразительного несоответствия массы предлагаемых в настоящее время методов об'ективного исследования больного с фактической возможностью при их помощи правильно распознавать болезнь. Очевидно, вся эта методика как-то мало облегчает трудности прижизненного распознавания.

Правда, сложность проявлений патологической жизни в связи с индивидуальными особенностями больного организма до крайности затрудняет постановку прижизненного диагноза, но по существу все имеющиеся

у клиницистов методы позволяют находить только определенные симптомы заболевания, и у клиники нет никаких методов, позволяющих устанавливать взаимоотношение между найденными симптомами и разграничивать последовательность в их выявлении, что только и может способствовать правильному пониманию всего комплекса явлений в его целом.

Словом, клиника, познавая отдельные симптомы, не имеет метода познания патологической жизни в ее сложном взаимоотношении. В этом и заключается, по моему мнению, причина недостаточной научности клинических дисциплин, этим и объясняется несовершенство их работы. Поэтому необходимо стремиться к выработке такого научного метода познания проявлений патологической жизни, который существенно помогал-бы правильному уяснению взаимной связи патологических явлений и приводил-бы к логическому выводу о картине анатомических изменений, лежащих в основе клинических симптомов. Необходимо интуицию, опыт, индивидуальную способность правильного понимания болезни заменить научным методом познания патологических явлений жизни заболевшего организма.

Всякая болезнь есть в сущности физико-химический процесс, меняющий нормальный состав элементов материи, из коих построены наши органы. Но, так как мы до сих пор не научились улавливать и понимать сущность физико-химических процессов, происходящих в больном органе, то пока довольствуемся познанием морфологии этих явлений: по определенным патолого-гистологическим изменениям, выражающим еще точнее не изученные нами физико-химические изменения, мы судим о характере болезни.

Отсюда понятно, что научный метод прижизненного диагноза должен дать нам способ найденные симптомы болезни комбинировать таким образом, чтобы они логически приводили нас к познанию характера патолого-анатомических изменений в органах. Только такой метод будет действительно научным методом диагноза болезни, так как клинические симптомы болезни, являющиеся результатом анатомических изменений в органах,—как-бы функцией определенного анатомического субстрата,—в действительности могут и должны давать ясный критерий для суждения о причине, их вызвавшей.

Следовательно, надо найти метод, позволяющий по клиническим симптомам болезни познавать ее патолого-анатомический субстрат.

Как это сделать и возможно-ли это?

Мне думается, что это делали интуитивно все выдающиеся клиницисты недалекого прошлого, когда они, не располагая большим числом методов познания патологической жизни, все же изумляли своих современников точностью своего диагноза, обусловленной, конечно, не только интуитивным учетом характера данных процессов, но и научным логическим разсуждением.

Посмотрим, чем достигал каждый из них тонкости диагноза болезни.

Первый из основоположников русской клинической медицины, проф. М. Я. Мудров, не владел ни перкуссией, ни аускультацией—и тем не менее ставил верные диагнозы. Чем он достигал этого?

Располагая методикой наружного осмотра и пальпации, он, конечно, мог улавливать глубочайшие изменения патологической жизни и на основании их научно приходить к правильному диагнозу болезни.

Каждый патологический процесс своеобразно меняет физические свойства органов, почему, подметив эти физические свойства при помощи методов объективного исследования, тем самым можно определить и анатомические изменения,—можно научно поставить точный диагноз.

Кроме того, метод осмотра может дать представление о глубоких нарушениях функций, характер которых, конечно, будет различен при разных заболеваниях; это и являлось, очевидно, для Мудрова существенным основанием для диагноза.

Конечно, методы наружного осмотра и пальпации не могут дать точного познания всех изменений физических свойств больного органа, почему Мудров добавлял к ним еще метод распроса, и комбинация этих методов давала ему возможность правильного познания болезни. Анамнез, уясняющий часто патогенетические моменты данного заболевания и последовательность в развитии симптомов болезни, дает еще больше оснований для суждения о состоянии функций данного организма.

Таким образом сопоставление определенных физических изменений в больном органе со своеобразным состоянием функциональной деятельности больного и было для Мудрова научною основой для постановки правильного диагноза.

Большим виртуозом в области диагностики в 50-х годах прошлого столетия у нас в Москве считался проф. Овер, который ставил диагноз главным образом также на основании наружного осмотра. Мы только что сказали, что этот метод базируется на познании нарушений функций и грубейших морфологических признаков физического изменения органов, почему виртуозность Овера мы относим к его исключительной зрительной памяти и феноменальной наблюдательности, т. е. моментам, стоящим как будто вне действительно-научного объективного метода познания патологических явлений, или относящимся к методу, доступному далеко не каждому, требующему исключительного изучения деталей морфологических признаков (наружного) выявления болезненных процессов. Овер принадлежал, таким образом, к числу виртуозов диагноза по интуиции и исключительной способности наблюдения.

Крупнейшим диагностом, изумлявшим своих учеников точностью распознавания, был проф. Захарьин. Его диагнозы, по свидетельству Парцевского и Елпатьевского, являлись уже строго-научно обоснованными, продуктом логического мышления, а не интуиции.

Захарьин владел методикой перкуссии, аускультации и простейшим лабораторным анализом, но главнейшее значение при распознавании болезни он придавал данным физического исследования (осмотр, ощупывание, перкуссия и аускультация), соединенным с данными распроса. И при помощи этой только методики он с исключительным мастерством преодолевал трудности прижизненного распознавания.

Действительно, эта методика исследования может вполне дать научное понимание болезни.

Перкуссия позволяет гораздо полнее, чем пальпация и осмотр, познать физические свойства органов. Здесь по характеру звука мы судим о характере физических свойств органа. Характер звука является функцией физических свойств органа (его плотности, напряжения и пр.). Аускультация также позволяет судить о характере функции органа, и по

изменению ее характера мы можем судить о локализации и характере анатомического процесса. Так, напр., констатирование крепитации, локализуя процесс в альвеолах, указывает на наличие в них экссудата и уплотнения легочной ткани.

Следовательно, эти методы дают достаточно характерные данные относительно физических изменений органа и его функции и позволяют тем самым судить и о патолого-анатомических изменениях его, так как эти последние всегда определенным образом меняют физические свойства заболевшего органа.

Но, как известно, определением только физических изменений в органах Захарьин не считал возможным ограничиваться при постановке прижизненного диагноза,—он шел также в сторону *анамнестического познания функциональной деятельности* больного органа. Только совместное познание характера изменений функции и физического субстрата, по его мнению, может дать правильное познание патолого-анатомических изменений. Более того—Захарьин наблюдение за течением болезни и саму терапию использовал, как метод определения характера нарушений функции, и на этом основании умозаключал о характере анатомического процесса.

Несомненно, применяя интуитивно свой метод распроса, Захарьин стремился уяснить определенный характер нарушений функций в соответствии с определенным характером анатомических изменений. По характеру изменений функций он судил о характере анатомических изменений, и в этом была непроговоренная им разгадка клинического значения метода распроса. Отсюда становится совершенно ясным, что, раз методы физикального исследования дают познание определенных физических свойств органа, измененного болезнетворной причиной, а определенный характер изменений функций органа зависит от определенного характера анатомических изменений в нем, то эти последние с легкостью определяются при умении находить характер нарушенной функции и изменений физических свойств органа. Отсюда путь к научному пониманию происходящих процессов патологической жизни и к построению научного метода клинического диагноза.

Другой выдающийся русский диагност прошлого века, проф. Боткин, иначе базировал аргументацию распознавания болезни. Он предлагал подходить к больному, как к физическому телу, и научно изучать все свойства его. Отсюда уклон в сторону познания объективных симптомов и стремления по сходству найденных симптомов с симптомами определенных болезненных форм судить о характере заболевания.

Недооценивание Боткиным субъективных жалоб больного, недооценивание им данных анамнеза делало такой подход несвободным подчас от крупных диагностических ошибок (знаменитый Кузьма Прокофьев). Как показала дальнейшая клиническая работа, такой уклон является слишком односторонним, не охватывающим всех сторон протекания патологической жизни, тем более, что субъективные жалобы больных выявляют их ощущения неправильной функциональной деятельности больного органа. Вот почему подход Боткина в сторону преимущественного изучения объективных симптомов болезни в настоящее время дополнен уклоном Захарьинской школы.

Западно-европейские школы не внесли ничего нового в вышеуказанный подход в построении диагноза. Их уклон в общем аналогичен

уклону Боткина, — они главенствующее значение придают методике лабораторного исследования, рентгенологическим данным и пр., вообще констатированию типичных симптомов болезни, полагая, очевидно, что диагноз ставится тем легче, чем больше найдено симптомов.

За последнее время школа Kraus'a особенно прорабатывает физико-химический подход к пониманию фактов патологической жизни и точностью получаемых данных, несомненно, гипнотизирует мысль врача. Однако и этот „химический“ уклон оказывается мало продуктивным в деле постановки прижизненного диагноза, мало облегчает его трудности. Очевидно, и не в нем кроется разрешение важнейшего вопроса для клиники — умения правильного прижизненного распознавания и лечения. Разве в последних работах Sonnenbruch'a, Liehen'a и Morawitz'a не звучит нота неудовлетворенности современным уклоном клинической работы?!

Эта клиническая, практическая несостоятельность углубленной разработки методики объективного исследования больного, очевидно, оттого не достигает поставленной цели, что она главным образом познает статический процесс изменений, а не динамический, во всей его сложности взаимно влияющих друг на друга моментов, чем по существу является болезнь. Вот почему методика „точных анализов“ должна быть в деле постановки прижизненного диагноза только подсобной, а не основной, так как разрешение этого вопроса, очевидно, лежит в умении правильно понимать всю сложность динамики процесса, в умении познавать нарушение характера функций заболевшего организма. Очевидно, и здесь повторяется эта, еще Мефистофелем отмеченная, вопиющая несуразность:

„Кто хочет что-нибудь живое изучить,
Сперва его всегда он убивает,
Потом его на части разбирает,
Хоть связи жизненной, увы! там не открыть“...

И вот, это-то познание жизненной связи патологических процессов, являющееся камнем преткновения в клинической работе, мало удается современной методике объективного анализа, стремящейся больше познавать количественные изменения нарушений функций, чем качественные, — в то время, как последние являются наиболее ценными для понимания характера происходящих в организме изменений. Вот почему там, где мы имеем в настоящее время достаточно разработанную методику познания характера нарушений функции, там прижизненное распознавание легко. Возьмите, напр., диагностику пороков сердца при помощи аускультации, или нарушения ритма сердца при помощи электрокардиографии, и Вы согласитесь, что эти методы действительно позволяют ставить чрезвычайно точный топический диагноз. Характер функции здесь уясняет нам характер анатомического процесса.

Болезнь есть прежде всего жизненный процесс, и надо научиться его определять по признакам динамическим, а не статическим. Надо перенести центр изучения больного от объективной методики, познающей статику процесса, в сторону познания характера нарушений функций с тем, чтобы *научиться по ее характеру находить характер анатомического процесса*, — делать то, что когда-то интуитивно делал Захарьин, и что заставило сказать Nuchard'a: „Московская школа обладает превосходным методом исследования, всесторонней тонкой диаг-

ностикой и превосходной реальной, подобно художественному изваянию, терапией. Школа Захарьина опирается на наблюдение, на точное знание анамнеза и этиологии, на подробное изучение больных, на распрос их, возведенный на высоту искусства, и на терапию столь совершенную, что в руках главы этой школы она сделалась почти точной наукой“.

Но и этого мало,—надо сконструировать определенный научный метод познания процессов патологической жизни, который-бы логически приводил мысль врача к познанию характера анатомических изменений.

Из всего вышензложенного ясно, что такой метод может быть легко построен на основании анализа механизма всех симптомов болезни. Раз каждый симптом обуславливается теми или другими анатомическими изменениями, приводящими к изменению физических свойств заболевшего органа, то данные об'ективной методики осмотра, пальпации и перкуссии с ясностью укажут нам на определенный характер физических изменений, подвести под которые определенный субстрат анатомических изменений очень легко, так как, повторяю, патологический процесс определенным образом меняет физические свойства органа. Данные аускультации (и дополнительных анализов) еще точнее выясняют, по определенному характеру нарушения функции, определенный характер физических свойств больного органа. Данные же анамнеза, уяснив предшествующие условия жизни и состояния функциональной деятельности организма, могут и указать на патогенетические моменты, и установить последовательность в развитии определенного характера нарушений функций тех или других органов. Таким образом сопоставление определенных физических изменений в органе с определенным характером изменения его функции точно позволит определить патолого-анатомический характер изменений в нем.

Само собою разумеется, что этот метод постановки диагноза требует полного учета всех явлений патологической жизни. Выясняя характер изменений функций каждого органа в отдельности, он помогает разграничивать первичные явления от последовательных. План диагноза в каждом конкретном случае прежде всего сводится к подробному аналитическому разбору данных истории болезни в целях выяснения определенного анатомического субстрата изменений на основании определенного характера нарушений функций заболевшего органа, и этот анализ анамнестических данных нарушения функций чрезвычайно важен. Далее мы анализируем механизм каждого об'ективного симптома в целях определения тех физических свойств органа, которыми данный симптом вызван. То же самое мы проделываем и с нарушением функций, уясняя механизм такого нарушения. Наконец, синтезируя все данные о физических свойствах больного органа, полученные на основании анализа механизма каждого симптома в отдельности, мы приходим к суждению об определенном характере происшедших изменений физических свойств заболевшего органа и тем самым—к познанию анатомического субстрата в нем.

Такой метод диагноза дает возможность связать в одно целое все об'ективные симптомы болезни и сопоставить в логическую связь с ними нарушения функции, что позволяет разграничить последовательность явлений и их взаимоотношение. Этот метод несомненно стремится дать иной план клинической мысли и иной путь работы. Путем анализа механизма симптомов необходимо приходиться к познанию физических свойств забо-

левого органа и приучить свою мысль к анализу характера функциональных нарушений жизнедеятельности больного организма—в целях определения по их характеру определенного анатомического субстрата.

Таким образом интуиция, навык, опыт, сравнение по сходству заменяются анализом механизма всех симптомов болезни и синтезом полученных от этого анализа данных, что приводит к определению физических resp. патолого-анатомических изменений в заболевшем органе. Мы не должны диагностировать заболевание по определенным его симптомам, а, находя те или другие симптомы, представлять себе, какими анатомическими изменениями они вызваны, и приучить свою мысль точнейшим образом подмечать определенный характер изменений функций организма, каковой различен при разных заболеваниях. Отсюда наблюдение у постели больного приобретает решающее значение в деле распознавания болезни. Мы должны направить в иную плоскость усилие творческой мысли, искать не количественных изменений функций, а качественных, и в этом уклоне перестроить методику дополнительных анализов. Только тогда главнейшее и первое задание клиники—правильное прижизненное распознавание болезни—будет выполнено с честью.

Ошибочность прежнего подхода заключалась в том, что мы искали симптомы болезни и по их сумме определяли болезнь. Теперь мы знаем, что объективная методика исследования определяет только характер изменений физических свойств больного органа (напр., данные акустики дают указания на характер изменений физических свойств), и потому этот момент и должен быть использован для создания научного метода диагноза болезни: находить определенные изменения физических (химических) свойств и уметь на основании этого определять анатомический субстрат изменений.

Я сочту себя вполне удовлетворенным, если высказанные мною здесь мысли возбудят хотя-бы в будущем серьезный обмен мнений, который послужит основанием для создания научного метода клинической работы.

ЛИТЕРАТУРА.

М. М. Невядомский. К вопросу о прижизненном диагнозе в первые дни лихорадочных заболеваний. Москва. 1924.—М. М. Невядомский. Метод дифференциального диагноза. Юбилейный сборник Ново-Екатерининской больницы. Москва. 1925.—М. М. Невядомский. Механика жизнепроявлений больного человека. Т. I. Ч. I. Москва. 1926.—Г. А. Захарьин. Клинические лекции. Москва. 1896.—Н. Ф. Голубов. О направлениях русской клинической медицины. Там же.

О лечении легочного тбс внутривенными вливаниями хлористого марганца.

Ф. П. Чекалова.

Helms в своей работе „Manganbehandlung bei Tuberculose“, помещенной в „Deutsche med. Wochenschrift“ 1925 г., № 29, опубликовал результаты лечения легочной чахотки хлористым марганцем (manganum chloratum, $MnCl_2$), молекулярный раствор которого, в дозе 0,03, вводился им внутривенно с промежутками времени в 3—4—6 дней. Результаты получились следующие: из 26 леченных таким способом больных у 17 получилось улучшение, 7 случаев остались без изменения, и 2 случая прошли с ухудшением; бацилловыделителей в начале лечения было 16, а при окончании лечения у 10 из этих больных туберкулезные палочки исчезли. Следовательно, процент исчезания Косч'овских бацилл при лечении чахоточных больных внутривенными вливаниями молекулярного раствора хлористого марганца у автора равнялся 62.

Ознакомившись с означенной работой Helms'a и зная, с каким трудом и как редко исчезают палочки Косч'a при всех применяющихся в настоящее время способах лечения чахотки (гигиено-диететический, пнеймоторакс, лечение кварцевой лампой, внутривенные введения хлористого кальция и др.), ежедневно наблюдая, наконец, громадную разницу в течении и исходе открытых и закрытых тбс легких, мы не могли не признать полученных Helms'ом результатов, с исчезновением Косч'овских палочек больше, чем в половине наблюдавшихся случаев, в полном смысле слова блестящими. Отсюда у нас естественно явилось желание проверить способ Helms'a на своих больных.

Приступив к проверке лечения чахотки хлористым марганцем, мы провели этот способ на 10 больных, которые по степени распространенности имевшегося у них процесса и по степени компенсации распределялись так: 1 больной с ВП, 5—с ВП, 1—с СП и 3—с СП, а по форме процесса: 2—с фиброзным процессом, 4—с продуктивным и 4—с экссудативным. Из этих 10 больных 6 имели субфебрильную температуру, а 4—лихорадочную. Все больные были бацилловыделителями.

Для вливания был приготовляем всякий раз перед вливанием свежий, стерильный молекулярный раствор хлористого марганца. Последний в чистом виде представляет из себя кристаллы с чуть заметной розовой окраской. Исходя из молекулярного веса хлористого марганца, равного 198 ($Mn=55$, $Cl_2=71$, $4H_2O=72$, а всего 198), и учитывая трудность введения 0,03 молекулярного раствора, как предлагает Helms, мы заменили его децинормальным молекулярным раствором, а именно, перед каждым вливанием приготовляли раствор $MnCl_2$ по формуле: $manganum$

chlorati 0,2, aq. destill. 10,0 и вводили в вену 0,3 куб. сант. его, которые равнялись 0,03 предлагаемого автором раствора.

Вливания производились не через 3 или 5 дней, как советует Helms, а 2 раза в неделю, т. е. несколько чаще, причем через 1—2 вливания мы увеличивали дозу вводимого раствора на 0,1, доводя его втечении всего курса лечения, продолжавшегося 32—40 дней (за это время делалось до 10 вливаний), до 0,7—0,8. Какой-либо местной, общей или очаговой реакции при таком методе введения $MnCl_2$ не было; введение было, далее, безболезненно, если только вливание было сделано правильно (лишь при случайном попадании раствора под кожу или в клетчатку на месте укола появлялись краснота, припухлость и болезненность, исчезающие под влиянием согревающего компресса через 1—2 дня). В противоположность вливанию хлористого кальция оно не сопровождалось, наконец, решительно никакими ощущениями со стороны больного и проходило для него совершенно незаметно.

Что касается полученных нами при применении хлористого марганца результатов, то они были далеко не такие блестящие, как у Helms'a. Из 10 наших больных у шести получилось лишь незначительное улучшение, один выписался без улучшения и три—с ухудшением. При этом и шесть наблюдавшихся незначительных улучшений нельзя приписать всецело данному средству, так как одновременно с ним проводился гигиенико-диететический метод лечения, лечение покоем и воздухом. Какого-либо успокаивающего действия на нервную систему, как это наблюдается при введении хлористого кальция, при введении хлористого марганца нами не наблюдалось. Влияние на то было незначительное: в 7 случаях оно было, можно сказать, нулевым, и только в 3 случаях можно было отметить некоторую незначительную склонность температуры к выравниванию. Какого-либо заметного увеличения аппетита у больных тоже отметить не удалось. Наконец, в отношении туберкулезных палочек, полученные нами результаты совершенно расходились с результатами Helms'a: из всех леченных нами посредством внутривенных вливаний хлористого марганца бацилловыделителей ни один не избавился от палочек Koch'a, и во всех 10 случаях открытые формы tbc так и остались открытыми же.

Отсюда мы пришли к выводу, что хлористый марганец по своему терапевтическому действию в деле лечения легочного tbc ни в каком случае нельзя ставить в один ряд с хлористым кальцием: он не обладает седативным влиянием последнего на нервную систему, не повышает аппетита больных, не обладает способностью выравнивать температуру у субфебрильных больных, не влияет на уменьшение других токсических проявлений tbc инфекции, наконец, подобно хлористому кальцию¹⁾, не оказывает решительно никакого влияния, на выделение палочек Koch'a даже при применении в дозе в два раза большей, чем предлагал Helms. Раз все это так, то, очевидно, в деле лечения легочного tbc хлористый марганец не имеет никакого терапевтического значения.

¹⁾ Ф. П. Чекалов. Наблюдения над кальцитерапией легочного туберкулеза. Русская Клиника, 1926, № 26.

Инсулин и функция желудка.

(Доклад на IX Всесоюзном Съезде Терапевтов в Москве).

А. М. Предтеченского, Л. И. Гурвича и Ф. К. Пермькова.

После работ Boenheimer'a, производившего впервые систематические наблюдения над влиянием гормонов на желудочную секрецию, и после целого ряда последующих клинических и экспериментальных наблюдений в науке установился взгляд, что, наряду с другими органами, гормоны не оставляют без воздействия и желудок. Правда, до настоящего времени нет еще полной согласованности в оценке их влияния, но, в то же время, нет сомнения и в том, что они действуют на желудок. Так, Molnar, Rogers, Boenheimer признают за гормоном *gl. thyreoideae* роль активатора желудочной секреции, тогда как Hardt говорит противоположное, а Бодылкес получил различный эффект в зависимости от дозы. Между тем, как Hess, Grundlach, Rogers приписывают, далее, адреналину роль угнетателя секреции желудка, — Сиротинин, Лукава и др. говорят об нем, как об активаторе. Никто, однако, не возражает, что желудок чуток к воздействию гормонов, и клиника постоянно приносит нам блестящие доказательства влияния последних на желудочную секрецию. При базедовой и адиссоновой болезнях, при акромегалии, микседеме, остеомалации и др. расстройствах эндокринного аппарата, как показывают клинические наблюдения, имеются обычно и расстройства желудочной секреции. При этом, если гормон какой-либо отдаленной железы влияет на желудок, то тем более можно ожидать эффекта от гормона поджелудочной железы, которая, согласно работам из лаборатории И. П. Павлова, находится в теснейшей физиологической связи с желудком. Вот почему мы, по предложению проф. С. С. Зимницкого, занялись изучением влияния инсулина на функцию желудка.

В литературе имеются на этот счет наблюдения Detre'a и Siko, из клиники проф. Koranyi, которые изучали изменения желудочной секреции под влиянием инсулина на людях и нашли, что под влиянием однократного приема инсулина кислотность в большинстве случаев нарастает и лишь в меньшинстве случаев остается без перемен; многодневный же прием инсулина действует на желудочную секрецию стимулирующим образом. Однако, в виду того, что названные авторы пользовались толстым зондом и отмечали только один момент работы желудка, они не могли оттенить целого ряда тонкостей секреторной функции его. Dobreff и Kollasо также исследовали влияние инсулина на секрецию желудка, но у собак с Павловским желудком, при-

том же они не определяли кислотности. По Harelon'y, Santenois, Morion'y и др. инсулин действует на парасимпатическую нервную систему.

Наши исследования производились по методике проф. Зимницкого, заключающейся в двойном бульонном раздражении, дающем нам возможность уловить, кроме кислотности, еще и тип отделения желудка. Во время исследования мы старались держать конец зонда на одном и том же уровне. Большинство исследованных больных были стационарные больные с отсутствием или резко выраженными диспептическими явлениями. Кроме желудочной секреции, у них отмечались изменения пульса, кровяного давления и саливации. Для опыта применялся английский инсулин Boots'a, активность которого устанавливалась изменением сахара в крови по способу Hagedorn'a.

Нижеприводимые, наиболее наглядные примеры рисуют влияние инсулина на желудочную секрецию (см. таблицу):

Т А Б Л И Ц А.

№№ слу- час.	Пробный завтрак в часы.	Секреция до инсулина.		Секреция после инсулина.		Доза инсулина в единицах.
		Свободн.	Общая кислотность.	Свободн.	Общая кислотность.	
1	1-й ч.	132	152	86	218	20 единиц
	2-й ч.	148	184	314	352	
2	1-й ч.	128	180	140	188	10 единиц
	2-й ч.	84	138	136	176	
3	1-й ч.	94	130	90	124	15 единиц
	2-й ч.	28	52	112	148	
4	1-й ч.	122	174	126	164	20 единиц
	2-й ч.	120	154	244	288	
	1-й ч.	—	—	180	228	10 единиц
	2-й ч.	—	—	186	232	
5	1-й ч.	40	94	64	108	10 единиц
	2-й ч.	98	148	108	158	

№ 1. Больной О., 27 лет, без диспептических расстройств. Здесь перед нами нормальный тип отделения желудочной секреции: сумма кислотности за 2-й час немногим превышает таковую за 1-й час, причем кислотность находится в пределах нормы. После введения инсулина в дозе 20 единиц кислотность ослабела за 1-й час и резко усилилась за 2-й час, превращая таким образом нормальный тип в гиперацидный инертный. Саливация усилилась, кровяное давление не изменилось, пульс слегка замедлился, субъективных ощущений нет.

№ 2. Больной З., 28 лет. *Ulcus duodeni*, астенический тип отделения. Под влиянием 10 единиц инсулина кислотность увеличилась, явления астении сгладились, тип стал изосекреторным.

№ 3. Больная Е., 27 лет. Cholecystitis, субацидный астенический тип. Под влиянием 15 единиц инсулина кислотность повысилась, тип стал нормальным, пульс участился, кровяное давление слегка упало, саливация возросла с 12 до 28 куб. см.

№ 4. Больная Б., 21 г. Pyelitis, нормацидный изосекреторный тип. Доза в 10 единиц инсулина не изменила типа, а увеличила только кислотность, превратив нормацидный тип в гиперацидный изосекреторный. Доза в 20 единиц сделала тип гиперацидным инертным. Пульс участился, саливация увеличилась.

№ 5. Больной М., 30 лет. Ulcus ventriculi (диагноз подтвержден операцией). Здесь имеется инертный тип, который под влиянием инсулина не изменился, — произошло только увеличение кислотности; пульс участился, саливация повысилась.

Произведенные нами многократные исследования над перечисленными 5-ю и еще 30-ю другими больными позволяют нам сделать следующие заключения:

1) Гормон панкреатической железы в дозе 10—20 единиц несомненно влияет на желудочную секрецию.

2) В большинстве случаев под действием его происходит нарастание кислотности.

3) Инсулин влияет также и на тип желудочной секреции.

4) Наиболее чувствителен к инсулину астенический тип секреции, изменяющийся то в изосекреторный, то в нормальный или инертный типы, — в зависимости от дозировки и функционального состояния самих желез.

5) Наиболее стоек к инсулину инертный тип желудочной секреции.

6) Под влиянием инсулина у больных, при исследовании тонким зондом, замечаются в большинстве случаев нарастание саливации, понижение кровяного давления и учащение пульса. Через 1½—2 часа все эти явления обыкновенно проходят.

7) Инсулин может иметь терапевтическое значение при субацидных астенических формах.

8) Инсулин по характеру своего влияния на желудочную секрецию ближе всего подходит к пилотропину.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Штауб. Инсулин. 1925.—2) С. С. Зимницкий. О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез. М. 1926.—3) Труды VII Съезда Терапевтов. 1924. Москва.—4) Landois. Физиология. 1925.—5) D. v. Detre u. Siko. Insulin und Magensekretion. Zeitschr. f. die ges. experim. Mediz. 1925, Bd 46, H⁵/₆.—6) Dobreff u. Collasso. Biochem. Zeitschr., 154.

К вопросу о пресакральных смешанных опухолях.

Д-ра М. С. Венециановой.

Вопрос о врожденных опухолях крестцово-копчиковой области—вопрос далеко не новый. О подобной опухоли, которая была вдвое больше головки новорожденного и затрудняла роды, писал еще в 1694 г. известный французский акушер Philippe Reu. Но все прежние сообщения ограничивались только макроскопическим описанием величины, формы и местоположения опухоли. Когда же на помощь клинике пришел микроскоп, интересная структура этих опухолей привлекла к себе внимание исследователей, которые пытались выработать их классификацию и выявить их патогенез. Несмотря на многочисленные работы в этом направлении, данный вопрос, однако, и до настоящего времени полностью не решен. Он будет решен, как говорит Пожариский, только тогда, когда мы сможем прочесть последние страницы учения об опухолях.

Классификаций для врожденных крестцово-копчиковых опухолей было предложено много (Borst, Marchand, Tillmans, Bergmann и др.). Не вдаваясь в подробный разбор их, отметим лишь тот факт, что в основе большинства классификаций лежит принцип деления всех врожденных опухолей сакрально-копчиковой области на две группы: 1) наиболее часто встречающиеся опухоли, развивающиеся вследствие дефекта в позвоночнике (spina bifida),—myelocoele, meningocele и пр.; 2) опухоли, которые являются настоящими новообразованиями, имеющие порою более простое (миомы, фибромы, саркомы), порою более сложное строение, включающие различные органы и ткани (тератоидные опухоли, дермоиды, тератомы). Каждая из этих групп в свою очередь имеет массу подразделений, причем каждый автор делит их по своему усмотрению.

Что касается, далее, патогенеза,—главным образом, конечно, опухолей сложного строения,—то мы, опять-таки не вдаваясь в подробности, приведем здесь лишь основные положения по данному вопросу. Sappey считает тератоидные опухоли за результат порочного развития. Многочисленные исследования, при которых были обнаружены в этих опухолях эмбриональные зачатки, и факт нахождения подобных новообразований у новорожденных или у детей в первые годы жизни—убеждают в правильности этой гипотезы, и тот взгляд, что образования эти имеют эмбриональное происхождение, в настоящее время можно считать общепризнанным.

Однако, если наличность эмбриональных остатков в подобных опухолях не подлежит сомнению, то взгляды на механизм их происхождения являются крайне различными. На этот счет существует 3 теории:

1) бигерминальная монистическая, 2) дуалистическая, 3) моногерминальная монистическая.

Бигерминальная теория, приверженцами которой являются Calbet, Stolper и др., сводится к тому взгляду, что каждая такая опухоль представляет собою по каким-либо причинам не развившегося двойничного зародыша (т. наз. *foetus in foetu*), причем от большего или меньшего развития этого зародыша зависит более или менее сложное строение опухоли. В пользу этой теории говорит локализация тератом, которые располагаются обычно на местах, где чаще всего встречаются т. наз. приросшие двойни, а именно, на головном и хвостовом концах туловища и на передней поверхности живота. Но то обстоятельство, что число тератом может быть очень большим (так, напр., Hofmeister наблюдал в одном яичнике женщины 4 дермоида, а в другом, у той же женщины, — 7, между тем как число плодов у человека обычно не превышает пяти), говорит против этой теории.

Сторонники дуалистической теории (Borst, Tillmans, Bergmann и др.) проводят взгляд, согласно которому часть описываемых опухолей происходит моногерминально, часть же бигерминально. Это последнее происхождение они приписывают тем опухолям крестцово-копчиковой области, которые имеют наиболее сложное строение, именно, сюда относятся опухоли, содержащие в себе органы, или, по крайней мере, определенные остатки таких органов, которые образовались не из заднего конца туловища зародыша, и происхождение которых не может быть сведено к зародышевому стигнуированию или неправильному развитию частей таких органов, которые при нормальных условиях роста зародыша претерпевают обратное развитие и исчезают. Другие же, более простые по строению, опухоли крестцово-копчиковой области происходят, по мнению сторонников этой теории, насчет неправильного развития некоторых органов и образований, существующих в известные периоды эмбриональной жизни в нижнем, хвостовом конце эмбриона (Боголюбов). Но невозможность провести грань между более и менее сложными опухолями затрудняет такое деление, а факт, что уроды с тремя ногами бывают лишены собственного амниона, также опровергает взгляд на бигерминальное происхождение опухолей, в которых находятся задатки органов.

Унигерминальная монистическая теория предполагает, что все сложные опухоли происходят из элементов самого носителя. К сторонникам такого взгляда относится Marchand, который в 1897 году предложил теорию, что данные опухоли развиваются из оплодотворенных полярных, или направительных, телец. Однако возможная множественность тератом говорит против этой теории. Позже тот же Marchand предложил более вероятную и теперь принятую многими теорию (т. наз. теорию Marchand'a-Bonnet), согласно которой тератоидные опухоли образуются из бластомер, отделившихся вследствие невыясненных еще пока условий.

Кроме этих главных теорий есть еще и другие, но такой теории, которая была-бы всеми принята и получила-бы права гражданства в науке, пока нет, и только накопление большого количества наблюдений и исследований над подобными опухолями, как говорит проф. Боголюбов в своей работе об них (Русский Хир. Архив, 1907, кн. 2), может помочь всестороннему изучению данного вопроса. В виду этого мы, по

предложению проф. Боголюбова, исследовали случай такой опухоли, оперированный им в Хирургической клинике Казанского Гос. Института для усов. врачей. Исследование было произведено в Патолого-анатомическом кабинете Казанского Университета, под руководством проф. И. П. Васильева, которому мы здесь и приносим сердечную признательность.

Н. Р., 1 г. 3 мес., сын рабочего, поступил в клинику 27/I 1925 г. с опухолью в левой ягодичной области. По словам матери опухоль эта существует у ребенка от рождения, причем сначала она не превышала величины грецкого ореха, но по мере роста ребенка стала постепенно увеличиваться. Опухоль безболезненна, ребенку не мешает, тазовых растройств, по словам матери, у него не наблюдается. 2½ месяца тому назад ребенок перенес корь, которая осложнилась воспалением легких. Поправившись от пневмонии, ребенок заболел ветреной оспой.

Объективное исследование больного дало следующую картину: мальчик сложен правильно, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, кожные покровы и слизистые нормально окрашены, в области левой ягодицы, не заходя выше края *m. glutei*, имеется плотная, упругая, местами флюктуирующая опухоль величиною с головку новорожденного; упругость опухоли при крике ребенка несколько увеличивается, форма опухоли приблизительно круглая, в нижней части ее, у основания опухоли, замечается незначительной величины участок с более плотной консистенцией; опухоль сидит на широком основании, несколько подвижна в боковом направлении; покрывающая ее кожа не изменена и легко сдвигается в складку; опухоль безболезненна, все позвонки крестца ясно прощупываются, копчик несколько смещен вправо; пункция опухоли дала прозрачную, слегка опалесцирующую жидкость слабо-щелочной реакции, содержащую белок.

4/II 1925 г., под хлороформным наркозом, проф. Боголюбовым была произведена экстирпация опухоли: сначала были проведены два эллиптических разреза вокруг основания последней, длиною в 10—12 сант., затем, по рассечении кожных покровов, опухоль была вылучена большей частью ножом и ножницами, а местами тупым путем, причем оказалось, что основание опухоли вдается глубоко в малый таз, располагаясь между передней поверхностью крестца и прямой кишкой. Вылущение опухоли в глубине таза представляло некоторые затруднения, в виду ее тесных отношений к брюшине и прямой кишке; тем не менее ее удалось успешно вылучить без повреждения этих органов. Рана была закрыта при помощи кожных швов, а в нижний край ее введен небольшой тампон. Послеоперационное течение не представляло ничего особенного, и 22/II ребенок выписался с хорошо гранулирующей раной.

Макроскопическое исследование вылученной опухоли дало следующие результаты: опухоль подходила по размерам к головке новорожденного; форма ее была округло-овальная, консистенция неодинаковая—местами плотная, местами же можно было обнаружить флюктуацию. При разрезе опухоли из нее вытекло приблизительно 100 куб. сант. слегка опалесцирующей жидкости. Цвет ткани опухоли на разрезе представлялся серовато-белым. В разрезе опухоль оказалась состоящей из нескольких полостей, большей частью с гладкими, местами же слегка волнисто-выступающими стенками. В некоторых полостях на стенках наблюдались нежные, тонкие, длиною в 2 сант., светло-рыжеватые волоски. Величина полостей была различна,—от куриного яйца до лесного ореха. В некоторых полостях находилось небольшое количество опалесцирующей жидкости. Стенки полостей имели различную толщину,—от 1 до 2½ поперечных пальцев. В толще стенок местами прощупывались как-бы костные образования, которые выступали в виде небольших возвышений на стенках полостей. Снаружи вся опухоль была окружена тонким слоем белой фиброзной ткани, образовавшей капсулу.

Для микроскопического исследования препараты, после предварительной фиксации, были окрашены частью гэматоксилином *Böhm* и *Er* с эозином, частью же по *Van-Gieson*; содержащаяся в опухоли кость была предварительно декальцинирована. Просмотрев ряд срезов из разных участков опухоли, мы нашли следующее: главная полость опухоли была выстлана плоским, многослойным, на поверхности ороговевающим эпителием, который бухтообразно вдавался в полость кисты; под эпителием находились дериваты кожи, как-то сальные железы, волосы, а местами под эпителием группами лежали железы с невысоким цилиндрическим эпителием; другие полости были выстланы эпителием, в котором, как правило, были

включены бокаловидные клетки, выделявшие слизь. Основной тканью опухоли была ткань соединительная, местами гиалинизированная, местами богатая клетками, местами же волокнистая. Ткань эта была пронизана взаимно анастомозирующими между собою полосками глины. Ядра глиозной ткани группировались местами более рыхло, местами более плотно. Величина ядер тоже резко колебалась: местами ядра были большие, разбухшие, местами мелкие, интенсивно красящиеся. Изредка попадались гладкие мышечные волокна. В нескольких препаратах мы находили пластинки кости, которые представляли из себя компактное костное вещество с костными телцами. Местами встречалась жировая ткань.

Решение вопроса о том, к какой группе относится исследованная нами опухоль, не представляется трудным. В данной опухоли мы нашли дериваты всех трех зародышевых листков: эктодермы, энтодермы и мезодермы. Из эктодермальных образований мы нашли в данном случае эпителий с ороговевающими на поверхности клетками и нервную ткань — глию, которая обильно пронизывала анастомозирующими между собою полосками решительно все срезы нашего препарата. Полости, выстланные местами многослойным, местами однослойным эпителием с включением бокаловидных клеток, выделяющих слизь, мы можем отнести к дериватам энтодермы. Конечно, трудно решить вопрос, что имело развиться из данных образований, — внутренний-ли покров кишек, или дыхательных путей; но принадлежность их к энтодерме неоспорима. Что же касается дериватов мезодермы, то к ним мы можем отнести разнородную соединительную ткань, которая являлась во всех срезах основой; кроме того к мезодерме же относятся костная ткань, жировая ткань и гладкие мышечные волокна, которые мы также находили в некоторых срезах. Найдя т. о. в опухоли дериваты всех трех зародышевых листков, мы имеем полное право отнести ее к типу тератом, а именно, считать ее тридермной, т. е. состоящей из дериватов всех трех зародышевых листков.

Мы хотели-бы сказать еще несколько слов о локализации нашей опухоли. Как известно, тератомы, располагающиеся в крестцово-копчиковой области, могут лежать на задней (дорзальной) поверхности крестца или копчика и быть более или менее плотно сросшимися с этими органами. В других случаях подобные опухоли располагаются между rectum (или anus) и передней поверхностью крестца или копчика, причем могут глубоко западать в таз. В нашем случае имелось именно такое расположение опухоли: как было обнаружено при операции, основание последней глубоко вдавалось между передней поверхностью крестца и прямой кишкой, будучи в весьма тесной связи как с этой последней, так и с тазовой брюшиной.

Отметим, что в то время, как удаление подобных опухолей, расположенных на задней поверхности крестца, не представляет никакой опасности и технически является легким, вылушение пресакральных опухолей, развивающихся между крестцом и прямой кишкой, может быть весьма затруднительным и опасным в виду тесной связи с прямой кишкой и брюшиной, как это и было в нашем случае. Несмотря на подобные отношения, операция в нашем случае протекала гладко, и наш маленький пациент весьма хорошо перенес ее.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Bergmann. Berl. klin. Woch., 1884, №№ 48—49.—2) Боголюбов. Рус. Хир. Арх., 1907.—3) Borst. Cent. f. allg. Path. u. path. An., 1898.—4) Добросмыслов. Рус. Хир. Арх., 1902, кн. 3.—5) Engelmann. Arch. f. klin. Chir., Bd. 72.—6) Гаген-Торн. Лер. Рус. Хир., 1899.—7) Hagen. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 42.—8) Hagenbach. Arch. f. klin. Chir., Bd. 66.—9) Hennig. Beitr. z. path. Anat., 1900, Bd. 28.—10) Hoppe. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 66.—11) Качковский. Хир., 1902.—12) Kiderlen. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 52.—13) Linser. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 29.—14) Парин. Beitr. zur Ren. der angeborenen präsakral sitzende Geschwülste.—15) Марков. Хир., 1912.—16) Молчанов. Хир., 1909.—17) Петров. Изв. В.-Мед. Акад., 1903.—18) Розанов. Мед. Об., 1906.—19) Tillmans. Die Verletzungen u. chir. Krank. des Beckens. Stuttg. 1905.—20) Чернов. Хир., 1906.
-

К клинике ложных аневризм.

Ассистента клиники В. М. Баля.

Ложные аневризмы в мирное время встречаются сравнительно редко. Еще большей редкостью является операция наложения сосудистого шва при аневризме общей сонной артерии. Это то последнее обстоятельство и побуждает нас описать случай ложной аневризмы, где потребовалось наложение шва на *a. carotis communis*, имевший место в нашей клинике.

Больной А. С., 42 лет, поступил в клинику 18/XI 1923 г. с жалобами на общее недомогание, одышку, кашель и опухоль в правой половине шеи, причиняющую ему неприятное ощущение вследствие постоянного жужжания в ней. Из запроса выяснилось, что около 15 лет назад С. ночью на улице подвергся нападению грабителя, который ударил его кинжалом в шею. По словам больного, нанесенная ему рана была очень поверхностная, небольшая, и лишь обильное кровотечение заставило его обратиться за помощью в больницу, куда он и был помещен для стационарного лечения. Кровотечение после наложения швов на рану тотчас же прекратилось, и больной, пробыв несколько дней в больнице, выписался едовым. Через несколько лет затем, после дважды перенесенного воспаления легких, С. начал часто недомогать: у него появились кашель, одышка, чувство тяжести в животе, и тогда же он обнаружил у себя на шее, на месте бывшей раны, небольшую, совершенно неболезненную опухоль, беспокоившую его своим постоянным шумом.

Больной хорошего сложения. Слизистые и кожа анэмичны, отеки на лице и нижних конечностях. На коже правой половины шеи, в нижнем углу *trig. carotis*, подвижный линейный рубец около 1 сантиметра длиной. Кнутри от него и несколько ниже верхнего края щитовидного хряща над поверхностью кожи выпячивается пульсирующая, веретенообразной формы, мягкая, эластическая опухоль величиною с голубиное яйцо. Опухоль эта равномерно расширяется и сдается синхронно с пульсовой волной и при пальпации дает ощущение дрожания и сотрясения всей области *m. sterno-cleido-mastoidei*. При аускультации как в области самой опухоли, так и за пределами ее выслушивается постоянный дующий шум, усиливающийся с систолой; шум этот распространяется на череп, правый плечевой сустав, лопатку и даже поясничную часть позвоночника. Сдавление *a. carotis communis* ниже опухоли уничтожает дрожание и пульсацию последней, причем замедления сердечной деятельности отметить не удастся. Пульс височной артерии с правой стороны несколько слабее, чем с левой. Границы сердца (рентгеноскопия): левая—на 1 сантиметр снаружи от сосковой линии, правая—на 1 поперечный палец вправо от *l. parasternalis dext.*; аорта несколько расширена. При аускультации, во время систолы—шум, особенно ясно слышимый на *manubrium sterni*. Пульс лучевых артерий напряженный, 88. В легких явления хронической пневмонии с обильным количеством влажных мелко-пузырчатых хрипов. Нижняя граница печени на 2 поперечных пальца ниже реберной дуги. Селезенка значительно выдается из-под края ребер, плотна и немного болезненна. Со стороны мочеполовых органов ничего патологического не обнаружено. Со стороны нервной системы—подавленное настроение, отсутствие сна.

Диагностика заболевания в данном случае не представляла особых трудностей: гладкая, веретенообразной формы опухоль по ходу крупных кровеносных сосудов шеи, в связи с анамнестическими указаниями больного на бывшее ранение, равномерное расширение и спадение опухоли, совпадающее с пульсовой волной, непрерывное дрожание, а также постоянный шум при аускультации опухоли, уси-

ливающийся с систолой сердца,—все эти признаки указывали на существование у больного травматической артерио-венозной аневризмы общей сонной артерии.

Операция 30/XI под местной анестезией (А. Т. Лидский). Кожный разрез по переднему краю *m. sterno-cleido-mastoidei* от сосцевидного отростка до грудинно-ключичного сочленения и отсюда по верхнему краю ключицы до ее середины. Атрофированная грудинно-ключично-сосковая мышца рассечена на середине поперек, и обе половины ее отсепарованы и откинuty кверху. Обнажен на всем протяжении сосудисто-нервный пучок, причем оказалось, что мы имели дело с артерио-венозной аневризмой. Мешок последней был построен за счет сильно расширенной общей яремной вены, имел в длину 8 сант., при наибольшей ширине в $2\frac{1}{2}$ сант., и широким анастомозом сообщался с общей сонной артерией по наружному полукружью последней. После ориентировки в анатомических отношениях, были подведены лигатуры под периферические и центральные концы обоих сосудов, отдельно для каждого. причем, ввиду обширности аневризмы и значительного истончения ее стенок, решено было ее выключить. Для этого лигатуры на яремной вене были затянуты выше и ниже аневризматического мешка, в пределах здоровых стенок. Сонная артерия также была пережата Нёрнберговскими зажимами. Анастомоз пересечен у самой стенки артерии, после чего на последней образовалась продольная щель длиной в 3 сант. Аневризматический мешок вскрыт по всей длине. При попытках иссечь его целиком было обнаружено весьма прочное сращение его с блуждающим и грудобрюшным нервами, что заставило отказаться от такого выделения, и мешок был оставлен *in situ*. Затем было приступлено к наложению сосудистого шва на сонную артерию, которое удалось выполнить весьма легко. После снятия зажимов с сонной артерии кровотечения на месте шва не было. Грудинно-ключично-сосковая мышца сшита катgutом. В заключение наложены серфины на кожу, и введен небольшой тампон в нижний угол раны.

1/XII, на другой день после операции, температура 38,1°, катарральная пневмония справа, сильный кашель, обильная мокрота; банки, компрессы. 4/XII явления пневмонии утихли, t° 37°, удален тампон. 6/XII скобки сняты, первичное заживление; шум не прослушивается, дрожания нет. 12/XIII самочувствие больного очень хорошее, отеки лица и стоп исчезли, прекрасный аппетит, на месте бывшей аневризмы плотная, безболезненная припухлость — остатки аневризматического мешка. В феврале больной явился на осмотр; самочувствие его очень хорошее, пациент рад, что избавился от постоянного шума в ушах и голове, занимается физическим трудом, отеки у него исчезли совершенно, печень несколько уменьшилась.

Вопрос о ложных аневризмах начал особенно разрабатываться со времени русско-японской войны, а главным образом в последнюю мировую войну, когда % образования аневризм на почве травматического повреждения сосудов в отношении общего количества ранений исчислялся по отдельным авторам от 0,5 до 1,6. Большое количество ранений сосудов за этот период объясняется тем, что во всех армиях введены ныне остроконечные малокалиберные пули.

Артерио-венозные аневризмы могут быть объединены в 2 основных типа: 1) артерио-венозный свищ с венозным мешком—*varix aneurismaticus* и 2) артерио-венозная аневризма с ложным промежуточным мешком—*aneurisma varicosum*. Аневризму первого типа мы имеем при одновременном неполном ранении противолежащих стенок артерии и вены, когда, после образования спаек в окружающих тканях и последующего омертвения поврежденных сосудистых стенок, кровь через образовавшееся отверстие поступает из артерии в вену; при этом ток крови, производя давление на противоположную стенку последней, вызывает в ней сначала выпячивание, а затем и образование мешка. *Aneurisma varicosum* является также результатом ранения противолежащих сосудистых стенок, но, в отличие от *varix aneurismaticus*, она имеет ложный мешок, лежащий между сосудами, который сформировался, благодаря кровотечению из разорванных сосудистых стенок, на месте бывшей гематомы. Этиологическим мо-

ментом для появления *varix aneurismaticus*, по нашему мнению, служит относительно более нежная травма сосудов, каковы, напр., ранения острым оружием (ножи, кинжалы) и ушибы; для *aneurisma varicosum* причиной являются огнестрельные ранения.

Процесс организации мешка при артериальных аневризмах и *aneurisma varicosum* совершенно аналогичен. Ранение сосуда большего или среднего калибра, если при этом небольшое кожное отверстие быстро закрывается свернувшейся кровью, вызывает появление гематомы, величина которой будет зависеть с одной стороны от величины и характера повреждений сосуда, а с другой — от сопротивления окружающих тканей. Повреждение сосуда, заключенного в плотное влагалище, естественно дает незначительную гематому; напротив, при большом разрушении окружающих частей, или при ранении свободно лежащего в тканях сосуда, гематома может принять очень большие размеры, и кровотечение в таких случаях останавливается лишь тогда, когда кровь, заполнив все межтканевые промежутки, сдавит кровотокающий сосуд. В дальнейшем, если излившаяся кровь не вызовет омертвения органа и если ранение чистое, гематома может иметь 3 исхода: а) она может подвергнуться рассасыванию, б) может превратиться в кровяную кисту, в) может послужить местом и материалом для образования ложной аневризмы. В последнем случае по прошествии 24 часов с момента ранения излившаяся кровь прочно сидит в межтканевой ткани, и в этой последней наблюдаются явления инфильтрации. В следующие дни начинается постепенное рассасывание гематомы и организация мешка, которая в среднем заканчивается к концу 3-й недели. По истечении этого времени ложная аневризма представляется в виде полости с плотной соединительнотканной стенкой и тромботическими наслоениями на внутренней поверхности. Закончив свое формирование, ложная аневризма в отношении роста может стать постоянной и не увеличиваться в размерах во все время дальнейшего существования; такие „стационарные аневризмы“ (Опцель¹³), в виде маленьких мешков, состоящих из плотной рубцовой ткани, действительно наблюдаются среди ряда других аневризм. Иногда, напротив, сформировавшийся мешок неожиданно и без видимой причины получает толчок к быстрому развитию роста, и аневризма, сдавливая и отодвигая окружающие ткани и истончая собственную сосудистую стенку, подходит близко к кожным покровам, угрожая прорваться наружу и дать смертельное кровотечение. По середине между этими крайними полюсами стоит большое количество аневризм, растущих медленно и незаметно для самого больного. Наконец, в исключительных случаях аневризмы могут исчезнуть без активного нашего вмешательства, — процесс самоизлечения аневризм.

В отношении частоты ложных аневризм по отдельным сосудам у всех авторов отмечается преобладающее количество их в бедренной артерии. Так, в сборной статистике Герцена¹⁾ из 192 аневризм на бедренную и глубокую артерии бедра приходилось 62 случая; затем в убывающем порядке идут подколенная артерия — 30, подкрыльцовая — 20, плечевая — 17, большеберцовая — 12, подключичная — 11 и единичные случаи аневризм п. звоночной, локтевой, подвздошной и др. артерий. Из 57 случаев, собранных Добровольской²⁾, почти 50% приходилось на аневризмы нижней конечности, причем на бедренной артерии отмечены 22 аневризмы.

У Соколова ¹¹⁾ на долю бедренной артерии приходилось 50% аневризм. Что касается общей сонной артерии и ее ветвей, наружной и внутренней, то аневризмы этих сосудов встречались сравнительно редко; так, у Герцена ¹⁾ они отмечены в 8,3%, у Добровольской ⁹⁾ — менее, чем в 1/2%; отдельные случаи описаны Гагенторном ¹⁵⁾, Оппелем ⁶⁾ и в последнее время — Брускиным (2 случая, ¹⁷⁾.

Артерио-венозные аневризмы шеи встречаются чаще, чем артериальные, и обыкновенно располагаются в средней или нижней трети общей сонной артерии. Из них, по наблюдениям Makins'a, 50% приходится на *varices aneurysmatici*. Во Франции в течение последних 2 лет наблюдалось и оперировано около 20 артерио-венозных аневризм шеи (Sencert ¹⁸⁾).

Пульсация и дрожание опухоли, интермиттирующий и ремиттирующий шум — являются характерными симптомами артериальных и артерио-венозных аневризм. Известно, что шум при аневризмах вызывается круговоротным движением крови, попадающей в мешок во время систолы; по мнению А. Ф. Соколова ¹¹⁾ жужжащий шум нужно объяснить не круговоротными движениями ее в аневризматическом мешке, а тем, что кровь из узкого просвета попадает в широкую полость. Шум при артерио-венозных аневризмах может быть прослежен далеко за пределами опухоли; так, у нашего больного мы его выслушивали на черепе, в области плечевого сустава, лопатки и даже в поясничной части позвоночника.

Суб'ективные ощущения болей при аневризмах могут доходить до резко выраженных невралгий. С ростом опухоли часто появляются расстройства чувствительности в виде гипо- и парестезий; с другой стороны, особенно на конечностях, к этому могут присоединиться расстройства в двигательной сфере, в виде парезов и параличей отдельных мышечных групп, а иногда и целых конечностей (Lexner ³⁾, Sencert ¹⁸⁾). Впрочем ни проф. Крымов ⁷⁾, ни Савин ¹⁴⁾ в мировую войну не наблюдали на своем материале никаких объективных признаков давления аневризм на периферическую нервную систему, да и больные не только не тяготились имеющимся у них заболеванием, но часто и не замечали его, несмотря на наличие резко выраженных симптомов аневризмы. У нашего больного *varix aneurysmaticus*, существовавший около 15 лет, не причинял в этой сфере никаких ни суб'ективных, ни объективных расстройств. Артерио-венозные аневризмы шеи дают, затем, суб'ективно непрерывный шум и дрожание во всей голове, принимающие иногда большую остроту и составляющие истинное мучение (Sencert ¹⁸⁾). При долго существующих артерио-венозных аневризмах даже средней степени развития наблюдается, далее, увеличение границ сердца; и проф. Крымов ⁷⁾, и Добровольская ⁹⁾ отмечали в своем материале такое увеличение, причем последний автор в одном случае нашел у больного следующее *cor bovinum*. Увеличение сердечной тупости при аневризмах обычно прямо пропорционально времени существования аневризмы и отчасти диаметру поврежденного сосуда. Здесь же следует отметить, что после операции удаления аневризмы размеры сердца постепенно уменьшаются, а иногда и совершенно приходят к норме. В некоторых случаях, однако, этого, видимо, не бывает. Так, у нашего больного наблюдалось увеличение границ сердца и вправо, и влево; тем не менее после операции нам не

удалось отметить у него никакого уменьшения сердечной тупости, хотя он и находился в клинике под нашим наблюдением в течение месяца.

Ложные аневризмы могут иметь несколько исходов. Менее частый—это т. наз. самоизлечение аневризм, когда в полости мешка путем отложения пристеночных тромбов и организации их наступает сужение, а затем и полное закрытие просвета сосуда (Крымов ⁷⁾, Герцен ¹⁾. В 1916 г. Pozzi и Routier представили раненых в последнюю войну с артерио-венозными аневризмами шеи, у которых опухоли совершенно исчезли после нескольких месяцев покоя (Sencer t ¹⁸⁾.

Следующий исход ложной аневризмы,—это стационарное ее состояние: аневризма в подобных случаях, раз появившись, не проявляет склонности к дальнейшему росту. Такому исходу благоприятствуют: 1) рубцовые сращения окружающих тканей с аневризматическим мешком и 2) глубокое положение сосуда и неподатливость окружающих его тканей. Не причиняя никаких субъективных расстройств, такие аневризмы могут быть иногда обнаруживаемы нами совершенно неожиданно. В целом ряде других случаев они, наоборот, при более длительном существовании перестают быть местным заболеванием и, отражаясь неблагоприятно на деятельности сердца, превращают нередко больного в совершенно инвалида.

Наиболее серьезной в прогностическом отношении следует считать прогрессирующую форму аневризм. Различают медленно и быстро растущие формы последних, причем быстро растущие дают особенно серьезное предсказание *quoad vitam*: прогрессирующий рост опухоли к поверхности тела грозит смертельным наружным кровотечением.

Диагностика ясно выраженных ложных аневризм не представляет особых трудностей; наличие опухоли по ходу кровеносных сосудов, характерный ремиттирующий или интермиттирующий шум—дают нам возможность отличить артериальную или артерио-венозную аневризму от других патологических процессов. На основании этих признаков нетрудно, напр., отличить аневризмы от опухолей и воспалительных инфильтратов, лежащих на артерии, так как пульсирующие сосуды только приподнимают их, и аускультативно никаких шумов при этом не выслушивается. Впрочем за последнюю войну накопился обширный материал, заставляющий относиться очень осторожно к некоторым воспалительным процессам (флегмоны), если они локализируются на пути расположения сосудов (Опель ¹³⁾, Гагенторн ¹⁵⁾, Крымов ⁷⁾ и др.). Отсутствие пульсации не решает еще здесь вопроса в пользу воспалительного характера заболевания. Поэтому во всех сомнительных случаях, особенно после ранения, необходимо аускультировать воспалительные инфильтраты, причем наличие шума, несмотря на все остальные признаки, говорящие в пользу воспалительного процесса, позволит нам распознать истинную природу заболевания.

В вопросе о лечении ложных аневризм в настоящее время не существует значительных разногласий: никто теперь не будет впрыскивать в аневризматический мешок раствор желатины или какие-либо химические вещества; оставлены ныне и обертывание конечностей эластическими бинтами, акупунктура и гальванопунктура. Оперативное вмешательство признается всеми нами лучшим способом лечения аневризм. Однако в вопросе о показаниях к операции, а также в вопросе о выборе времени для нее такого единения во взглядах не существует: наряду с консер-

ваторами есть здесь и радикалы, защитники „операции во что бы то ни стало“. Разногласия эти намечаются уже с момента ранения сосудов: в то время, как проф. Цеге-Мантейфель ⁴⁾ рекомендует немедленно перевязывать раненые сосуды, независимо от их калибра и обстановки, в которой приходится производить операцию, Борнгаупт и Врен-тапо производят перевязку сосудов только при угрожающем кровотечении, в остальных же случаях выжидают образования аневризмы. Проф. Богораз ¹²⁾, считаясь с неудобствами эвакуации раненых с театра войны, производит перевязку и накладывает сосудистый шов не только при чистых ранениях, но и в тех случаях, где поврежденные ткани подверглись гнилостному разложению.

В вопросе об оперативном лечении уже сформировавшихся аневризм существует больше единодушия. Большие или быстро растущие опухоли, угрожающие разрывом аневризматического мешка или препятствующие нормальным функциям органа, безусловно подлежат немедленному хирургическому вмешательству (Опель ¹³⁾, Шаак ⁸⁾, Крымов ⁷⁾. Точно также все авторы настаивают на оперативном вмешательстве при артерио-венозных аневризмах в виду их склонности как вызывать органические изменения в сердечной мышце, так и отражаться на функциональной деятельности этого органа. Sencert ¹⁸⁾ считает главным показанием к операции при артерио-венозных аневризмах именно растройство сердечной деятельности (увеличение привода сердца). При артерио-венозных аневризмах шеи к активному вмешательству побуждают еще, кроме того, растройства мозговой деятельности, головные боли, шум в голове, головокружение; аневризмы крупных сосудов, сопровождающиеся незначительными растройствами кровообращения и находящиеся в местах трудных для подхода, он предлагает оставлять в покое.

Подлежат оперативному вмешательству и те аневризмы, которые, сдавливая нервы, вызывают боли или паретические явления двигательного характера, доходящие иногда до полного паралича (Крымов ⁷⁾, Опель ¹³⁾.

Когда следует приступать к операции аневризмы? Проф. Цеге-Мантейфель полагает, что уже по истечении 3 недель наступают благоприятные условия для производства операции, т. к. гэматома к этому времени рассасывается, и организационные процессы в аневризматическом мешке заканчиваются. Борнгаупт удлинняет этот срок до 4—6 недель. Герцен ¹⁾ рекомендует вообще не спешить с операцией, если к тому нет жизненных показаний, хотя 2-ой месяц, по его мнению, является наиболее благоприятным для оперативного вмешательства. Проф. Опокин ¹⁰⁾ справедливо замечает, что центр тяжести показания к операции, за исключением случаев экстренной помощи, лежит во времени развития коллатерального кровообращения. Указаниями отдельных авторов на недельные сроки, как общим положением, руководствоваться нельзя, т. к. само ранение сосуда и послераневой период индивидуально бывают различны: в одних случаях коллатеральное кровообращение восстанавливается быстро, в других оно замедляется долго нерассасывающимся инфильтратом, новыми кровоизлияниями, флегмонами и т. д. Правда, при наложении сосудистого шва это развитие коллатералей существенного значения не имеет, но, приступая к операции аневризмы, мы все же должны быть готовы ко всяким случайностям и считаться с возможностью

перехода от этого вида оперативного вмешательства к перевязке сосуда. Для определения степени развития окольного кровообращения на конечностях мы в настоящее время располагаем способами Moszkowicz'a и Короткова, но они, по естественным соображениям, неприменимы на шее и туловище.

Операции на сосудах производятся уже с давних времен. Еще в 1519 г. Ambroise Paré предложил перевязывать кровотокающий сосуд при помощи лигатуры. К этому же времени приблизительно относится лечение аневризм при помощи рассечения или экстирпации мешка с перевязкой центрального и периферического отрезка артерии (способ Antil-us'a и Philagrius'a). Но, как известно, перевязка крупных сосудов может вызвать недостаточный приток питательного материала к соответственному органу и омертвление его. Так, по статистике Wolffa лигатура *art. femoralis* дает 25% омертвления нижних конечностей; перевязка *art. iliacaе communis* дает почти 33% гангрены и 70% смертельных исходов. Что касается общей сонной артерии, то, по последней статистике (Брускина¹⁷), двухсторонняя перевязка ее в 5 случаях из 23 дала смертельный исход, односторонняя же перевязка дает смертность, колеблющуюся, по различным авторам, от 27 до 43% (Пильц, Березнеговский и др.) (по Брускину¹⁷). При перевязке, сделанной по поводу повреждения артерии, процент смертности доходит до 54, при аневризмах он колеблется в пределах от 26 до 31%.

Даже односторонняя перевязка сонной артерии вызывает расстройство центральной нервной системы, в легких случаях выражающееся в анемии мозга, а в тяжелых—в размягчении его. Во многих случаях наступают лишь слабые симптомы анемии мозга—головная боль, слабость, тошнота и рвота, в более тяжелых—обморочное состояние, судороги, а иногда коматозное состояние и смерть. При восстановлении коллатерального кровообращения все эти симптомы могут пройти бесследно. В других случаях, при более глубоких изменениях в мозгу, наступают параличи в форме гемиплегий; нередко к этому присоединяется расстройство речи, а иногда наступают изменения в высших органах чувств—зрения и слуха (Брускин¹⁷). И эти расстройства обычно при восстановлении коллатерального кровообращения постепенно исчезают.

Проф. Гагенторн, в 1914 и 1916 г.г., произвел в 2 случаях аневризм одновременную перевязку *art. carotis communis* и *v. jugularis internae*; послеоперационный период в обоих случаях протек без всяких осложнений.

Высокий процент неудач лечения поврежденных крупных сосудов и аневризм наложением лигатур на них заставил искать новых способов, и Lambert'y пришла мысль лечить поврежденные сосуды зашиванием их стенки, вводя, таким образом, ток крови в его прежнее кровеносное русло. Ясиновский первый экспериментально разработал вопрос о сосудистом шве (Цеге-Мантейфель⁵). Hallowel еще в 1759 г., по Морозовой¹⁶), осуществил идею Lambert'a на человеке, наложив боковой шов на *art. brachialis*, им же самим пораненную во время операции; больной выздоровел. Затем в течение 120 лет, в виду громадного процента неблагоприятных результатов, полученных отдельными авторами, сосудистый шов не пользовался всеобщим признанием, и только в 1882 г. появляется ряд работ с удачными опытами зашивания ран сосудов, кото-

рые позволили в более широком масштабе применять сосудистый шов и у человека.

Наложение шва на *art. carotis communis* при ее ранении было произведено Seggel'em в 1900 г. Monod и Wenvarte на 410 операций аневризм насчитывают всего лишь 6 случаев бокового шва на *art. carotis communis* (Бржозовский¹⁹). В последнюю войну Haberer на 172 собственных операций аневризм имел 5 случаев бокового шва и 3—кругового на *art. carotis communis*. Проф. А. Г. Бржозовский в 1920 г. наложил круговой шов на эту артерию при артерно-венозной аневризме ее. Sencert¹⁸) приводит случай Hotz'a с наложением кругового шва на ту же артерию при *aneurisma varicosum*. Этими статистическими данными и исчерпывается, повидимому, вся литература по вопросу о сосудистом шве на общую сонную артерию.

В настоящее время сосудистый шов нужно считать идеалом наших операций при аневризмах. Особенно он должен быть рекомендован в тех областях, где мы, вследствие анатомических условий, не имеем возможности до операции определить силу окольного кровообращения. В частности это касается *art. carotis communis*, перевязка которой, как мы видели, часто вызывает непоправимые изменения в головном мозгу, а иногда приводит и к смерти больного. Оперированный нами случай, протекавший без всяких осложнений и давший значительное улучшение в субъективном состоянии больного, лишний раз подтверждает это положение.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) А. И. Герцен. Хирургия, 1911.—2) Külbs. Болезни сердца и сосудов.—3) Lexer. Общая хирургия, том II.—4) Цеге-Мантейфель. Повреждение сосудов в русско-японскую войну. Юрьев. 1907.—5) Он же. Лекции по военно-полевой хирургии. Издание II. Юрьев. 1907.—6) В. А. Оппель. К оперативному лечению артериально-венозных аневризм.—7) А. И. Крымов. Русский Врач, 1916.—8) В. А. Шаак. Ibid.—9) Н. А. Добровольская. Ibid., №№ 49, 50, 71, 52.—10) А. А. Опокин. Ibid., № 14.—11) Н. Ф. Соколов. Ibid., № 20.—12) Н. А. Богораз. Русский Врач, 1915, № 17.—13) В. А. Оппель. Ibid., 1916, №№ 3 и 4.—14) В. Н. Савин. Ibid., № 39.—15) И. Э. Гагенторн. Клин. Мед., 1921, № 3.—16) А. К. Морозова. Дисс. Петроград. 1909.—17) Я. М. Брускин. Новый Хир. Архив, 1923, № 9.—18) L. Sencert. Les blessures des vaisseaux. Paris. 1917.—19) А. Г. Бржозовский. Вест. Хир., 1923, кн. 7.

К технике эмбриотомии.

Врача П. Д. Борщова.

Вероятно, и в настоящее время эмбриотомия является нередкою операцией в работе сельского врача. Мне за период времени в 30 лет (с 1889 по 1918 г.) службы земским врачом Мокровского участка (прежде Жиздринского, ныне Бежецкого у.) пришлось делать ее при поперечном положении (всегда в мертвом плоде) 55 раз (в иных случаях и тогда, когда возможен был-бы, но опасен, трудный поворот¹⁾). При этом смертных случаев после нее у меня было только 2. Приписывая такой успех, кроме хорошей, здоровой конституции рожениц, способу операции, предлагаю этот способ вниманию читателей.

Операция делалась мною большею частью в крестьянских хатах, а в последние годы в больнице,—с применением антисептики (растворы карболовой кислоты и тимола). Помощниками были в крестьянской хате—акушерка и крестьянки, в больнице—акушерка и фельдшерицы или фельдшера. Большую помощь оказывало применение ногодержателя Отта.

Продолжительность операции: в крестьянской хате иногда (в первое время) до 1 часу, в больнице—15, 12 и даже 10 минут.

Операция производилась всегда без наркоза. Что касается техники ее, то она слагалась из следующих моментов:

1. Антисептическая подготовка поля операции—наружных половых органов, влагалища и пр. (мыло, раствор тимола 1:1200).

2. Выпавшая ручка, если она не отрезана бабкой, захватывается на петлю из марлевого бинта, отклоняется в сторону (resp. вверх) так, чтобы открылась возможно больше подлежащая часть плода, и передается для держания и вытягивания акушерке. В тех случаях, когда ручка еще не выпала или, правильнее, совсем выпала, я ее освобождал, вытягивая наружу, а дальше поступал, как сказано выше. Было несколько случаев, когда ручка была отрезана бабками. При этом первые моменты операции протекали труднее.

3. Во влагалище вводятся ложкообразные зеркала Simon'a (переднее и заднее), и посредством их открывается для зрения подлежащая часть—подмышечная впадина или бочек плода. При операции в крестьянской хате далеко не всегда удавалось видеть подлежащую часть, так как роженица лежала слишком низко. Однако и в таком случае следующий момент операции при употреблении зеркал все-таки производится увереннее и, мне думается, безопаснее. При операции в больнице, на родильном столе, я всегда видел подлежащую часть.

¹⁾ Вообще я думаю, что эмбриотомия по описываемому способу безопаснее для матери, чем трудный внутренний поворот.

4. Зеркала передаются для держания акушерке (вместе с петлею от выпавшей ручки).

5. По пальцу или под контролем глаза вскрывается подмышечная впадина или бочек плода ножом или, лучше, ножницеобразным перфоратором. Разрез, если нужно, расширяется тупоконечными ножницами. Вскрытие подмышечной впадины или бочка плода я всегда делал в сагиттальном направлении (по отношению к матери).

6. Костными щипцами (лучше всего прямыми Meug'a, так как они никогда не соскальзывают) удаляется несколько ребер, причем они сначала ломаются, затем выдергиваются.

7. После этого, как только становится возможным, края раны плода захватываются справа и слева двумя парами щипцов Museux и вытягиваются наружу; иногда для этого вытягивания бывает полезно отделить немного, тупым путем, кожу плода в области раны от подлежащих тканей.

8. После того, как кожа плода вытянута наружу, зеркала удаляются, а щипцы Museux передаются для держания и вытягивания, вместе с петлею от ручки.— акушерке.

9. Когда, таким образом, влагалище и даже иногда отчасти наружные половые органы матери оказываются защищенными (со всех сторон) кожей плода, уже смелее производится удаление еще нескольких ребер, даже лопатки, иногда грудины и внутренностей плода,—теми же щипцами Meug'a. Плод,—именно, его туловище,—в это время под влиянием потуг все ближе подходит к выходу наружу. Легкое вытягивание краев раны плода и его ручки акушеркою в это время дает также отчасти направление движению плода.

10. Когда внутренности более или менее удалены (их надо по возможности удалить больше), внутрь плода вводятся по пальцу большие костные щипцы Fagabeuf'a, и ими разрушается позвоночник плода. Разрушается несколько позвонков возможно ближе к крестцу плода. Разрушение это без особых стараний происходит подкожно. Лишь в 2 или 3 случаях у меня оказалась слегка прокушенной щипцами кожа плода без всякого, однако, вреда для роженицы. Сравнительно трудно бывает разрушить позвоночник, когда спинка плода обращена вперед и лежит тотчас за лонным сращением. В таком случае с успехом можно вместо щипцов Fagabeuf'a употребить кривые костные щипцы Meug'a. Извлекать плод в таких случаях, заводя за позвоночник его подкожно острый крючек, по моему мнению, опасно, так как при неподатливости позвоночника к сгибанию может получиться разрыв шейки матки.

11. После разрушения нескольких позвонков плода, теми же щипцами Fagabeuf'a плод захватывается за позвонок возможно ближе к крестцу, и потягиваниями довольно легко извлекается таз его. Акушерка в это время особенно следит за щипцами Museux и ручкой, вытягивая их настолько, чтобы рана плода не ушла во влагалище. Потуги значительно помогают извлечению плода.

12. Наконец, по общим правилам освобождаются ножки,—которые нередко рождаются сами,—извлекается туловище и по общим же правилам—головка. Послед большей частью был выдавливаем мною по Credé.

После эмбриотомии, как и вообще после каждой внутриматочной операции, я промываю полость матки большим количеством 0,1% раствора тимола (3—4 литра). Остановился я на этом средстве вследствие большой его обеззараживающей силы и относительной неядовитости.

Плод при описанном способе эмбриотомии извлекается по типу самоизворота, т. е. по тому типу, по которому, — хотя и очень редко, — происходят иногда самопроизвольные роды при поперечном положении.

Производство эмбриотомии по описанному способу исключает или, по крайней мере, сводит к возможному минимуму два источника опасности для роженицы: травму внутренних половых органов и внутриматочную инфекцию.

Историй родов и послеродового периода в случаях, где была мною произведена эмбриотомия по описанному способу, я не привожу. Отмечу лишь, что послеродовой период, как и надобно ожидать, протекал у моих пациенток не всегда без осложнений. Однако смертельный исход имели, повторяю, лишь 2 из 55 случаев.

О лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы ионтофорезом *).

Н. С. Уточниковой.

Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы издавна представляло одну из главнейших задач гинеколога. С развитием хирургии и здесь, конечно, стали применяться хирургические методы лечения: экссудаты удалялись, матка и воспаленные придатки экстирповались и пр.; но опасность хирургического вмешательства с одной стороны, а с другой—тяжелые последствия удаления таких органов, как яичники, особенно у молодых женщин,—заставили гинекологов потратить много усилий на открытие и усовершенствование неоперативных способов лечения воспалительных заболеваний женских половых частей. Среди этих методов издавна уже видное место занимали физические методы, напр., водяные, грязевые, световые ванны, массаж и пр., а также те методы, которые связаны с электричеством.

Можно сказать, что как только родилось и начало развиваться учение об электричестве,—с той поры последнее и стало применяться в качестве лечебного средства при различных болезнях. Еще в 1856 г. R e m a k, производя исследования действия гальванического тока на нервную систему, пришел к заключению, что ток этот, помимо раздражающего эффекта, обнаруживает разнообразное действие при заболеваниях нервной системы человеческого организма. В частности здесь можно различать, по R e m a k'у, 1) электролитическое, 2) физическое и 3) судодвигательное действие тока.

Электролитическим или химическим действием гальванического тока объясняется различный эффект полюсов,—возбуждающее действие катода и угнетающее —анода. Первое зависит от потери кислорода, второе—от притока кислорода к бедной им ткани. При этом новейшие успехи электрохимии, по которым гальванический ток, проходя через электролит, разлагает растворенные частицы на два компонента, именно, на ионы с противоположными электрическими зарядами—анионы и катионы, привели к предположению, что патологические продукты могут также разлагаться током и таким образом делаться доступными всасыванию и выделению.

Физическим или катафорическим действием гальванического тока называют способность его переносить жидкость через пористую перегородку от анода к катоду. Катафорическое действие обнаруживается тем,

*) Сообщено в Уфимском Обществе Врачей.

что при прохождении тока средней силы через тело человека у анода кожа вдавливается, у катода выпячивается. По исследованиям Мунк'a долго считалось установленным, что лекарства в растворе (стрихнин у животных, хинин и подистый калий у человека), благодаря гальваническому катафорезу, всасываются в кожу быстрее; однако по исследованиям Leduc'a и Frankenhäuser'a тут имеет значение не катафорическое действие тока, а гораздо вернее всасывание растворов объясняется передвижением ионов, заряженных противоположными электричествами. Живой организм является электролитом, благодаря наличию в нем целого ряда соков и физиологических жидкостей (кровь, лимфа и пр.), в которых в растворенном состоянии находятся всевозможные соли. При прохождении гальванического тока через электролит наступает электролитическая диссоциация; при этом ионы с положительным зарядом начинают передвигаться к катоду, почему они и названы электроположительными катионами, а ионы с отрицательным зарядом, электроотрицательные анионы,—к аноду. Уже воздействуя одним гальваническим током, мы производим в организме целый ряд перемещений ионов в соответствующем участке. Если же между электродами и кожей организма поместить какой-нибудь электролитический лекарственный раствор, то электрический ток повлияет на ионы электролита таким образом, что электроположительные катионы будут стремиться от анода к катоду, а электроотрицательные анионы—от катода к аноду. Имея на своем пути ткани живого организма, который также является электролитом, лекарственные ионы попадают через кожу вглубь ткани. Bourguignon, определяя количество введенного через кожу и выделенного через 24 часа в моче иода, нашел, что, при введении последнего путем ионтофореза, лишь весьма незначительные следы его отлагаются на положительном полюсе; объясняется это тем, что значительная часть вводимых ионов, проникая на определенную глубину, или остается там,—в количестве около 20⁰/₀,—или же уносится током крови. Этот процесс введения лекарственных веществ при помощи гальванического тока назван Frankenhäuser'ом ионтофорезом. Возможность его была признана еще в середине прошлого столетия Richardson'ом, Wagner'ом и Edison'ом.

Переходя теперь к последнему действию гальванического тока, сосудистому, отметим, что действие тока на кровеносные и лимфатические сосуды, играющее важную роль при лечении воспалительных процессов, обнаруживается сначала сужением и вслед за тем расширением сосудов, доходящим до пропотевания серозной жидкости. Вызываемый расширением сосудов увеличенный приток крови и лимфы благоприятно влияет на всасывание подострых и хронических выпотов.

Из сказанного ясно, что для правильного применения ионтофореза необходимо знать, как диссоциирует применяемое вещество и какой заряд получают соответствующие ионы. При исследовании целого ряда тел выяснилось отношение их ионов к тому или другому полюсу, выяснилась их т. н. электролитическая характеристика. Так, например, известно, что цинк, медь, калий, натрий и др. металлы являются катионами в то время, как галоиды (иод, бром, хлор) и кислотные радикалы некоторых солей—анионами. Leduc проверил эти данные на опыте и уловил известную законность действия ионов на организм. Интересным с практиче-

ской стороны является следующее: 1) местное действие ионов прямо пропорционально продолжительности и силе применяемого тока,—правило, которым следует руководствоваться при дозировке тока во избежание могущих быть осложнений, напр., ожогов; из этого правила вытекает, что, если мы пользуемся сильным током, он должен быть непродолжительным по действию, и наоборот, слабым током можно действовать дольше; 2) скорость движения ионов отстает намного от скорости движения крови и лимфы в сосудах.

Итак, при практическом применении гальванического тока необходимо для введения ионов какого-либо вещества знать его электролитическую характеристику и вводить со стороны одноименных полюсов. При лечении ионтофорезом воспалительных процессов в половой сфере нами применялся иод, так как он является одним из самых легко вводимых в организм ионов, хорошо и в большом количестве проникающих через кожу без особого ее раздражения. Иод является электроотрицательным анионом, следовательно, вводить его надо со стороны катода, который будет его отталкивать по направлению к аноду через промежуточную среду, тело человека. Иод употреблялся нами в виде 10% раствора иодистого калия, наливаемого в цилиндрическое зеркало, вставленное во влагилице. Источником тока служил пантостат, включенный в городскую сеть. Катодом служил угольный электрод, который опускался в раствор иодистого калия, анод же, в виде цинковой пластинки, обернутый марлей, смоченной водой, ставился на брюшную стенку. Пока электропроводность кожи слаба, ток брался меньшей силы, а с повышением электропроводности ток доводился до 10—20 МА. Каждый сеанс продолжался у нас 10—20 мин. При этом мы по возможности старались избегать попадания между электродами более плотных тканей. Близость тканей, богато снабженных кровеносными сосудами, также ослабляет действие медикамента, попадающего в тск крови, которым ионы уносятся, не попадая по назначению. Впрочем говорить о большем или меньшем поглощении, отклонении и захватывании ионов теми или другими тканями приходится только предположительно: вероятно, здесь играет большую роль с одной стороны плотность тканей, с другой—отношение данного рода тканей к гальваническому току.

В течение 2½ лет лечению ионтофорезом у нас было подвергнуто всего 97 человек больных. Из этих случаев мною отобрано 35, в числе которых имеются все типичные заболевания женской половой сферы воспалительного характера. Из них можно выделить с положительным результатом—20 случаев воспаления маточных придатков, 9 случаев воспаления матки и 3 случая воспаления тазовой клетчатки. Количество сеансов было различным—от 5 до 42. Небольшое количество сеансов требовалось обычно при небольшой распространенности процесса, напр., при одностороннем воспалении маточных придатков. Эффект лечения состоял в полном рассасывании экссудатов и инфильтратов, или же ионтофорез действовал на воспалительный процесс таким образом, что последний после ионтофореза делался доступным рассасыванию и ликвидировался впоследствии при лечении такими средствами, как горячие спринцевания и тампоны с ихтиолом.

Наш опыт показывает, что лечение ионтофорезом дает положительный результат при подострых и хронических воспалениях матки и

придатков, тазовой брюшины и тазовой клетчатки,—воспалениях как неинфекционных, так и инфекционных, в частности гонорройных. Противопоказанным этот способ лечения является при беременности, острых воспалительных процессах и идиосинкразиях, а также при наличии гнойных скоплений в женской половой сфере. Так, в одном случае гнойного воспаления правого яичника нами было произведено, с промежутками, 135 сеансов без результата. В числе наших случаев, давших отрицательный результат, были также сактосальпинксы или ретенционные опухоли труб. Затем был у нас 1 случай туберкулезного воспаления придатков, где при лечении ионтофорезом получилось также очень незначительное улучшение, сказавшееся в уменьшении болей. Бродерзон, наблюдения которого относятся к случаям туберкулезного полиартрита, думает, что туберкулезная интоксикация ионтофорезом устранена быть не может.

У больных, пользовавшихся лечением ионтофорезом, нами во время лечения производилось систематическое исследование крови. Пробы брались 2—3 раза в каждом случае, причем оказалось, что в начале лечения наблюдается повышение лимфоцитоза, по мере же того, как процесс ликвидируется, лимфоцитоз падает.

Кроме того нами производилось исследование мочи на присутствие иода через 20 минут после каждого сеанса, и в большинстве случаев присутствие иода в моче было обнаружено, причем введенный путем ионтофореза в организм иод исчезал из мочи лишь через несколько дней. Иод, введенный *per os*, выделяется, как известно, значительно скорее. По наблюдениям Дембской следы иода после одного сеанса ионтофореза (в гинекологической практике) обнаруживались в моче в течение 38 часов в то время, как при всех других способах введения иода последний исчезал гораздо быстрее.

Факт этот объясняется, во-первых, тем, что при введении лекарственного вещества путем ионтофореза ионная концентрация кожи и глубже лежащих частей не нарушается; все ушедшие ионы замещаются вводимыми в кожу ионами, почему дальнейшего перехода вводимых ионов в кровь не происходит так легко, и они дольше остаются на месте. При подкожном же, внутримышечном и других способах введения лекарства нарушается концентрация ионов в данном органе, который и старается уравновесить это нарушение скорейшим вытеснением чужеродных ионов (Дембская). Во-вторых, по данным Betton Messey'a при ионтофорезе происходит гораздо более тесная диффузия вводимых ионов в тканях организма, именно внутриклеточная, при подкожной же, напр., инъекции—только межклеточная, так что ионы при ионтофорезе входят в большую связь с элементами тела, и физиологическое действие их длится дольше.

На основании сообщаемых данных, мне кажется, мы имеем право утверждать, что дело здесь идет не о специфическом действии тока или, вернее, не об одном только действии его, а о действии ионов вводимого вещества, проявляющего *in statu nascendi* максимальное действие, так как уже давно известно, что химически наиболее деятельными элементами являются *in statu nascendi*. Кроме того при ионтофорезе имеются возможность непосредственного воздействия на очаг поражения и более тесная связь лекарственного вещества с соответствующей тканью. Конечно,

при этом следует учитывать как сопротивляемость тканей, так и сопротивляемость вводимого медикамента, причем здесь безусловно необходимы специальные экспериментальные исследования.

Во всяком случае результаты лечения ионтофорезом в нашей практике вполне показывают целесообразность этого метода. В особенности он должен найти себе применение при заболеваниях, требующих введения крупных доз медикамента.

В заключение приходится все-таки сказать, что вопрос о лечении ионтофорезом разработан очень слабо. Для того, чтобы сделались ясными результаты этого лечения, необходимы дальнейшие наблюдения над течением воспалительных процессов, подвергающихся лечению ионтофорезом. Наблюдения должны состоять в изучении отношения различных тканей к направлению линий тока. В каждом отдельном случае мы должны учитывать плотность этих тканей, богатство их кровеносными сосудами и состояние воспалительного инфильтрата для того, чтобы, сравнивая эти случаи, судить об отклонении линий тока и о местонахождении наибольшей концентрации его. Изучив все эти данные, можно будет заранее знать результат и целесообразность применения лечения ионтофорезом.

Хирургическая борьба против рака матки по материалу более 300 случаев расширенной операции Wertheim'a за пятилетний период (с 1921 по 1925 г.*).

Заведующего Гинекологическим отделением Нижегородской Губбольницы
и гин. кафедрой Н. Г. У.

Н. Ф. Богуша.

Возрастающие успехи рентгено-радиотерапевтического лечения рака матки как у нас в России, так и за границей, невольно заставляют думать, что недалеко время, когда будет разрешена, если не проблема раковой болезни вообще, то проблема лечения ее, и все, что было достигнуто здесь силой ножа, отойдет в область предания, будет иметь лишь исторический интерес. Однако, медицинский мир и медицинская наука должны сохранить память о той борьбе, которую вели гинекологи-хирурги, тратя колоссальные силы творчества в постепенном подходе к известному идеалу оперативного лечения. Вот почему, прежде чем приступить к изложению своей работы, я считаю долгом упомянуть о главных моментах хирургического лечения рака матки в заведуемом мною отделении.

20 лет назад отделением заведывал ныне покойный д-р И. А. Кунцевич, память которого читается, как гуманнейшего врача-гинеколога, стоявшего на высоте современных хирургических знаний. При нем в отделении начала развиваться брюшная хирургия; однако, брюшно-стеночные чревосечения производились очень нечасто, а что касается рака матки, то оперативное лечение его производилось только путем влагалищной экстирпации. Количество больных с раком матки, ежегодно обращавшихся в больницу, в среднем, по данным амбулатории, равнялось в эту эпоху 70, ежегодное же количество случаев радикального оперативного вмешательства у них не превышало 10. Операция производилась по лигатурному способу, путем постепенного низведения матки, причем материалом служили простые суровые нитки, которых к концу операции во влагалище накапливался целый лес. Смертность была довольно высокая — около 20%.

В 1907 году в заведывание отделением вступил доктор С. А. Глядко, который расширил показания к оперативному вмешательству при раке матки, начав оперировать его только брюшно-стеночным путем по Wertheim'у. В лице д-ра Глядкова провинциальный мир получил работника, стоящего на высоте современных знаний по борьбе с раком матки. Благодаря ему, как медицинские работники, его помощники, так и больные начали понимать, что против рака матки можно

*) Сообщено в извлечении на VII Всесоюзном Съезде Акушеров и Гинекологов 1926 г.

бороться, хотя и с относительным, но большим успехом. До оставления службы, т. е. до 1912 г., им было произведено 75 радикальных операций по поводу рака матки с одним смертным исходом.

За год с 1912 по 1913 г., до приезда нового заведывающего, д-ра А. А. Козубовского, оперативная работа в отделении находилась в моих руках, причем рак матки был оперируем мною по тому же методу, как и д-ром Глядковым. Всего мною было за этот год сделано 14 радикальных операций с одним смертным случаем. Не изменился метод оперативного лечения рака матки и при А. А. Козубовском, с 1913 по 1921 г., причем за этот срок было произведено 142 радикальных операции с 13 смертельными исходами.

Таким образом, с 1907 по 1921 г. количество радикальных операций при раке матки по Wertheim'y равнялось в отделении 231, причем ежегодно отмечалось небольшое постепенное повышение количества их, с повышением вместе с тем % смертности. Что касается амбулаторного материала, то число обратившихся в амбулаторию больных с раком матки также увеличивался, но не в особенно резкой степени и неравномерно по годам. К сожалению, точной цифры этих больных привести мы не можем, но можем сказать, что в среднем валовая операбельность рака матки за последние три года данного периода, т. е. 1918—1921 гг., достигла 24%. Непосредственные результаты радикальных операций за время с 1907 по 1921 г. можно назвать в полном смысле слова блестящими,—общая смертность на все 231 случай была менее 7%. Относительно же отдаленных результатов мы, к сожалению, не можем привести точных данных, так как жителей Н.-Новгорода было среди оперированных не более 15% общего числа (37 на 231), остальные 85% были иногородние больные, после операции ускользавшие из-под наблюдения. Из городских жителей, оперированных за этот период по поводу рака матки, в настоящее время находится под наблюдением 9 с разнообразною давностью операции от 17 до 5 лет, т. е. процент стойкого излечения является равным около 25.

Не могу не упомянуть о двух интересных больных, относящихся к числу этих 9.

В одном случае речь идет о 29-летней больной, оперированной 17 лет назад (в 1909 г.) (Глядков). Через 4 месяца после операции у ней был констатирован рецидив с поражением мочевого пузыря в области устья правого мочеточника. Повторная операция, произведенная влагалищным путем (Глядков) с резекцией мочевого пузыря и пересадкой мочеточников, дала полное излечение.

Второй случай касается больной, которая в 1925 г., через 12 лет после радикальной операции рака матки, явилась в местную лечебницу Красного Креста по поводу рака грудных желез и была оперирована с благополучным исходом (д-р Смоляков).

Переходя к основной теме настоящего доклада, к обзору случаев радикального оперативного лечения рака матки за 5-летие с 1921 по 1925 г., отмечу прежде всего, что за это пятилетие было произведено более 300 радикальных операций рака матки, причем несколько раз менялись детали подсобных хирургически-терапевтических мероприятий, прежде чем окончательно выявилась наилучшая по своим результатам и наиболее удовлетворявшая нас форма их, на которой мы пока и остановились.

На первом месте необходимо указать на способ наркоза, применяемого мною уже с 1917 года всегда при радикальном оперативном

лечения рака матки,—это эфирно-масляный наркоз, применяемый per rectum. Техника его возможно упрощена. Больная за день до операции получает легкое слабительное, а накануне и утром в день операции ей делается очищающая клизма; за 15 минут до начала наркоза впрыскивается морфий, и затем медленно вводится эфирно-масляная клизма по расчету 40,0 на пуд веса; для клизмы берется любое растительное масло, но наилучшим надо считать, конечно, прованское. После клизмы больная с головой закрывается одеялом и через 5 минут начинает уже выдыхать пары эфира. Период возбуждения при таком наркозе наблюдается приблизительно в 15%, бывает нерезко выражен и продолжается обычно недолго. В большинстве случаев уже через 20—30 минут наступает спокойный сон, который иногда приходится поддерживать путем ингаляции, на что выходит 10—15,0 эфира.

Противопоказаний для такого наркоза мы почти не находим; лишь резко выраженные легочные процессы в стадии обострения и глубокие нарушения почечной деятельности заставляли нас прибегать к хлороформному наркозу, а в исключительных случаях и к отказу от операции. Пороки сердца, даже в начальных стадиях декомпенсации, препятствием к применению данного наркоза не служили. Осложнения во время самого наркотизирования наблюдались в редких случаях и носили случайный характер,—это была обычно быстро устранимая асфиксия. Из осложнений в послеоперационном периоде наблюдались приблизительно в 8% легочные явления, каковые всегда благополучно ликвидировались; кроме того, при наличии белка в моче отмечалось увеличение содержания последнего, а иногда и более резкие нарушения почечной деятельности с появлением в моче крови и форменных элементов. Наблюдавшиеся иногда расстройства кишечника отнести всецело в зависимость от действия эфира вряд-ли возможно, ибо расстройства эти всегда были более связаны с оперативной травмой, о чем будет указано в дальнейшем.

Вторым, неуклонно мною проводимым,—за весьма редкими исключениями,—при радиальной операции рака матки мероприятием является перевязка обеих аа. hypogastricae. Этот прием, в основу коего положен принцип радикализма, чреват различными осложняющими моментами, почему я и считаю нелишним остановиться на нем несколько подробнее.

Помимо значительной травмы, с которой сопряжена перевязка обеих подчревных артерий у самого отхождения их от аа. iliacaе communes, она ведет к значительным расстройствам кровоснабжения и питания всех тазовых органов, особенно мочевого пузыря, с протекающими отсюда последствиями—вплоть до омертвения его стенки в области trigoni Lieutaudii включительно. Со стороны кишечника наблюдается некоторое время недержание жидких испражнений,—послабления происходят очень часто, от 10 до 20 раз в сутки, причем наблюдается это преимущественно у тех больных, у которых была инфильтрация паравагинальной и парапроктальной клетчатки, т. е. где при операции ту или иную часть кишки пришлось сильно травмировать с нарушением венозной сети.

Для устранения этих тягостных поносов обыкновенно достаточно бывает применения препаратов висмута и клизм, причем, если нет тяжелой инфекции всего организма, обычно на 5—6-й день явления эти резко стихают, и больная быстро поправляется. Для предотвращения и

отчасти смягчения растройств, связанных с нарушением кровоснабжения мочевого пузыря, которые, конечно, прежде всего проявляются циститами, начиная с 3-го дня после операции производят промывания мочевого пузыря раствором колларгола, и назначаются внутрь средства, дезинфицирующие пузырь. В легких случаях незапущенного рака, где мочевой пузырь мало травмировался, этим дело и ограничивается, и больная выписывается в обычный срок, на 11—15-й день после операции; там же, где имелось дело с далеко зашедшим процессом, почти на границе перехода новообразования на стенку пузыря, а также у людей малокровных и истощенных, довольно часто наблюдается — обычно начиная с 7-го дня после операции — непроизвольное истечение мочи через влагалище, ибо часть пузыря между устьями мочеточников, наиболее страдающая от нарушения кровообращения, легко некротизируется, и в этом месте образуется пузырно-вагинальный свищ. В половине случаев свищ этот закрывается самопроизвольно в связи с улучшением общего состояния, причем срок заживления в общем колеблется от 3 до 6 месяцев; иногда, впрочем, недержание мочи длится и дольше. Если излечения свища не произошло, то не ранее, как через год, — имея в виду возможность рецидива, — следует приступить к операции для устранения этого свища.

Всего нами за пять лет сделано 317 расширенных абдоминальных экстирпаций матки по поводу ее рака, т. е. $\%$ операбельности равнялся 70, так как за это время в амбулаторию обратилось 448 больных с раком матки. Уже из этих цифр видно, как широко ставились нами показания к операции. Абсолютно-неоперативными признавались лишь такие случаи, где раковое поражение зашло за пределы шейки, когда парацервикальные и паравагинальные инфильтраты доходили до костей таза, были неподвижны, болезненны при осмотре, и больные жаловались на самостоятельные ночные боли. При поражении железистого аппарата таза иноперабельными признавались случаи, где имелось явное растройство кровообращения и лимфообращения. Иноперабельность, обуславливаемая раковой кахексией, устанавливалась общим *habitus*ом больных в сочетании с такими моментами, как сухость и шелушение кожи, блеск глаз, общее похудание и пр. Острое малокровие, пороки сердца и пр., за редкими исключениями, противопоказаниями к операции не считались.

Как на пример того, что даже тяжелое малокровие не может служить препятствием для производства расширенной абдоминальной экстирпации матки, укажу на случай больной М. С. 52 лет, доставленной в отделение на носилках в состоянии полного обескровления. С. считала себя больной 11 мес., когда у нее начались, после 4-летнего климакса, кровянистые выделения, за последние недели превратившиеся в непрерывные обильные кровотечения. Больная до того ослабела от обильных потерь крови, что не могла сидеть. При осмотре найдена язвенная форма рака маточной шейки с полным разрушением задней губы; подвижность матки, однако, сохранилась, инфильтрата и увеличения желез не обнаружено. Резкий анемичный шум сердца, расширенного влево. Нб 12%. В моче следа белка. На 5-й день после поступления операция. Предварительно решено было сделать выскабливание язвы острой ложкой; однако, это не удалось, ибо ложка в самом начале операции прошла в брюшную полость. По вскрытии в брюшной полости обнаружено прободение на границе внутреннего зева; в заднем дуэласе кусочки ракового распада. Операция удаления матки осложнилась благодаря тому, что тело матки отрывалось от остатков шейки, и пришлось сначала удалить тело матки, а затем остатки шейки матки; операция длилась около 40 минут. В дальней-

шем, вопреки всем неблагоприятным условиям, больная стала быстро поправляться и на 20-й день выписалась с 18%. Нб. Последующая судьба ее, к сожалению, осталась неизвестна.

Чтобы закончить обзор применявшихся мною общих мероприятий, я должен упомянуть еще о местной хирургической подготовке к операции. Подготовка эта, которая велась всегда индивидуально, в зависимости от особенностей данного случая, имела в виду главным образом борьбу с инфекцией. В случаях, где распространение рака ограничивалось или небольшими разрождениями на шейке, или небольшим изъязвлением без гнилостного распада, т. е. в случаях незапущенных, начальных, она ограничивалась тем, что перед самой операцией влагалище и шейка тщательно промывались раствором сулемы: 1 : 1000,0, затем, по обсушивании, обильно смазывались 10% раствором иода, после чего в верхний отдел рукава вводилась марлевая полоска—или сухая, или слегка смоченная 10% раствором формалина. В случаях же с обширными разрождениями или язвенных с обильным распадом делалось предварительно или накануне, или перед самой операцией выскабливание новообразования острой ложкой с прижиганием или пакеленом, или хлористым цинком; последующая предоперационная подготовка шла тем же порядком: сулема, иод, тампонация.

Обращаясь к технике самой операции, отмечу, что разрез брюшной стенки обязательно производился по средней линии, операционное поле довольно часто и обильно промывалось жидкостью Dakin'a. тазовая клетчатка и железы тщательно удалялись вплоть до лежащих наpromontории, матка экстирпировалась с наивозможно большим участком влагалищной трубки, после чего производилось сшивание перерезанных крестцовых связок с культией влагалища, раневая поверхность обильно орошалась жидкостью Dakin'a и эфиром, вводились вставники из подформенной марли, смоченной формалиновым спиртом, и брюшина сшивалась непрерывным швом. Брюшная полость зашивалась наглухо в четыре этажа, причем материалом для шитья служили кэтгут, шелк и оленьи жилы. В послеоперационном периоде практиковалось удаление вставников на 8-й день, а также обязательно раннее вставание, если против этого не было особых противопоказаний.

Переходя теперь к разбору нашего материала, остановлюсь сначала на возрасте оперированных больных. Самой молодой из них было 27 лет, самой престарелой 72 года. По пятилетиям возраст наших больных распределялся следующим образом:

с 27 до 35 л.	— 18,
с 35 до 40 л.	— 34,
с 40 до 45 л.	— 62,
с 45 до 50 л.	— 94,
с 50 до 55 л.	— 69,
с 55 до 60 л.	— 24,
с 60 до 72 л.	— 16.

В дальнейшем рассмотрим этот материал с оперативной стороны, разделив все случаи на 3 группы по тяжести поражения.

Первая группа обнимает собою незапущенные случаи рака маточной шейки, где поражение не зашло за пределы шейки, и диагноз в некоторых случаях мог быть поставлен лишь путем микроскопического

анализа. К этой группе можно отнести 112 операций с тремя смертельными исходами. С технической стороны операции здесь никакого затруднения не представляли и не требовали особых усилий; продолжительность их колебалась от 20 до 50 мин.. В послеоперационном периоде здесь ни разу не было отмечено тяжелых поражений мочеполовой сферы и кишечника. Нагноение брюшной стенки встретилось в этой группе всего в 6⁰/. Наибольший срок пребывания больных после операции равнялся 23 дням, в среднем же—14 дням. Смертельные исходы в двух случаях последовали от паралича сердца (в одном случае смерть наступила на первые сутки, в другом, где у больной имела место начинающаяся декомпенсация сердца,—на 5-й день, после приема дигалена), третья больная этой группы погибла от сепсиса. Поражение железистого аппарата таза встретилось в этой стерии почти в 37⁰/, но раковое поражение желез отмечено только в 12⁰/. (Здесь кстати скажу, что микроскопическое исследование во всех случаях производилось прозектором Губ-больницы И. И. Сеньюткиным, которому приношу здесь искреннюю благодарность).

Из числа случаев этой группы особенно заслуживают быть отмеченными, во-первых, уже упомянутый выше случай с резким малокровием, во-вторых, случай больной М., 32 лет, которой операция была произведена в декабре 1924 г. по поводу экзертующей формы рака шейки; подвздошные железы с обеих сторон были увеличены, но не содержали метастазов рака; операция длилась 38 минут. Через 7 месяцев оперированная, при полном здоровье, приняла несколько сеансов рентген-терапии в Москве (проф. Чернеховский). В январе 1926 г., в виду беспокоящих больную, субъективно и объективно констатируемых явлений выпадения (одутловатость, ожирение, анатия, быстрая усталость и пр.) произведена пересадка яичника, которая быстро повлекла за собою резкое улучшение общего состояния, причем уже в ближайшие две недели после пересадки у пациентки были отмечены изменения и в составе крови.

У 7 больных данной группы, в возрасте от 29 до 38 лет, кроме основной операции была произведена дополнительная операция удаления грудных желез по мотивам, уже изложенным мною в предварительном сообщении, опубликованном в журнале „Гинекология и Акушерство“ за 1924 год; одна из этих больных умерла, как указано выше, от сепсиса.

Во вторую группу, охватывающую 147 операций, я отношу случаи ракового поражения маточной шейки, зашедшего за пределы исходного органа, где, однако, несмотря на переход рака на клетчатку или поражение железистого аппарата, была сохранена полная подвижность матки и не заинтересованы мочевые пути. Эта группа дала уже более высокую смертность, именно, 23 смертельных исхода; кроме того, во время операции здесь чаще встречались осложняющие моменты, и длительность операций возросла до 40—60 мин.

В числе осложнений операции в этой группе 4 раза было отмечено повреждение мочеточников, причем в 3 случаях мочеточник был перерезан совершенно, а в одном случае была только надрезана стенка его. Произведенная в первых 3 случаях пересадка центрального конца мочеточника в мочевой пузырь дала у 2 больных благоприятный исход, в 3-м же случае больная умерла на 9-й день от общей инфекции. В 4-м случае, где мочеточник был только надрезан, и где я произвел зашивание его ранения с муфтой из сальника, успеха не получилось: моча на 6-й день пошла в клетчатку, и на 12-й день больная скончалась от септического процесса с присоединившимся мочекровием.

Повреждение мочевого пузыря при отслойке его от шейки и влагалища произошло в 19 случаях данной группы, всегда в области *tri-goni Lieutaudii*. Двухэтажный шов дал полный успех только в 9 из этих случаев; в 6 наступил смертельный исход между 5-м и 19-м днями от мочекровия и нарастающего истощения в связи с нагноительным процессом в стенке живота и тазовой клетчатке, а в 4 случаях больные выписались с фистулами мочевого пузыря (двум из них через год была произведена д-ром Глядковым операция *colpocleisis* с благополучным результатом).

Из других осложнений операции в данной группе следует отметить 3 случая поранения *v. hypogastricae*, повлекшего довольно значительное кровотечение, причем в одном случае больная, 52 лет, скончалась через 3 часа от острой анемии. Что касается причины смерти в остальных 14 случаях данной группы, то в одном смерть произошла от паралича сердца, в 3—от нарастающей кахексии на 20-й, 25-й и 29 й дни после операции, при гладком заживлении брюшной раны, а в остальных 10—вследствие длительного нагноительного процесса в брюшной ране при уже существовавшем истощении.

В общем надо отметить, что послеоперационный период в этой группе случаев протекал значительно тяжелее первой группы,—заживление брюшной раны в 40% происходило вторичным натяжением, и средняя продолжительность пребывания больных в отделении равнялась 22 дням. Увеличение тазовых желез макроскопически было здесь отмечено в 70%, причем раковое поражение их установлено в 35%.

Третья группа, обнимающая наиболее тяжелых больных с раком маточной шейки в количестве 42, со смертельным исходом в 14 случаях, характеризуется далеко зашедшим раковым процессом с ограничением подвижности матки и в большинстве случаев с распространением процесса на мочевой пузырь, что в 14 случаях было установлено еще до операции, а в 9 обнаружено во время оперативного вмешательства; в 3 случаях раковый процесс распространился на кишки; кроме того у большинства больных отмечался значительный упадок питания. Во всех случаях этой группы операции были технически — трудны, требовали даже большой затраты физической энергии; осложнения как во время самой операции, так и в послеоперационном периоде были иногда почти непреодолимы, и в этом отношении данная группа является особенно поучительной. При операции здесь приходилось сознательно прибегать к нарушению целостности мочевого пузыря, мочеточников и прямой кишки, или случайно повреждать и их, и крупные сосуды. Раковое поражение пузыря, крестцово-маточных связок с переходом на прямую кишку, раковые метастазы в железах, иногда достигавшие размеров куриного яйца, тесно спаянные с крупными сосудами инфильтраты, иногда захватывавшие большие участки паравагинальной и парапроктальной клетчатки,—такова была обычная патолого-анатомическая картина, представлявшаяся в случаях этой группы по вскрытии брюшной полости.

Резекция мочевого пузыря была произведена у больных этой группы частично в 11 случаях, а в 2-х пузырь был удален почти полностью (оба эти случая кончились смертью на 9-й и 11-й дни). Случайных повреждений пузыря было 5 и мочеточников—4, причем по-

вреждению всегда подвергался левый мочеточник. Резекция стенки прямой кишки была произведена 1 раз, повреждение кишки имело место 3 раза. Кроме того при вылущении лимфатических желез однажды была повреждена *a. iliaca externa* и 3 раза—*vena iliaca externa*.

Из одного этого краткого перечня операционных осложнений, если принять еще во внимание, что лимфатические железы, найденные здесь увеличенными в 100%, кроме ракового перерождения, всегда были инфицированы, и при манипуляциях над ними инфекция разносилась по всему операционному полю,—понятно, что не только исходы операции в данной группе случаев были хуже, но и послеоперационный период протекал в большинстве случаев с осложнениями. Так, нагноение в брюшной ране и в клетчатке было отмечено здесь почти в 90%, омертвление стенок пузыря—в 17 случаях, причем из числа поправившихся больных 10 выписаны с незажившими пузырными фистулами. Из отдельных наблюдений, принадлежащих к данной группе, особенный интерес представляет следующее:

Больная О. Ш., 44 лет, упитанная женщина, поступила в больницу в январе 1922 г., причем у нее найден рак шейки с переходом на паравагинальную и паравезикальную клетчатку; у больной наблюдались расстройства мочеиспускания, болезненные тенезмы, частые позывы на мочу; подвижность матки была ограничена. Радикальная операция. В правом мочеточнике, тотчас по перегибе его через *linea innominata*, обнаружен камень продолговато-конической, в виде пули, формы, длиной до 2½ сант.; мочеточник выше незначительно расширен; камень удален продольным разрезом, швы на стенку мочеточника и муфта из салника. Частичная резекция стенки мочевого пузыря вместе с устьем правого мочеточника, пересадка последнего в подтянутый к боковой стенке таза пузырь, удаление всей клетчатки и подвздошных желез. В послеоперационном периоде заживление брюшной стенки *per primam*, в тазовой клетчатке обильное нагноение; t° около 2 недель повышена до 39,0°. С 20-го дня больная начала ходить, но выделение гноя продолжалось, несмотря на обильные промывания; на 30-й день опять под t° до 38° и затем лихорадка в течение 7 дней; на 38-й день внезапное артериальное кровотечение и смерть на операционном столе.

Такой же трагический исход, в связи с послеоперационным нагноительным процессом, постиг еще 2 больных данной группы—одну на 19-й день после операции, другую на 28-й. Повреждение *a. iliaca*, происшедшее при отделении плотно припаянной железы, вызвало небольшую кровопотерю, ибо быстро было ликвидировано сначала наложением зажима, а затем шва на сосуд, отверстие в стенке которого было немного больше булавочной головки; однако в послеоперационном периоде у больной наблюдались похолодание соответствующей нижней конечности, боли в ней, высокая t° , перебои и смерть на 8-й день от паралича сердца. В 3 случаях, где была нарушена целостность *v. iliaca ext*, кровопотеря была также ничтожна, ибо ранение было предусмотрено заранее; две из этих больных поправились, и одна умерла на 12-й день от гнойной инфекции клетчатки брюшной стенки и тазовой клетчатки. Наконец, одна больная, 52 лет, умерла при окончании операции от шока. Остальные 8 больных данной группы умерли в разные сроки после операции, от 9-го до 25-го дня, главным образом от нагноительных процессов в брюшной стенке и тазовой клетчатке, а также от мочекаменной и раковой кахексии.

25 больных данной серии перенесли операцию благополучно, причем, однако, 10 из них, как уже упомянуто выше, выписались с не-

зажившими пузырно-влагалищными свищами. В этой группе не лишен интереса следующий случай, являющийся примером свлы самовнушения:

Больная 36 лет, крестьянка, была оперирована в июне 1925 г., причем удалены, кроме матки, большая часть влагалища, вся парапроктальная клетчатка, много лимфатических желез, и частично резецирован мочевого пузырь. Послеоперационное течение тяжелое: на 5-й день разошлась брюшная рана, и из нее стала выделяться в большом количестве гнойно-сукровичная жидкость, смешанная с мочей; температура держалась в пределах 38°—39°, общее состояние больной было довольно удручающее. Тем не менее, когда, на 9-й день после операции, из деревни прибыли сестра больной и ее сын,—они потребовали, чтобы больную выписали. О выписке стала настоятельно просить и сама больная, которая, вопреки всем советам, решительно встала с постели, самостоятельно оделась и ушла из больницы, имея вид не тяжелой больной, а здорового человека. Так она держалась вплоть до посадки на пароход, что произошло через 2½ часа по уходе из больницы; к сожалению, дальнейшая судьба ее осталась неизвестной.

Кроме вышеуказанных серий радикальных операций по поводу рака маточной шейки, за разбираемое пятилетие было произведено 9 пробных чревосечений при раке матки, 3 операции по поводу рецидива рака, 2 радикальных операции по поводу первичного рака влагалища и 11—по поводу рака маточного тела.

Что касается последней группы случаев, то во всех их операция и послеоперационный период протекли благоприятно с пребыванием больных, в среднем, в течении 15 дней.

Из этих случаев особенно заслуживает внимания один, где у больной, де-вицы 47 лет, с увеличением матки приблизительно до размеров 1½ мес. беременности, рак оказался проросшим маточную стенку и распространившимся на приросшую к ней кишечную петлю; кроме экстирпации матки, была произведена резекция 18 сант. кишки; гладкое выздоровление; больная здорова до сих пор (оперирована в декабре 1921 г.).

Первичный рак влагалища встретился нам за 5 лет всего 4 раза, в том числе два раза в стадии возможной операбельности. Операция оба раза была произведена так же, как и при раке шейки, только с удалением всей влагалищной трубки.

Один случай, оперированный в марте 1925 г., окончился смертью от паралича сердца. Больная 33 лет имела раковую язву на задней стенке рукава, в средней части, с переходом на клетчатку; у больной астеническая конституция, в анамнезе сердечные припадки с обмороками; смерть наступила внезапно через 3 часа после операции.

Вторая больная, 51 года, была оперирована в конце 1924 г., перенесла операцию благополучно, но в августе 1925 получила рецидив, хотя подвергалась профилактической рентгенизации в Москве.

О трех операциях, произведенных по поводу рецидива, можно сообщить, что все они носили, можно сказать, шаблонный характер; произведены они были по поводу возврата рака в культю влагалища с переходом на стенку пузыря в месте впадения мочеточников—в одном случае левого, в двух других—правого.

Первый случай имел место у больной 33 лет, у которой в июне 1923 г. была произведена радикальная операция по поводу рака маточной шейки. Через 10 месяцев констатирован возврат, и в апреле 1924 г. повторное чревосечение,—резекция левого мочеточника с частью пузыря и удаление инфильтрата величиной в грецкий орех. Выздоровление гладкое. Больная лечилась потом рентгеном в Москве, но, несмотря на то, через 4 месяца опять рецидив, и в 1925 г., в феврале, смерть.

Второй случай: больная 51 г., радикальная операция в мае 1919 г., в августе 1921 г. повторное чревосечение по поводу рецидива; пересадка резециро-

ванного мочеточника не удалась, на 6-й день швы разошлись, больная выписана на 15-й день с мочеточниковой фистулой, около 2 лет была под наблюдением, затем потеряна из виду.

Третий случай: больная 51 г., рецидив через 8 мес. после радикальной операции, повторное чревосечение с пересадкой мочеточника, смерть на 18-й день от истощения (с 8-го дня неудержимый понос).

Заканчивая на этом обзор произведенных нами за 5 лет операций по поводу рака матки, упомяну, что дополнительная операция удаления грудных желез была произведена мною в 20 случаях; никакого отягощения в послеоперационном периоде от этой операции не отмечалось, но не отмечено и повышения процента абсолютного выздоровления. Поэтому с 1925 г. это дополнительное пособие перестало применяться.

Как можно видеть из приведенных выше цифр, все 317 операций дали нам 13,6% первичной смертности, причем главной причиной смертельных исходов была инфекция клетчатки. Мы ни разу не имели у своих больных перитонита, нагноение же тазовой и брюшностеночной клетчатки наблюдались очень часто, несмотря на применявшиеся нами предупредительные меры.

Что касается отдаленных результатов, то дать полную картину в этом отношении мы не можем — отчасти по малому для большинства больных послеоперационному сроку, отчасти потому, что большинство наших больных после операции исчезало из-под наблюдения. Однако все же наблюдение над некоторой частью больных пятилетней давности показывает, что процент стойкого излечения у нас — около 35. При этом следует отметить, что рекомендуемая больным послеоперационная рентгенизация, повидимому, значительно улучшает прогноз в смысле предупреждения рецидивов. Вообще же относительно рецидивов надо заметить, что они возникают нередко вскоре после операции, причем часто быстрый возврат нельзя ставить в связь со степенью распространения ракового процесса до операции. Установить точно, где чаще возникают рецидивы, т. е. в культе влагалища, в клетчатке или в железах, — нельзя; повидимому, они реже бывают в рукавном рубце и одинаково часто поражают клетчатку и железы. У особ молодых рецидивы встречаются значительно чаще, чем у более пожилых.

Заканчивая этим свое сообщение о пятилетней хирургической борьбе против рака матки, укажу, что для большего успеха в этом деле в настоящее время нам не хватает, во-первых, более своевременной обращаемости больных, во-вторых, вполне действительных мер для борьбы с инфекцией и раковой токсемией, наконец, в-третьих, подобной последующей рентгено-радиотерапии.

К характеристике сифилитических явлений, предшествующих *neurolues*у.

Ординатора Е. В. Суховой.

Присматриваясь к различным проявлениям сифилиса в его первичном и вторичном периоде, еще старые сифилидологи отмечали, что у отдельных больных они протекают различно: если у одних вторичный, напр., период характеризуется обильной розеолезной, папулезной или пустулезной сыпью, которой часто предшествует бурный продромальный период с повышением температуры, то у других он протекает очень вяло, сыпь едва намечается или совсем отсутствует (т. наз. *lues sine exanthemate*). Сравнивая затем проявления вторичного периода с дальнейшим течением *lues*'а, многие из сифилидологов пришли к заключению, что более или менее бурное проявление первичного и вторичного периода болезни освобождает пациента от поражений нервной системы, и наоборот, имеющие легкие кожные проявления в этих периодах являются кандидатами на *tabes* и прогрессивный паралич.

Kyrle говорит, что объяснение этому факту следует искать в иммунитете различных органов одного и того же организма. „Различие защитительной способности органов против наводнения их спирохетами играет несомненную роль,—говорит он,—в вопросе о неравномерном распределении болезнетворных возбудителей в организме“. Основываясь на этом, он делит сифилитиков на две группы: на таких, у которых спирохеты задерживаются преимущественно в коже и подкожной клетчатке в то время, как внутренние органы больных остаются пощажеными, и таких, у которых главная масса возбудителей располагается во внутренних органах и центральной нервной системе.

Однако Weygandt, приводя слова Hauptman'a, пишет, что не все разделяют мнение о том, будто кандидаты на *metalues* уже в первых стадиях болезни выявляют слабость иммунных средств организма в слабом или даже полном отсутствии кожных проявлений.

Что касается в частности сифилиса без первичных проявлений, то Felix Weiler говорит, что в большинстве случаев там, где сообщают об отсутствии первичного склероза, таковой просто просматривается за глубиной его расположения. Из 27 наблюдавшихся им случаев подобного рода удалось констатировать *syphilis d'émblée* у 4 больных врачей, которые были инфицированы во время операции в область пальцев; несмотря на то, что место инфекции у них было известно и внимательно наблюдалось, первичного склероза у всех их не было констатировано вплоть до проявлений экзантем. В том же направлении высказывается

Almkvist,—что в большинстве случаев, где говорят о syphilis d'ensemble, склероз не отсутствует, а бывает скрыт. Но пп е, приводя данные Hirsch'a, отмечает, что в 63 случаях тяжелых третичных форм lues'a последний, как таковой, был установлен лишь в 54⁰/о, в 9,5⁰/о существовали лишь указания на возможность его, а в 36,5⁰/о больные вовсе не знали о своей болезни.

Имея в своих руках материал по neurolues'у, я сделала некоторые наблюдения по вопросу о частоте первичных и вторичных проявлений сифилиса, предшествующих neurolues'у, руководствуясь анамнезом, который был собран мною лично у 197 больных на Пятигорском курорте за летний сезон 1925 и 1926 гг. Число это, правда, слишком незначительно, почему я и не делаю из него никаких выводов, а просто лишь позволяю себе познакомить читателей с теми данными, какие мне удалось получить. Следует при этом отметить, что большинство больных были служащие и рабочие, притом все они были грамотные.

Из 99 прошедших через мои руки табиков 29, т. е. 29,2⁰/о, совершенно отрицали lues, так как не могли припомнить каких-либо его проявлений даже после целого ряда наводящих вопросов. Имевших только склероз, но не заметивших у себя ни сыпи, ни заболеваний горла, или каких-либо других вторичных проявлений, было, далее, 38 человек, или 38,9⁰/о, а имевших вторичные явления—33 человека, или 33⁰/о.

Случаи lues cerebrospinalis распределяются в данном отношении так: из общего числа 48 чел. отрицавших всякие проявления lues'a было 12, или 27⁰/о, без вторичных проявлений—20, или 43,7⁰/о, и со вторичными проявлениями—16, или 33,3⁰/о.

Среди 50 случаев миелита больные отрицали всякие проявления lues'a в прошлом в 9 случаях (18⁰/о), без вторичных проявлений были 23 чел. (46⁰/о) и со вторичными явлениями—18 (36⁰/о).

На общее число случаев neurolues'a в нашем материале (197) больных, отрицавших всякие проявления сифилиса у них в прошлом, было 51 чел., или 25,8⁰/о, без вторичных проявлений—81, или 41,1⁰/о, и со вторичными проявлениями—67, или 34,1⁰/о.

Если рассматривать эти случаи в отдельности, то мы увидим, что в группе табетиков наибольший процент дали случаи, где не наблюдалось вторичных проявлений, а лишь один склероз, и наименьший—больные, совершенно не знавшие о своей инфекции и, стало быть, совершенно не лечившиеся. Те же соотношения получились и в остальных двух группах.

Действительно-ли эти данные можно рассматривать, как результат ослабления защитной силы кожи или центральной нервной системы, или для них имеются другие причины,—сказать трудно, но важно было-бы установить этот факт более точно и на большем количестве случаев. В литературе нам не удалось встретить подобных исследований относительно случаев уже установленного neurolues'a, а между тем важность их очевидна.

К физиологии носового дыхания.

Врача **И. Гаврилова** (Арский кант. Татреспублики).

(С рис.).

Я подметил, что дыхание происходит не все время через обе половины носа с одинаковой силой: в то время, как через одну ноздрю проходит главная струя воздуха, через другую воздух проходит в это время в гораздо меньшей степени, или даже бывают моменты, что совсем не проходит. Через некоторый промежуток времени роли обеих половин носа меняются: главная струя воздуха начинает идти через вторую ноздрю, а первая, раньше дышавшая, закладывается.

Привожу результаты наблюдений над собственным дыханием, оговорившись предварительно, что нос у меня совершенно нормальный, и насморком я страдаю редко. В приводимых ниже табличках *r* обозначает, что главная струя воздуха в указанное время шла через данную половину носа, тогда как другая была или совершенно заложена, или дыхание через нее совершалось с затруднением; *p* указывает, что в данный момент дыхание через обе ноздри происходило приблизительно с одинаковой силой; *p/r* обозначает, что дыхание происходило через обе ноздри, но правая дышала сильнее, чем левая, *r/p* — что, при дыхании через обе ноздри, сильнее дышала левая. Результаты отмечались с промежутками в $\frac{1}{2}$ часа.

Наблюдение 10/VII 1926 г.

Часы наблюдения . . . 3 $\frac{1}{2}$ 4 4 $\frac{1}{2}$ 5 5 $\frac{1}{2}$ 6 6 $\frac{1}{2}$ 7 7 $\frac{1}{2}$ 8 8 $\frac{1}{2}$ 9 9 $\frac{1}{2}$ 10
Правая половина *r* *r* *r* *r* *r* *p* *r/p* *r/p* *r/p* *r* *r* *r* *r*

Левая половина *r* *r* *r* *r* *r* *p/r* *p*

Часы наблюдения . 10 $\frac{1}{2}$ 11 11 $\frac{1}{2}$ 12 12 $\frac{1}{2}$ 13 13 $\frac{1}{2}$ 14 14 $\frac{1}{2}$ 15 15 $\frac{1}{2}$ 16 16 $\frac{1}{2}$
Правая половина *r* *r* *r*

Левая половина *p* *r* *r* *r* *r* *r* *r* *r* *r* *r* *r*

Часы наблюдения . 17 17 $\frac{1}{2}$ 18 18 $\frac{1}{2}$ 19 19 $\frac{1}{2}$ 20 20 $\frac{1}{2}$ 21 21 $\frac{1}{2}$ 22 22 $\frac{1}{2}$ 23
Правая половина *p* *r/p* *r* *r* *r* *r* *r*

Левая половина *p* *p* *r* *r* *r* *r*

Наблюдение 16/VII и 17/VII 1926 г.

Часы наблюдения . . 22 22 $\frac{1}{2}$ 23 23 $\frac{1}{2}$ 24 1 $\frac{1}{2}$ 1 1 $\frac{1}{2}$ 2 2 $\frac{1}{2}$ 3 3 $\frac{1}{2}$ 4
Правая половина *r* *r* *r* *r* *r* *r/p* *p*

Левая половина *r* *r* *r* *r* *r* *p* *r*

Часы наблюдения . 4 $\frac{1}{2}$ 5 5 $\frac{1}{2}$ 6 6 $\frac{1}{2}$ 7 7 $\frac{1}{2}$ 8 8 $\frac{1}{2}$ 9 9 $\frac{1}{2}$ 10 10 $\frac{1}{2}$
Правая половина *r* *r* *r* *r* *p* *p* *p*

Левая половина *p/r* *r* *r* *r*

Часы наблюдения . 11 11 $\frac{1}{2}$ 12 12 $\frac{1}{2}$ 13 13 $\frac{1}{2}$ 14 14 $\frac{1}{2}$ 15 15 $\frac{1}{2}$ 16 16 $\frac{1}{2}$ 17 17 $\frac{1}{2}$
Правая половина *r* *r* *r* *r* *r* *p* *r* *r* *r* *r* *r*

Левая половина *r* *r*

Чтобы доказать, что в этих наблюдениях отсутствовал элемент субъективности, мною были произведены опыты, доказывающие этот физиологический факт химическим путем, причем была применена следующая техника исследования: я брал две широкогорлых стеклянки емкостью по 750 куб. см., наливал в них равные количества (по 300 куб. см.) раствора химически-чистого едкого барита одинаковой концентрации и затыкал стеклянки плотно пробками. Через каждую пробку было пропущено по 2 стеклянных трубочки: одна из них, выходящий над стеклянкой конец которой был загнут под прямым углом, опускалась в раствор почти до дна стеклянки,—эта трубочка служила для проведения в раствор выдыхаемого воздуха; другая трубочка до уровня раствора не доходила и служила для отведения воздуха из стеклянки. На концы этих трубок надевались резиновые трубки небольшой длины, в концы которых вставлялись Y-образные стеклянные концевые трубочки, диаметром около 1 сантиметра, таким образом, что одна из ветвей вставлялась в резиновую трубку, другая открывалась свободно, а общий ствол трубочки вставлялся в ноздрю—от одной концевой трубочки в правую, от другой в левую. Дыхание во время опытов производилось через обе половины носа и было одинаковой продолжительности, причем во время вдоха резиновые трубки,—для того, чтобы воздух шел не из стеклянок, а из окружающего воздуха,—зажимались пальцами, а при выдохе резиновые трубочки разжимались, свободные же концы их зажимались пальцами,—дабы выдыхаемый воздух шел в стеклянки, а не в окружающее пространство. При прохождении выдыхаемого воздуха, содержащего CO_2 , через раствор едкого барита, происходило образование углекислого бария, который выпадал в осадок. Таким образом по количеству образовавшегося осадка в каждой стеклянке можно было судить о силе дыхания каждой половины носа. По окончании дыхания осадки углекислого бария отфильтровывались из каждой стеклянки отдельно, высушивались при комнатной температуре, взвешивались, и вес их сравнивался. Результаты опытов были следующие:

Опыт 12/VI 1926 г.

Дыхание производилось в продолжении 10 мин., с 12 $\frac{1}{2}$ до 12 ч. 40 мин. Вес высушенного осадка, полученного от дыхания через правую половину носа,—1,8, через левую—0,25, т. е. дыхание через первую происходило в 7,2 раз сильнее.

Что меньшая пропускная способность левой половины носа в указанном опыте не зависела от патологического состояния этой половины,—доказывает опыт, произведенный через 6 час. после первого:

Дыхание через баритовый раствор происходило тоже в продолжении 10 мин., начиная с 18 $\frac{1}{2}$ ч. Вес высушенного осадка, полученного от дыхания через правую ноздрю,—0,8, через левую—1,65, т. е. дыхание через левую ноздрю происходило на этот раз в 2 с лишком раза сильнее, чем через правую.

Опыт 2/VII 1926 г.

Дыхание производилось с 17 ч. 35 мин., в общей сложности в течение 10 минут, с перерывом для отдыха. Вес высушенного осадка, полученного при дыхании через правую половину носа,—1,0, через левую—2,55, т. е. дыхание через левую ноздрю происходило в 2,55 раза сильнее, чем через правую.

К недостаткам методики этих опытов надо отнести то, что вначале опытов слабая струя воздуха из слабее дышавшей половины носа не могла преодолеть сопротивления баритового раствора и терялась для

реакции. Скоро, однако, вследствие сопротивления раствора, дыхание становилось более напряженным и вело к компенсаторному увеличению работы отдыхающей половины носа по сравнению с дыханием при естественных условиях. В общем итоге разница между дыханием обеих половин носа должна была вследствие этого уменьшиться по сравнению с разницей при естественных условиях.

Указанный недостаток методики этих опытов заставил меня поставить опыты с непосредственным измерением объема выдыхаемого воздуха из правой и левой половины носа в отдельности. Я брал 2 резиновых мешка с тонкими стенками, легко спадающими при выходе воздуха и легко раздувающимися, когда воздух вводится в пузырь. Каждый мешок был снабжен резиновой трубкой с каучуковым краном. На концы кранов надевались короткие резиновые трубочки. Посредством описанных уже выше Y-образных концевых стеклянных трубочек, вставленных таким же образом в концы резиновых трубок, выдыхаемый воздух вгонялся описанным уже способом в мешки из каждой половины носа отдельно и одновременно. После 5 выдыханий мешки запирались кранами, и объем содержащегося в каждом воздухе измерялся высасыванием посредством обыкновенной сжатой 3-унцовой резиновой спринцовки—при открытом, конечно, кране. Как только спринцовка наполнялась, кран запирался. Таким образом можно было сосчитать, сколько полных резиновых спринцовок высасывалось из каждого мешка. Для упрощения, остаточными неполными спринцовками я пренебрегал.

Привожу несколько произведенных таким образом опытов.

Опыт в 6 ч. веч.

Сделано 5 спокойных выдыханий. Выдыхаемый из каждой половины носа воздух направлялся в отдельный мешок. Оказалось, что мешок, в который поступал воздух из правой половины носа, содержал 5 полных спринцовок, а другой—лишь 2.

Опыт в 10 ч. веч. того же дня.

Сделано 5 глубоких выдыханий. В мешке, содержавшем воздух, выдохнутый через правую ноздрию, его оказалось 4 полных спринцовки, тогда как в другом мешке, куда поступал воздух из левой половины носа,—11.

Опыт в 11 ч. веч. того же дня.

После 5 глубоких выдыханий в мешке, в который поступал воздух через правую ноздрию, оказалось его 10 полных спринцовок, в другом же—лишь 4.

Опыт в 7 ч. утра следующего дня.

После 5 глубоких выдыханий один из мешков, содержавший воздух, выдохнутый через правую половину носа, оказался содержащим лишь 1 спринцовку его, тогда как другой, куда поступал воздух из левой половины носа,—10 спринцовок.

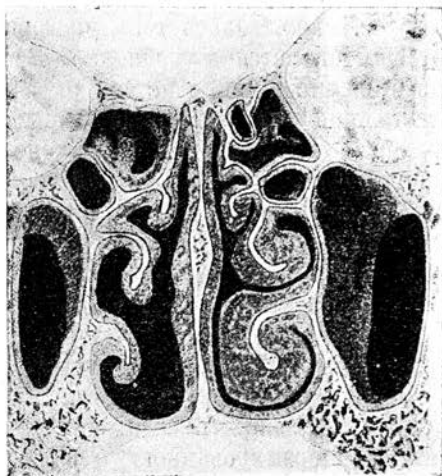
Таким образом и эти опыты, подобно первым, доказывают явление неравномерности и периодичности дыхания через правую и левую половины носа. Закладывание отдыхающей половины происходит благодаря набуханию пещеристой ткани слизистой оболочки носовых раковин с ее многочисленными складками. Анатомическое устройство носа как раз соответствует этому явлению. Когда происходит набухание пещеристой ткани слизистой раковин, вследствие расширения кровеносных сосудов,

в соответствующей половине носа совсем не остается свободного пространства для прохождения воздуха. Приводимый здесь рисунок, взятый из руководства Denker'a и Brünings'a по болезням уха и дыхательных путей, подтверждает это явление.

Факт закладывания одной из ноздрей объясняет то посвистывание, которое замечается часто при дыхании через нос, — при закладывании одной из половин его остается, значит, узкая щель, проходя через которую, воздух и дает это явление.

Этот же физиологический факт объясняет *raison d'être* носовой перегородки, существования в носу двух отдельных полостей. Если-бы не было этого чередования дыхательной работы, тогда существовала-бы одна общая носовая полость, как существует одна ротовая полость, одна носоглотка, одна гортань и т. п.

Функция пещеристой ткани в слизистой носа, — согревать вдыхаемый воздух и задерживать пыль, — должна быть, значит, пополнена еще ролью создавать периодическую смену дышащих половин. С указанным фактом физиологического закладывания последних надо считаться, чтобы не принять временной физиологической непроницаемости той или другой половины за патологическое явление.



Фронтальный разрез через носовую полость. С одной стороны пещеристая ткань слизистой оболочки инъецирована, вследствие чего носовые ходы сужены *ad maximum*.

Картина смерти от действия молнии.

Профессора Ленинградского Института для усовершенствования врачей

Н. Л. Полякова.

(С 3 рис.).

Смерть от действия молнии является редкостью в практике судебного эксперта. Многие из экспертов с большим стажем ни разу не имели в своей практике подобных случаев и лишь по учебникам имеют не совсем ясное представление о тех изменениях, которые бывают на теле убитого. Имея в своей практике три случая смерти от действия молнии, я позволю себе сообщить те наблюдения, которые противоречат данным, обычно излагаемым в учебниках судебной медицины.

Не только в наших трех случаях, но и в случаях, сообщенных нам другими врачами, не наблюдалось того древовидного разветвления „хода“ молнии, о котором говорится в учебниках. Возможно, в некоторых случаях подобное разветвление и встречается, но в большинстве случаев не будет ли это „разветвление“ результатом обычных трупных изменений, гнилостного характера, в подкожных венах? Нужно иметь в виду, что ведь смерть от молнии почти всегда бывает в теплое летнее время и при том с влажным воздухом (от дождя), т. е. при условиях, которые весьма благоприятны для быстрого развития гниения, особенно, если смерть происходит не быстро, а спустя некоторое время.

Во всех наших трех случаях мы наблюдали обычно следующие изменения на коже: место входа молнии представлялось в той или иной степени синюшно-полнокровным, с кровоподтеками различной величины и различного числа. „Вход“ этот локализовался обычно близ шеи и плечевых суставов, идя далее вниз—в ноги. На этом протяжении кожа местами представлялась гиперэмированной и даже с ожогами второй степени. Выход молнии всегда представлялся в виде ожога второй степени, находившейся где-либо в области ступней. Разница в степени и распространенности ожог зависит, видимо, здесь, как и при ожоге от электрического тока, от вольтажа, т. е. силы молнии (resp. электричества): чем сильнее вольтаж, тем сильнее будут и ожоги *).

Сильные грозы, бывшие весной 1925 г. в Ленинграде, дали нам повод наблюдать весьма интересный случай смерти от молнии силой около трех с половиной миллионов вольт (по вычислениям инженера-электротехника). Случай этот следующий:

10/V 1925 г., после сильной грозы, в Таврическом саду, под ветлой, в сидячем положении был обнаружен труп гр. Маслова П. П., 20 лет. Главный ствол ветлы и частью ветви поверхностно были расщеплены, и это расщепление

*) Во всех наших случаях смерть была быстрою, от паралича центральной нервной системы, почему резких явлений асфиксии мы ни разу не наблюдали.

оканчивалось около головы сидящего М-ва. На одежде М-ва были найдены следующие повреждения:

Защитного цвета фуражка. Справа в боковом шве верха имеется разрыв, а сверху небольшое опаление.

Тулсурска кожаная черная. Близ правого плечевого шва (сверху) имеется овальной формы отверстие величиной с мелкую горошину, а вокруг него 4 отверстия, пропускающие только обычную булавку. По правой подмышечной линии (шву) разрыв длиной около 40 сант., а по правому спинному шву—разрыв в 10 сант.; оба разрыва линейной формы, со слегка неправильно-ровными краями. Подкладка пиджака в местах всех разрывов кожи также разорвана, желто-бурого цвета вследствие ожоги.

Черный рабочий пиджак. Разрывы вполне соответствуют по положению тем, какие были на кожаном пиджаке. В области, соответствующей плечевому шву, имеется одно отверстие в 4—6 сант. величиною и два—величиною с горошину. По подмышечной линии находится 11 отверстий разной величины—от 12×7 сант. до горошины. Края разрывов неровные.

Рубаха холщевая. Разрывы вполне соответствуют по положению тем, какие обнаружены на черном рабочем и кожаном пиджаках. Всего их найдено 16, они величиной от горошины до 14×9 сант. Края их неровные, обожженные.

Брюки черные, матросские. Разрыв на правой штанине по передней поверхности, начиная от пояса, вниз на 63 сант. Края разрыва неровные, обожженные. Второй небольшой разрыв соответствует положению полового члена. Внизу и спереди имеется еще разрыв размерами 10×3 сант. Края всех этих разрывов неровные и обожженные.

Кальсоны холщевые. Разрывы соответствуют по положению тем, какие найдены на брюках, только здесь 12 различной величины отдельных разрывов, причем разрывов соответственно положению полового члена и внизу спереди нет. Края разрывов неправильные и обожженные.

Портянка. 11 разрывов с неправильными, обожженными краями.

Ботинки. Оба ботинка, правый и левый,—почти новые, с деревянными гвоздями на подошве и железными на каблук. *Правый:* верхне-передняя поверхность имеет значительный разрыв с неровными краями и отсутствием части кожи и холста; срединный шов сзади разорван; на внутренней стороне, близ подошвы, имеется пять точечных отверстий, расположенных почти параллельно подошве, с ровными краями; на носке имеется два таких же отверстия; на боковой поверхности носка—неправильно-удлиненной формы отверстие размерами 11×3 мм., с неровными краями; на наружной стороне, близ подошвы,—два точечных отверстия с ровными краями; с внутренней стороны вокруг всех почти отверстий холст коричневого цвета (ожога); внутри в области каблука имеется шесть точечных с ровными краями отверстий, снаружи на каблук отверстий нет (гвозди). *Левый:* Разрыв по передне-верхней поверхности и по заднему шву такого же размера и вида, как и на правом ботинке; на внутренней стороне, близ подошвы, точечное отверстие с ровными краями; на внутренне-передней стороне носка отверстие с малую чечевицу, неправильно-круглой формы, с надрытами краев; на наружной поверхности, близ подошвы, имеется три точечных отверстия с ровными краями; внутри, в области каблука, имеется также три точечных отверстия; снаружи на каблук отверстий нет.

На мертвом теле М-ва найдены следующие повреждения: опаление волос справа, главным образом в темянной области, опаление правой брови; нос темно-багрового цвета, кожа на нем пергаментна; опаление волос на груди, в правой подмышечной впадине, на половых органах и частью голених. Кожа лба (больше справа) и правой щеки буровато-багрового цвета и пергаментно-плотна, причем в ней замечается много темно-багровых кровоизлияний. Пергаментные буро-красные пятна на обеих губах. Вся правая половина спины багрово-фиолетового цвета, а в области лопатки и выше—мелкие, от просыного зерна до мелкой горошины, багрового цвета кровоизлияния (свыше 220); кожа спины местами пергаментно-плотна. Под соском справа буро-багровое пергаментное пятно; здесь и по подмышечной линии имеются также рассеянные точечные кровоизлияния числом около 100. На правой половине живота кожа местами буро-красная, пергаментная; тоже и в области правого тазобедренного сустава, на пространстве величиною с ладонь. Кожа передне-внутренней поверхности бедра местами пергаментирована, багрово-коричневого цвета. Половой член и мошонка справа коричнево-багрового цвета, суховаты. Сзади на голени пятно величиною со сливу. В области голено-

стопа сзади кожа буро-коричневого цвета; местами верхняя кожа пузыревидно вздута, местами эпителий содран. Тыл правой стопы багрово-фиолетового цвета, местами с содраным эпителием в виде серо-желтоватых лоскутов. В области пятки имеются три вздутия верхней кожицы, величиною каждое с горошину; такие же вздутия имеются по боковой поверхности близ мизинца, в количестве трех, и близ боковой поверхности большого пальца—в количестве пяти. На левой стопе имеются: на пятке два мелких вздутия, на боковой поверхности близ большого пальца (и на нем) пять вздутий, из коих три—с горошину величиной каждое, а два—неправильно-расплывчатой формы; близ мизинца имеется три таких вздутия. Тыл стопы слегка багрово-желтоватого цвета, местами со вздувшейся и лопнувшей верхней кожей. При исследовании внутренних органов М-ва чего-либо особенного подметить не удалось.

Из этих данных видно, что молния, поверхностно скользнув по правой половине головы М-ва, вошла здесь в кожу у верхнего края

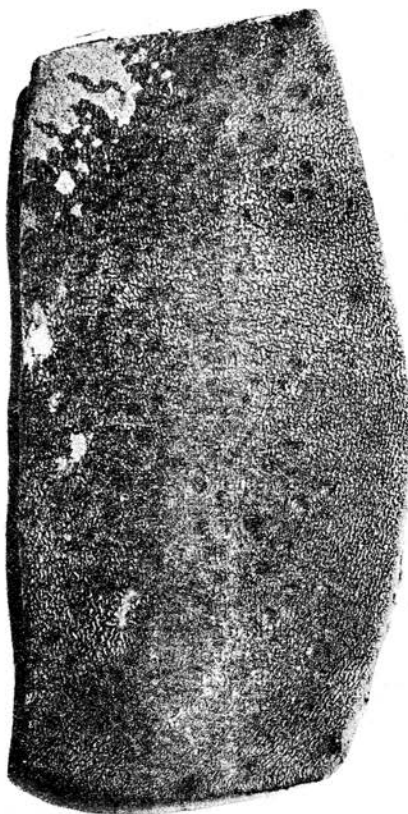


Рис. 1.

Входное отверстие молнии в виде массовых (свыше 225) кровоизлияний.

наконец, на тыле стоп—в виде ожоги первой и второй степени с соответствующими разрывами ботинок.

Интересен еще и характер повреждений ботинок и кожи. На верхне-передней части ботинок, прикрытой от дождя брюками, произошел разрыв, так как сухая кожа является плохим проводником электричества; выход же молнии близ подошвы, которая была мокрой, а равно в каблучках

лопатки справа. На пиджаке в этом месте обнаружены четыре малых входных отверстия и одно с мелкую горошину, соответственно которым имелись разрывы на рабочем пиджаке и на рубашке. На теле (коже) под этими повреждениями найдена масса кровоизлияний (рис. 1), причем молния здесь как-бы рассыпалась и сначала по правой половине тела, а потом, с области половых органов,—по правой и частью по левой нижней конечности пошла вниз и в области ступней вышла из тела в землю. Соответственно повреждениям на коже найдены и повреждения одежды.

Случай этот интересен по массовым повреждениям (ожогам) кожи и одежды (рис. № 2), а также по симметричному выходу на обеих ступнях, благодаря чему и на коже стоп, и на ботинках обнаружены симметричные повреждения, а именно, повреждения на коже пяток и соответственно им—в области каблучков, на обеих боковых поверхностях ступней близ пальцев—в виде пузырей (рис. 3) и соответственно этому—на ботинках в виде точечных отверстий,

с железными гвоздями, дал отверстия точечные, с ровными краями, так как мокрая кожа и железо (гвозди в каблуках) являются хорошими проводниками электричества, почему здесь и не получилось разрывов. Этим отверстиям соответствовали и повреждения кожи стопы — в виде кругловатых пузырей ожоги.



Рис. 2.
Массовые повреждения одежды и обуви.



Рис. 3.
Пузыри ожоги на коже левой стопы по наружно-боковой поверхности близ мизинца.

Остальные наши два случая представляют те же повреждения, что и в описанном случае, но в гораздо меньшем количестве и с выходом молнии в одну ногу. Никаких древовидных разветвлений, повторяю, мы на трупах не наблюдали (трупы были свежие), — наблюдались лишь типичные ожоги второй степени (гиперемия кожи и кровонизлияния).

Современное состояние хирургии сердца в связи с некоторыми взглядами на современную хирургическую науку¹⁾.

Проф. В. Л. Боголюбова.

(Окончание).

Довольно значительные успехи достигнуты хирургией в настоящее время при *заболеваниях околосердечной сумки*. Здесь прежде всего хирургическое вмешательство требуется при различных *скоплениях жидкости в полости перикарда* (воспалительные экссудаты, застойные и кровяные излияния). Опасность подобных изменений заключается уже в упоминавшейся выше *тампонаде сердца*, ведущей к расстройству и остановке сердечной деятельности вследствие сдавления впадающих в сердце больших вен. Нарушение сердечной функции, при явлениях тампонады сердца, может наступать при скоплении уже 150—300 к. сант. жидкости в полости перикарда. Чем быстрее накапливается жидкость, тем скорее создается опасность. При медленно развивающемся скоплении жидкости больные довольно продолжительное время могут переносить даже количество в 1—2 литра. В соответствии с указанными отношениями находитесь и показания к хирургическому вмешательству. При быстро увеличивающемся излиянии с клиническими явлениями затруднения деятельности сердца должно быть немедленно произведено опорожнение сумки от жидкости, так как только оно одно может спасти жизнь больному. При этом опорожнение сердечной сумки может быть произведено двумя путями: или пункцией, или вскрытием околосердечной сумки (перикардиотомия).

Среди различных методов *пункции околосердечной сумки* наилучшим способом, рекомендуемым за последнее время, является пункция в углу между основанием мечевидного отростка и прикреплением VII левого ребра (Laggeу, Rehn, Marfan, Sauerbruch). Пункция в данном месте наиболее благоприятна для опорожнения сумки без побочных повреждений (сердца, плевры, легкого) и наиболее удобна для стока содержимого, так как сумка опорожняется в наиболее низком участке. При помощи ее удается в некоторых случаях достигнуть улучшения, а иногда, при повторных пункциях, и излечения процесса, которое наступает приблизительно в 50% (Schrötter, в 1894 г., на 100 сл. имел 47 излечений и 53 смерти, Venus, в 1908 г., на 93 сл.—26 излечений, 6 улучшений и 58 смертей; Kutowski, в 1925 г., на 73 случаев—33 излечения, 6 улучшений и 34 смерти). Если после пункции серозного экссудата не происходит улучшения процесса, то не следует долго ждать, а надо по возможности скорее приступить к широкому вскрытию околосердечной сумки, за более частое применение которого высказывается в последнее время целый ряд хирургов. С целью предупреждения нового скопления жидкости и развития последующих сращений Alexander'ом и Wenschebach'ом предложено применение пневмоперикарда (введение в полость перикарда фильтрованного воздуха resp. азота и кислорода).

Вскрытие околосердечной сумки (перикардиотомия) показано: 1) для получения полного продолжительного опорожнения сумки при серозном экссудате, если однократная или двукратная пункция не сопровождалась желательным результатом; 2) особенно при гнойном перикардите, а также при туберкулезе околосердечной сумки; 3) наконец, перикардиотомия, как и пункция, применяется с диагностической целью.

Из различных способов перикардиотомии в настоящее время многими считается наилучшим вскрытие околосердечной сумки по Laggeу с резекцией VII

¹⁾ Речь, произнесенная в годичном заседании Общества Врачей при Казанском Университете 27 января 1927 г.

левого реберного хряща¹⁾. Способ этот удовлетворяет необходимому требованию получить возможно лучший сток и дренирование сумки в наиболее низко лежащем ее участке. Перикардиотомия с дренажем является избранным методом при лечении гнойных перикардитов, причем должны дренироваться как правая, так и левая половина сумки. Для лучшего дренирования перикарда послеоперационное лечение больного проводится в сидячем положении²⁾. При гнойном экссудате некоторые хирурги рекомендуют промывание сумки³⁾. В некоторых случаях серозного экссудата было испробовано отведение выпота в подкожную клетчатку, а также в плевральную и брюшную полости. Перикардиотомия в целом ряде случаев сопровождалась хорошими результатами и давно вошла в обиход хирургической терапии. По данным V e n u s'a вскрытие околосердечной сумки с резекцией ребра дало выздоровление в 55% случаев.

Новейшим приобретением современной хирургии является оперативное лечение *хронического адгезивного перикардита*. Сущность данного страдания заключается в медленном образовании сращений, развивающихся между сердцем и околосердечной сумкой. Разрастающаяся рубцовая ткань может, далее, распространиться на соседние органы—диафрагму, плевру, пищевод, большие сосуды. В результате всего этого сердце с околосердечной сумкой оказывается приращенным к передней грудной стенке или плотно охватывается соединительнотканными массами. Будучи вначале развития более мягкой и эластичной, разрастающаяся соединительная ткань затем плотнеет, приобретает характер мозолистых пленок (*мозолистый перикардит*), сморщивается, а в поздних стадиях, вследствие известковых отложений, образует вокруг сердца известковую скорлупу, в котором бывает замуровано сердце (*панцирное сердце*).

Клиническое течение хронического адгезивного перикардита зависит от локализации и характера имеющихся сращений. Следует отметить, что даже обширные сращения иногда могут не сопровождаться клиническими явлениями и открываться только случайно при вскрытиях. Но в тех случаях, где хронический адгезивный перикардит протекает при более или менее тяжелой клинической картине, возникают показания к оперативному вмешательству, причем здесь может идти речь о случаях преимущественно двоякого рода: 1) сердце является приращенным к передней грудной стенке, благодаря чему бывает затруднена главным образом работа его систолы,—вследствие приращения сердца происходит систолическое втягивание грудной стенки и систолическое выбрасывание ее вперед (*Vorschleuderung*), что ведет к перенагрузке и переутомлению сердечной мышцы; 2) сердце может быть совершенно замуровано в окружающей его омолозлой рубцовой ткани, иногда обизвествленной. При сморщивании этих масс происходит сжатие сердца и затруднение его работы, особенно диастолы, причем, благодаря сдавлению тонкостенных предсердий и больших вен, создаются существенные препятствия для притока в сердце венозной крови. В обеих категориях случаев наступает картина недостаточности правого сердца, развиваются тяжелые застойные явления, асцит, застойный нефрит, увеличение печени, отеки, цианоз, набухание шейных вен, как выражение затрудненного оттока из области *venae cavae superioris*.

¹⁾ Небезинтересно отметить, что в самом начале введения в хирургическую практику перикардиотомии последняя производилась путем трепанации грудной кости. Предложенный затем Desault простой разрез в межреберном промежутке для опорожнения перикардальных изменений стал с 90-х годов прошлого столетия заменяться перикардиотомией с резекцией ребра (Rosenstein—1881, Gussenbauer—1884), совершенно потом вытеснившей простую перикардиотомию.

²⁾ Eiselsberg рекомендует применение в послеоперационном периоде *Überdruckverfahren* для лучшего опорожнения околосердечной сумки (благодаря повышению внутригрудного давления легкие равномерно сжимают сумку, содействуя ее опорожнению от излияния).

³⁾ В прежнее время для промывания сумки применялись растворы карболовой кислоты (1%), лизола, борной кислоты и пр. За последнее время применялся риванол. Rehn и Klose вводили в сумку гуманол, йодипин, ol. sesami (для предупреждения последующих сращений). Весьма целесообразным является иногда промывание сумки стерильным соевым раствором для удаления свертков и гнойных фибринозных сгустков.

В зависимости от наличия той или другой формы адгезивного перикардита и оперативное вмешательство при нем может быть главным образом двойного рода ¹⁾ а) при сращении сердца с передней грудной стенкой устранение сердечных расстройств достигается операцией Brauer'a (*thoracolysis praecardiaca*), при которой производится мобилизация передней грудной стенки путем обширной резекции ребер в передсердной области (IV, V и VI ребер), благодаря чему грудная стенка делается податливой, мягкой и не представляет уже более препятствий для работы сердца, а одновременно с этим уменьшается и напряжение сращений, фиксирующих последнее; операция эта с успехом была произведена в многочисленных случаях ²⁾; б) у второй группы больных, где сердце замуровано в окружающей его омололой рубцовой ткани (мозолистый перикардит), операция состоит в освобождении сердца от сращений (*cardiolysis endopericardiaca* ³⁾). Здесь производится декортикация сердца (Delorme), кардиоллиз в собственном смысле этого слова. Операция эта, предложенная Delorme'ом, была усовершенствована затем Volhard'ом, Voelcker'ом, Schmieden'ом и Sauerbruch'ом. Rehn, вместо декортикации сердца по Delorme'y, ввел иссечение околосердечной сумки (*перикардэктомия*), произведя у 4 детей при сращениях перикарда частичное иссечение сумки. Метод перикардэктомии при мозолистом перикардите особенно тщательно разработан за последнее время Schmieden'ом ⁴⁾ и был применен им в 7 сл. (причем в 3 сл. наступило излечение, в 2—значительное улучшение и в 2 сл.—смерть). По данным Guleke и Lomel'я (1925) на 18 сл. резекции перикарда при его сращениях в 7 сл. получился хороший результат.

Новейшим приобретением современной хирургии является также *оперативное лечение грудной жабы*. Как известно, последняя не представляет собою определенной нозологической единицы, но есть симптомокомплекс, в основе которого могут лежать весьма различные причины, и в клинической картине которого на первом месте стоят сердечные боли. Оперативное вмешательство при грудной жабе имеет в виду прекратить приступы этих сердечных болей путем прерывания тех нервных проводников, по которым протекают болевые ощущения. Операция здесь показана в тех случаях, где средства внутренней медицины не оказывают никакого действия, при условии, если сердце не представляет крайних степеней нарушения

¹⁾ Ограниченные сращения, в виде соединительнотканых тяжей, могут также служить предметом оперативного вмешательства в тех случаях, где они вызывают расстройства сердечной деятельности. Операция состоит в разделении тяжей или в производстве френикотомии, ведущей к искусственному параличу диафрагмы (Schmieden, Sauerbruch).

²⁾ Rehn рекомендует, особенно у детей, взамен Brauer'овской операции, производить расщепление грудной кости (*sternoschisis praecardiaca*), начиная от *angulus sterno-xiphoides dex.* сверху и влево до 3-го межреберного промежутка (у взрослых в разрез рекомендуется трансплантировать кусок кости или вкладывать мягкие ткани).

³⁾ Под *cardiolysis extrapericardiaca* (Rehn) понимается освобождение наружной поверхности перикарда от медиастинальных сращений, причем для разрывания новых сращений создается препятствие путем пересадки фасции и жира. Не имея значения самостоятельного метода, способ может быть применен, как дополнение к операции Delorme'a.

⁴⁾ Метод Schmieden'a кратко заключается в следующем: сначала откидывается большой лоскут из мягких тканей, и образуется в передней грудной стенке большое левостороннее окно, включающее в себя значительную часть среднего отрезка грудины (в высоту окно это простирается от III до VI ребра). После пересадки у верхнего и нижнего края отверстия а. *mammariae int.* экстирпируют захваченные мозолью участки *m. transversi thoracis* и *fasciae endothoracicae*. При этом следует, не повреждая, отодвигать с обеих сторон плевральную переходную складку, поскольку вообще удастся различить отдельные ткани, захваченные в мозоль. Освобождение и экстирпация мозолистого панциря начинаются с левого сердца; при этом распознавание париетального и висцерального листков первоначальной перикардиальной сумки удается с довольно большим трудом. Удаляют мозолистую ткань послойно и освобождают орган от остатков сердечной капсулы на подобие очистки апельсина до тех пор, пока не будет просвечивать нормально окрашенная мускулатура. Наблюдения показывают, что после таких операций рецидива образования рубцовой ткани не происходит. Имеются случаи, где блестящие результаты держатся уже в течение 7—8 лет (Schmieden).

своей деятельности. В настоящее время еще не существует ясности относительно хода болевых путей сердца, и техника подобных операций не представляется еще вполне разработанной. Наиболее распространенной операцией при *angina pectoris*, — операцией, дающей наибольшую уверенность в смысле устранения болей, — является иссечение шейно-грудного отдела *n. sympathici*.

Мысль о возможности хирургического вмешательства на симпатической нервной системе при *angina pectoris* была впервые высказана французским физиологом *François Franck*ом, который установил экспериментально, что чувствительные кардиоаортальные пути проводят при грудной жабе болевые ощущения через ствол симпатического нерва, веточки которого сообщаются с задними корешками шейных нервов. Практически эта мысль была осуществлена в 1916 г. *Jonnesco*, который излечил от болей больного сифилитика с грудной жабой, удалив ему 3 узла симпатического нерва (II и III шейные и I грудной). Данная операция была затем выполнена многими другими хирургами, причем она производится различно — в виде *полной симпатэктомии*, при которой отсекаются все узлы, включая и первый грудной узел, *субтотальной симпатэктомии* — с иссечением верхнего, среднего и нижнего узлов (*gangl. stellatum*) и *частичной симпатэктомии*, при которой только рассекается *n. sympathicus*, или иссекается с одним или двумя узлами. Операция производится большей частью с левой стороны, но рекомендуется и двусторонняя симпатэктомия (*Jonnesco*).

Несколько иной путь для лечения грудной жабы был применен в 1923 г. *Erpinger*ом и *Hofer*ом (по предлож. *Wenckebach'a*). Рассматривая ангинозные приступы, как аортальгию, и *n. depressor* — как исключительно чувствительный нерв аорты, эти авторы стремились прекратить боли путем рассечения этого нерва. Из 10 сл. в 6 они получили блестящий результат и в 2 случаях — улучшение. Следует при этом отметить, что выполнение данной операции не всегда представляется возможным в виду анатомического непостоянства данного нерва.

Кроме иссечения шейных узлов симпатического нерва или перерезки его ствола и иссечения депрессора, при грудной жабе применялись комбинации этих операций (иссечение депрессора и части симпатического нерва или перерезка *n. vertebralis*), далее — рассечение соединительных ветвей (*rami communicantes*), и других от среднего и нижнего узлов симпатического нерва (*Léris* и др.). В настоящее время существует тенденция обезопасить и сделать менее травматичными операции при грудной жабе, избегая удаления нижнего узла (*g. stellatum*) и прибегая к операциям более консервативным, частичным, дающим как будто нехудшие результаты, чем более обширные операции на симпатическом нерве¹⁾.

Относительно результатов оперативного лечения грудной жабы следует сказать, что, по данным *Гессе*, обнимающим, вместе с 4 сл. автора, 62 сл. симпатэктомии при *angina pectoris*, отмечено:

непосредственная смерть	— 9 сл. (14,5%),
поздняя смерть от прогрессир. серд. изм.	— 7 сл. (11,2%),
поздняя смерть от случайн. причин	— 2 сл. (3,2%);
остались в живых	44 больных.

Из этих 44 больных отмечено:

полное прекращение болей — у 31 (70,5%)	} 93,2%,
значит. улучшение — у 10 (22,7%)	
операция улучшения не дала — в 3 сл. (6,8%).	

По статистике *Fontaine'a* на 94 сл. оперативного лечения грудной жабы полное выздоровление наступило в 62,7%, улучшение — в 11,8%, без успеха — 6,4%, смертность — 13,8%. При этом ряд больных не имел повторения приступов в течение многих месяцев (у *Jonnesco* — в течение 7 лет и у *Mayo* — 12). Во многих случаях отмечалось не только полное исчезновение болей, но и сокращение размеров аорты и отчасти сердца.

Наряду с оперативным вмешательством при *angina pectoris* следует упомянуть о попытках прерывания болевых путей при грудной жабе при помощи *пара-verteбральных инъекций новокаина* (*Laewen, Karpis*). *Mandl* применил подобные инъекции в 16 сл., из которых в 3 случаях получились довольно продол-

¹⁾ Следует при этом упомянуть об интересных типах операций при *angina pectoris*, разработанных *Danielopolu* (см. *Presse medic.*, 1926, № 73, стр. 1153).

жительные результаты (6 м., 11 м., 1 г.), а в остальных случаях временное улучшение. Вриси предложил пользоваться при *angina pectoris* *паравертбральными* *алкогольными инъекциями*¹⁾.

Наконец, в настоящее время мы должны также говорить уже о *хирургии пороков сердца*. Данный вопрос давно уже интересовал хирургов с экспериментальной точки зрения, и ему посвящен целый ряд работ (Haecker'a, Casrel'a, Schepelmann'a, Jeger'a, Bernheim'a, Pieri, Cushing'a, Allen'a, Felix'a и др.).

Экспериментально намечается несколько путей для хирургического лечения сердечных пороков. Главная группа экспериментаторов имеет своей целью устранять пороки клапанов, преимущественно митральный стеноз, путем операций на самом сердце, причем большинство предлагает для этого *рассечение стенозированного отверстия*, стремясь таким образом превратить клинически - тяжелый стеноз митрального отверстия в относительно более легкую недостаточность его. Подобная операция производится главным образом внутрисердечным путем, состоит в рассечении стенозированного отверстия при помощи инструмента, введенного в полость сердца, и носит название *внутренней вальвулотомии* (*valvulotomy interna*²⁾). Для производства этой операции существует два пути: 1) введение особо сконструированного инструмента (*valvulotomy'a*) до сердечных отверстий через большие сосуды (т. наз. *непрямая вальвулотомия*); 2) большинство экспериментаторов применяет *прямую внутреннюю вальвулотомию*, вводя инструмент до сердечных клапанов через стенку сердца, а именно, через стенку желудочка (трансвентрикулярный путь) или через стенку предсердия, именно, левого ушка (трансаурикулярный путь). Последний путь, согласно экспериментальным данным, представляется более безопасным³⁾.

Для оперирования на клапанах сконструированы особые инструменты—хордотомы и *valvulotomy's*. Allen и Graham предложили для той же цели особый инструмент, вроде операционного цистоскопа, заключающий в себе осветительный аппарат и выдающийся ножичек; инструмент вводится через стенку сердца, всего лучше через левое сердечное ушко, в полость сердца, и при помощи выдвигающегося ножичка, под контролем зрения, производится рассечение стенозированного отверстия.

В отличие от указанных приемов, где для лечения стеноза клапанов пользуются рассечением места сужения, другие экспериментаторы пытались для лечения сердечных стенозов создать обходный путь для свободного оттока крови из отдела сердца, лежащего выше стеноза, в нижележащий сердечно-сосудистый отрезок. Для осуществления этой мысли предлагалось соединение указанных отде-

¹⁾ Автор ссылается на работу Светлова и Шварца, помещенную в одном американском журнале (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1926, 29 Мая) и сообщаящую как будто о благоприятных результатах паравертбральных алкогольных инъекций при *ang. pectoris*. Светлов и Шварц применяли при грудной жабе и других сердечных болях паравертбральную инъекцию в области дорзальных сегментов (I-IX), вводя 3—5 к. сант. 85° алкоголя (60° алкоголь, примененный в 1 сл., оказалась менее действительным). Среди 5 больных, где подобные инъекции были применены, было трое—с *angina pectoris*, один—с аортальной при врожденном *lues'e* и один—с декомпенсацией при пороке митральных клапанов. После применения паравертбральных алкогольных инъекций боли у всех больных на продолжительное время исчезли. В другой работе (реф. в *Zentr.-Org. f. d. ges. Chir.*, 1926, S. 194) Светлов сообщает, что после применения паравертбральных алкогольных инъекций при кардиальных болях у 8 больных наблюдалось прекращение болей до нескольких месяцев, причем никакого побочного вредного действия не наблюдалось.

²⁾ Под *valvulotomy externa* понимается рассечение стенозированного отверстия снаружи (так, при стенозе *art. pulmonalis* расширение *conus pulmonalis* может быть достигнуто при помощи особым образом произведенного разреза стенки артерии,—Casrel и Tuffier).

³⁾ По экспериментальным данным, при трансвентрикулярном пути Cushing и Braun получили во время операции 8 смертей на 25 сл. (32%), Cutler, Lériché и Beck—6 смертей на 24 сл. (25%), Allen—12 смертей на 23 сл. (52%). Напротив, трансаурикулярный путь дал Allen'у при экспериментах только 2 смерти на 186 случаев, что говорит в пользу этого последнего пути, как более безопасного.

лов посредством свободно пересеженных отрезков сосудов (Schepelmann, Ieger¹⁾).

Недавно Я ро ц к и й предложил, при наличии митрального стеноза, накладывать отверстие в перегородке между предсердиями при помощи особого инструмента, вводимого через яремную и верхнюю полую вену в полость правого предсердия. Исходным пунктом его предложения является тот факт, что те случаи сужения двухстворчатого клапана, где имеется еще сообщение между предсердиями, представляют в высокой степени благоприятное клиническое течение. Д м и т р и е в, по предложению Я ро ц к о г о, произвел эксперименты в данном направлении и демонстрировал в Московском Хирургическом Обществе кролика, хорошо перенесшего указанную операцию. При своих экспериментах автор накладывал отверстие в перегородке, проводя инструмент через левое сердечное ушко.

Весьма интересной является, далее, мысль о возможности лечения некоторых пороков сердца посредством операций на *скелосердечной сумке*. Felix изучал экспериментально вопрос о влиянии операций на перикарде (вскрытие, сужение, иссечение сердечной сумки) на искусственно вызванные пороки сердца и пришел к предположению, что при некомпенсированной митральной недостаточности у людей могло бы оказать пользу прежде всего сужение сердечной сумки, а при аортальной недостаточности — расширение перикарда путем вскрытия его.

Некоторые попытки оперативного вмешательства на сердечных клапанах предприняты и на людях, главным образом при митральном стенозе. При рассмотрении одного секционного препарата Lauder Brunton, в 1902 г. первый сделал предложение — клинически — тяжелые стенозы атрио-вентрикулярных клапанов превращать в относительно легкую недостаточность их. При аутопсии одной молодой девушки, у которой митральное отверстие было стенозировано, Brunton вынес впечатление, что рассечение сужения могло бы устранить в данном случае препятствие для нормальной циркуляции крови. Он произвел соответствующие опыты на трунах. Tuffier, в 1912 г., сделал попытку растянуть стенозированный аортальный кольцо у одного молодого человека, введя палец в суженное отверстие через вдавленную (инвагинированную) стенку аорты. После очень короткого улучшения стеноз продолжал в этом случае прогрессировать, и больной умер через 9 лет после операции. Доуэн произвел попытку рассечения стенозированного митрального кольца, окончившуюся летально вследствие ранения перегородки между желудочками. Sauerbruch, в 1914 г., решился произвести попытку расширения стеноза клапанов аорты на одном больном, но попытка эта не получила осуществления за смертью больного. Предпринятый на труне того же больного разрез стенозированного кольца показал полную техническую возможность выполнения намеченного вмешательства. В 1924 г. Cutler (вместе с Levine'ом и Beck'ом) сообщил о 4 сл. рассечения стенозированного отверстия при митральном стенозе, каковое рассечение было выполнено трансвентрикулярным путем, причем в одном случае получилось выздоровление, прослеженное течение 11 мес. после операции; в остальных случаях больные погибли²⁾. Далее, попытка операции при митраль-

¹⁾ Так, Schepelmann разработал экспериментально способ для лечения стеноза трехстворчатого клапана и связанного с ним застоя в правом предсердии и больших венах. Для этой цели Schepelmann предложил соединять, при помощи куска трансплантированного сосуда, оба предсердия (ушка) и производить сообщение между обоими желудками, накладывая отверстие в их перегородке. Ieger в своих экспериментах, при искусственно вызванном стенозе аорты, соединял посредством имплантированного куска вены левый желудочек с а. аорты (с целью направить ток крови из левого сердца в аорту обходным путем). Аналогичным образом Ieger пытался, для устранения последствий митрального стеноза, соединять при помощи куска вены легочную вену с левым желудочком. Упомянем также при этом о весьма интересных экспериментах Lebsche (D. Zeit. f. Chir., 1925, Bd. 190, H. 3—6) с временным отведением крови из левого желудочка в aorta descendens, благодаря чему на 6—8 мин. удавалось прекращать (с сохранением жизни у животных) ток крови в aorta ascendens, с целью предполагаемой возможности оперативного вмешательства на этом участке аорты в течение данного промежутка времени.

²⁾ Senéque (Presse méd., 1926, № 38) приводит 5 случаев, оперированных Cutler'ом, причем 5-й случай окончился также летально.

ном стенозе при помощи кардиоскопа, введенного через левое сердечное ушко, была сделана Allen'ом (случай окончился летально). Souttar также произвел операцию по поводу митрального стеноза у одной 15-летней девочки, страдавшей прогрессирующей декомпенсацией сердца; через небольшой разрез, сделанный в левом сердечном ушке, был введен палец в левое предсердие и, затем, в митральное отверстие, которое и расширено тупым путем; случай закончился выздоровлением, и через 3 мес. после операции больная чувствовала себя очень хорошо. На 50 Съезде Немецких Хирургов в 1926 г. Pribram сообщил случай рассечения митрального стеноза трансвентрикулярным путем при помощи кардио-ваккулома; в ближайшие дни после операции состояние больной в этом случае было удовлетворительное, но на 6-й день она погибла при повышении температуры до 40° (при аутопсии был найден свежий рецидивирующий эндокардит с поражением клапанов аорты, которые также были стенозированы¹⁾).

Я не буду более утруждать Вашего внимания. Я далек, конечно, от мысли представить Вам полный очерк современных успехов хирургии сердца. Грубыми штрихами набросал я только некоторые, наиболее крупные черты этой страницы современной хирургии. И, конечно, хирургия сердца в настоящее время находится только в начале своего развития, лишь в некоторых направлениях намечаются успехи ее практического применения. Но не надо забывать, что еще относительно недавно один из основателей современной хирургии, великий Billroth, писал следующие слова: «Парацентез гидронической перикардиальной сумки представляет собой операцию, на мой взгляд близко стоящую к тем вмешательствам, которые некоторыми хирургами называются протитущей хирургического искусства, а другими—хирургическим легкомыслием». С тех пор, как сказаны эти слова, прошло только несколько десятков лет, и что же мы видим? Мы видим, что прокол сердечной сумки является в настоящее время неотложной операцией, которую мы обязаны делать у соответствующих больных. Мы видим, что стал возможным не только парацентез перикарда, но в круг хирургического обихода вошли шов сердца, извлечение из него инородных тел, ободряющие результаты дают некоторые приемы оживления сердца, особенно в виде интракардиальных адреналиновых инъекций, новые перспективы намечаются в лечении хирургического адгезивного перикардита, грудной жабы и, как будто-бы, даже пороков сердца.... Мы имеем полное основание надеяться, что с течением времени на деле оправдается возможность осуществления в более или менее широких размерах тех проблем, которые намечаются сейчас в хирургии сердца.

В настоящее время, как, вероятно, Вам известно, раздаются некоторые голоса, в которых звучит нота разочарования современной хирургией. Указывается на то, что успехи последней преувеличены, что хирургия во многих отношениях непомощна, что в современной хирургической науке нет крупных идей, что современная хирургия идет по ложному пути, окруженному заблуждениями... „И вот, стоит она“, — говорит один наш маститый хирург, — „связанная по рукам и ногам, на старых основах, обремененная ложными путями и упрямством идущих по ним, темпераментом и легкомыслием, бурно-кипучей деятельностью ее молодых адентов, неумением, может быть, зрелого поколения ввести в русло этот бурный молодой поток и сотнями тысяч пудов печатной бумаги. Да, стоит она, как русский древний витязь, в раздумье на перекресте дорог и оглядывается на свое блестящее прошлое... Скоро-ли выйдет она на новый, истинный и славный путь?“ (С. П. Федоров).

Да, это так. Да, приведенные слова полны во многом глубокой правды. В современной хирургии много заблуждений, много ложного и нездорового, чему есть свои объяснения и с чем надо бороться. Да, современная хирургия непомощна-

¹⁾ Мы не останавливаемся здесь на случаях оперативного вмешательства на сердце, представляющих второстепенный интерес, или только отдельные попытки (пункция сердца при воздушной эмболии и застое в сердце—Brecht, Marzell Gang; оперативное вмешательство при пороке развития сердца—Wieting; удаление опухолей, давящих на сердце.—Tuffier, Sauerbsuch; оперативное расширение грудной клетки при деформациях ее, вызывающих растройство сердечной деятельности,—Sauerbruch). Упомянем, наконец, об операции Trendelenburg'a при эмболии art. pulmonalis (обнажение art. pulmonalis, вскрытие ее и извлечение эмбола, шов сосуда). Операция эта неоднократно была произведена на людях, причем удавалось на несколько часов и дней сохранить жизнь подобных больных. Kirschner, в 1924 г. на Съезде Немецких Хирургов представил первый вполне удачный случай подобной операции с продолжительным хорошим результатом.

ственна. Мы кое-что знаем, но еще больше мы не знаем. Мы кое-что можем, но еще больше мы не можем. Но нельзя при этом не сказать, что период современной хирургии едва насчитывает лишь несколько десятков лет своего существования, представляющих ничтожный по времени момент в истории человеческой науки, и, несмотря на то, этот краткий период ознаменовался столь блестящими успехами, что современному хирургу представляется как-бы невозможным дальнейший прогресс хирургии.

„Наши хирургические общества“, говорит тот же маститый автор, „тоже завалены работой: доклады и демонстрации без конца. Что демонстрируют? Высушенные и раздутые, как колбасы, кишки, опухоли, вырезанные из разных частей тела, людей, двигающих своими конечностями после резекций суставов, или, как говорит *Leriche*, каждую неделю преподносят гастректомии, колэктомии, остеосинтезы и т. д.“. Да, скажем мы, и это так, и это верно. Когда *Dupuytren* вскрыл абсцесс мозга, то это поразило всех окружающих, а в настоящее время повсеместно производятся несравненно более сложные операции на мозге, не вызывающие ни у кого удивления. Да и чем в настоящее время нас можно удивить? Одни вырезают тонкие кишки, а другие—толстые. Одни вырезают желудок, а другие прихватывают при этом еще хороший кусок печени, поджелудочной железы и толстой кишки. Вырезают почку, селезенку, мочевой пузырь, удаляют части легкого, участки мозга... Нас сейчас уже ничем не удивить. Мы слишком привыкли ко всему этому, нам кажется это настолько обычным, наши нервы притуплены и уже не реагируют более. Для современной хирургии как будто уже нет более чудес.

Но так-ли это и правильно-ли такое наше отношение к современной хирургической науке? Разве бесследно уже потерялось в глубине веков то время, когда знаменитый французский хирург *Velpeau* говорил, что „устранение боли при операции есть химера, хирургический нож и боль—два понятия неразделимые“? Разве из памяти хирургов уже навсегда исчезли изображения операций без наркоза на больных, крепко связанных по рукам и ногам, с искаженным от ужаса лицом, с выкатившимися от боли глазами?! С тех пор не прошло и ста лет. Однако сейчас мы производим наши операции без боли и имеем многочисленные разнообразные методы анестезии, все более и более совершенствующиеся. Ведь это чудо! Разве так далеко уже то время, когда хирургические госпитали и клиники представляли нечто вроде Дантова ада, на вратах которого начертаны слова: „оставь надежду всяк, сюда идущий“, когда оперированные и раненные—часто молодые, сильные, здоровые люди—гибли тысячами от самых легких ранений и операций вследствие присоединения раневой заразы?! Разве далеко то время, совсем уже недавнее, когда о полостной хирургии смешно было и мечтать, и хотя-бы та же брюшная полость являлась неприкосновенной областью, куда не решались заглядывать хирурги?! А что же видим мы сейчас? Конечно, *Pasteur*, *Lister*, *Пирогов*, *Billroth* родятся столетиями, и великие идеи, реформирующие науку, возникают слишком редко в истории человечества. Но, если-бы те же основатели современной хирургии. *Пирогов* и *Billroth*, могли восстать из гроба и посетить любое современное хирургическое учреждение, то конечно они увидели-бы такие достижения, о которых им не приходилось и мечтать, которые и не снились им в свое время. А ведь время это еще так недалеко,—еще только несколько десятков лет отделяет нас от этих великих людей.

На наш взгляд современное состояние хирургической науки следует оценивать с точки зрения исторической перспективы. А с этой точки зрения несомненно, что все то, чем мы владеем в настоящее время, представляет громадную ценность. Несомненно и то, что, если сейчас в хирургической науке не возникает крупных идей, то все же каждый год вносит в нашу науку нечто новое, каждый год приносит крупный новый опыт, создавая фундамент для того времени, когда новые гении откроют перед нашей наукой «новый, истинный и славный путь». Да, мы заблуждаемся, да, мы делаем ошибки, мы еще слишком мало знаем, и многое еще не в наших силах. Но и то, чем владеет современная хирургия, в настоящее время, в оценке широкой исторической перспективы, представляет много поистине сказочного и чудесного. Разве не чудо, эти тысячи больных, идущие помощи на операционном столе, подвергающиеся без боли операциям и получающие во многих случаях спасение жизни и облегчение своих страданий?! Не чудо-ли видеть, на самом деле, больных с удаленной почкой, селезенкой, желудком?! Кто поверил-бы еще недавно, что можно из кишечной петли создать новый пищевод, влагалище или мочевой пузырь? Кому показалась-бы вероятной мысль резецировать и сплечь аорту, иссечь кусок сосуда и заменить его другим, наконец пытаться

пересаживать различные ткани, кости, целые суставы и даже органы, как, напр., щитовидную железу? Навстречу болезням, на помощь страданиям людским неудержимо быстро идет наша наука, и, может быть, не так далеко то время, когда поднимется завеса, скрывающая от нас недостижимое будущее хирургии в деле устранения человеческих болезней.

Будем же работать во имя этого светлого будущего. Будем работать во имя науки, скромный праздник которой мы справляем сегодня в годовичном заседании нашего Общества Врачей. Казанское Общество Врачей долгие годы служило одним из рассадников науки в нашем крае. Казанское Общество Врачей долгие годы вело свою работу под тем знаменем, на котором начертаны великие, вечные слова: *наука и знание*. И под этим знаменем, знаменем науки, как сияющим солнцем, собрались и мы здесь толпой. И под лучами этого солнца, солнца науки, невольно стихают и бледнеют наши мелочные заботы, мелочные стремления, мелочные страсти будничной жизни. Под лучами этого солнца бледнеет и кажется ничтожной и сама наша жизнь, столь краткая, столь преходящая, жизнь, которая для каждого из нас „как трава полевая отцветет“. Но не отцветут и не побледнеют великие слова, начертанные на этом знамени. Огненными буквами будут вечно гореть они, и, как под лучами восходящего солнца исчезает мгла ночи, так под лучами науки и знания, проливающими в умы и сердца людей, исчезнут тьма невсества и мрак жизни. Живи же и процветай, родная наука, живи и процветай на благо людям! Ты—наша гордость, ты—наша радость, наше солнце. Мы же, скромные труженики науки, будем собирать крупинцы своего ничтожного опыта в твою сокровищницу знаний, из недр которой,—мы верим, твердо верим,—возникнет вечный и прекрасный храм науки, несущий грядущему человечеству радость и счастье.

Лечение кожных болезней внутривенными инъекциями растворов CaCl_2 и NaBr .

Ординатора Дерматологической клиники Казанского Университета

А. М. Окулова.

Терапия кожных болезней внутривенными инъекциями различных лекарственных веществ не нова и имеет свою историю.

В свое время Mayer и Linser достигли большого успеха в одном тяжелом случае дерматоза во время беременности (impetigo herpetiformis) путем внутривенных вливаниях кровяной сыворотки здоровой беременной женщины. Вскоре после того Linser'у удалось достигнуть такого же успеха в некоторых аналогичных случаях, не поддававшихся никаким другим терапевтическим мероприятиям. Этот автор получал хорошие результаты при внутривенном введении 10—22 куб. сант. нормальной человеческой сыворотки при impetigo herpetiformis, urticaria, prurigo и экземах у детей и взрослых. Инъекции производились им ежедневно в течение 3—5 дней, после чего автор выжидал действия их; в случае нужды инъекции повторялись. Таких инъекций Linser проделывал до 60 подряд. Сыворотка беременных применялась им лишь у беременных же. Он нашел, что существует значительная разница между сывороткой мужчины и женщины, и поэтому вводил женщинам только женскую сыворотку (свежую).

Neuk подтвердил наблюдения Linser'a. R. Freund достигал такого же успеха путем внутривенного введения лошадиной сыворотки. Breuk применял при тех же заболеваниях, что и предыдущие авторы, кровопускание с последующим введением в вену физиологического раствора NaCl : выпускалось 250 куб. сант. крови и вводилось внутривенно 1000,0—1500,0 0,85% раствора NaCl , нагретого до 40°С. Rissmann и Eichmann применяли раствор Ringier'a. В последнее время Павлов с успехом применял вливания физиологического раствора, но без предшествующего кровопускания и в значительно меньших дозах (50—100 куб. сант.) при тех же заболеваниях. Недавно также Лебедев предложил внутривенные инъекции раствора NaBr (10%), и целый ряд авторов подтвердил благо-

творное влияние подобного рода терапии. Wright впервые применил внутривенно CaCl_2 при кожных заболеваниях, и в настоящее время уже многие прибегают к этому средству, причем остаются им вполне довольны. Недавно предложен также для терапии сальварсанных дерматитов и других дерматозов раствор Na tyosulfati (Cheinisse).

Итак в настоящее время мы имеем целый ряд средств, предложенных для терапии кожных болезней в форме внутривенных вливаний,—средств, обладающих некоторым средством и вместе с тем различающихся друг от друга. Дерматолог-практик будет находиться в затруднении при выборе того или иного из этих средств, тем более, что в большинстве случаев он получит одинаковый эффект от любого из них; но вместе с тем будут встречаться случаи, где ему придется нащупывать, какое же лекарственное вещество даст в конце концов наиболее удовлетворительный результат. В виду этого постараемся пролить свет на механизм действия перечисленных выше лекарственных веществ на основании имеющейся у нас литературы.

Выяснилось, что будем-ли мы вводить внутривенно кровяную сыроворотку человека или лошади, или физиологический раствор, или концентрированные растворы солей,—эффект получится одинаковый. Следовательно, мы должны обратить внимание прежде всего на самый процесс внутривенного введения жидкости. Что же оказывается? Оказывается, что сами по себе внутривенные инъекции (Pauzlik), независимо от вводимого вещества, вызывают целый ряд анатомических и физиологических изменений,—эмболии и тромбозы небольших легочных сосудов, периферическую и бронхальную отечность, изменение кровяного давления, t° , скорости оседания эритроцитов, свертываемости и коагулирующей способности крови, вообще явления, напоминающие таковые же при анафилактическом шоке. Инъекции эти сами по себе вызывают, далее, изменения в составе крови. Handowsky при внутривенных вливаниях воды наблюдал изменения кровяного давления и чувствительности и последующему введению адреналина, причем изменения эти были различны в зависимости от скорости инъекции воды.

При введении в кровь гипертонических растворов в организме получается целый ряд изменений осмотического характера, которые можно разбить на 3 фазы: (Якушевич): сначала, тотчас после выпрыскивания, значительно повышается молекулярная концентрация кровяной плазмы, после чего образуется гидремическая плетора, и в кровь из всех тканей устремляется вода; одновременно капилляры расширяются, а раздражимость нервной и мышечной ткани уменьшается; во второй фазе кровеносные сосуды закупаются, избыток жидкости передается в лимфатическую систему, происходит диффузное движение солей из крови через стенки капилляров; наконец, в третьей фазе осмотическое давление еще повышено, в окончательном же выравнивании его принимают участие почки, кишечник, а также и кожа. Продолжительность фаз зависит от концентрации раствора и его количества. Действие гипертонического раствора на сердечно-сосудистую систему сказывается в незначительном повышении артериального и в более значительном повышении капиллярного давления, в увеличении тока крови и лимфообразования, в ускорении пульса и увеличении систолы.

Все описанные изменения, конечно, не могут пройти без влияния на воспалительные процессы в коже. Кроме того такие явления, как развитие гидремической плеторы, расширение капилляров, диффузное движение солей, увеличение систолы, ускорение пульса, повышение кровяного давления и пр., протекают при непосредственном участии вегетативной нервной системы, а всякое изменение со стороны последней оказывает влияние и на функции кожных покровов и их придатков. Растройства в сфере сосудодвигательной иннервации могут вызывать ангионеврные заболевания кожи, растройства деятельности потовых центров обуславливают функциональные заболевания потовых желез, при нарушении трофических влияний со стороны нервной системы происходит ряд дегенеративных процессов в тканях кожи. Клиника заболеваний подкорковых узлов богата различными проявлениями раздражения или паралича вегетативных центров, результатами которых являются anhidrosis, hyperhidrosis, различные растройства в сфере вазомоторов, обильное выделение кожного сала и т. д. Существуют, повидимому, специальные вегетативные центры, регулирующие трофику кожи и подкожного жирового слоя, за что говорят такие заболевания, как atrophia faciei и dystrophia adiposo-genitalis.

Д-р Яснитский, обследуя состояние вегетативной нервной системы у кожных больных (53 человека), нашел его нарушенным в 84%. Проф. Маслов, Tschau и др. подметили, что у детей, страдающих экссудативным диатезом:

(ваготоников — Peritz и Скворцов), кожа весьма чувствительна ко всяким внешним раздражениям. Исследуя у них реакцию кожи на раздражающие вещества, эти авторы нашли аномальную (более резко выраженную) реакцию у 85% детей, страдающих экземой, и только у 40% детей с здоровой кожей, тогда как у взрослых аномальная реакция встречается всего в 4,99% (Zaeger и Bloch). Эта повышенная чувствительность кожи у детей стоит в тесной связи с частотой у них экссудативного диатеза.

Выяснив влияние методики применения перечисленных выше средств на вегетативную нервную систему и установив тесную зависимость кожных процессов от этой последней, перейдем к анализу влияния самих лекарственных веществ на вегетативную нервную систему. Из таких веществ мы остановимся только на NaCl, CaCl₂ и NaBr.

NaCl применяется в виде т. наз. физиологического раствора (0,85:100,0), CaCl₂ и NaBr — в виде 10% раствора, причем NaBr некоторые растворяют в физиологическом растворе. Раз мы имеем раствор, то, следовательно, мы будем вводить не соли, как таковые, а ионы Na, Cl, Ca и Br, так как молекула соли в воде диссоциируется. Посмотрим, как же действуют эти ионы на организм.

K и Ca — это два полюса, между которыми колеблется жизнь и функция клетки (Тейтес). Ca вызывает дегидратацию, сморщивание и уплотнение клетки, сужение просветов коллоидных мембран (Froisier и Wolf, Петров, Орлянский), увеличивает сопротивляемость (стойкость, иммунитет) всей клетки (Robien, Lund, Levy), усиливает фагоцитоз (Hamburger, Некта, Дмитриев), возбуждает секрецию (Emmerich и Loew), усиливает движение мерцательного эпителия и сперматозоидов (Орлянский). Соли K действуют в противоположном направлении: вызывают задержку воды, набухлость клетки, расширение просветов клеточных мембран, бессистемное и бурное размножение клеток с понижением их стойкости и жизнеспособности (Emmerich и Loew, Петров, Froisier и Wolf). Такими же коллоидо-разжижающими свойствами обладают и ионы Na.

Функция клетки обуславливается изменением концентрации ионов (Zondek), главным образом K и Ca, в ее пограничной зоне. Существует известное равновесие между электролитами внутри- и внеклеточными. Изменение состава по одну сторону от пограничной зоны ведет к соответствующему изменению его по другую сторону, результатом чего является повышение resp. понижение функций клетки, которое длится до тех пор, пока равновесие между внутренними и наружными электролитами не восстановится вновь. Это изменение равновесия между внутренними и наружными электролитами может быть обусловлено либо подъемом электролитов извне, либо изменением коллоидальных свойств пограничной зоны клеток. Как показали опыты Zondek'a, преобладающая для каждой клетки комбинация ионов определяется вегетативной нервной системой и именно в том отношении, что раздражение parasympathicus'a ведет к распределению электролитов на поверхности клеточных мембран в смысле относительного преобладания ионов K, раздражение sympathicus'a — в смысле превалирования ионов Ca.

Ca оказывает, далее, влияние на обмен веществ в организме в смысле его усиления. При употреблении его солей наблюдаются (Emmerich и Loew) значительное улучшение самочувствия и общего состояния, уменьшение потливости и утомляемости при работе, улучшение сна и уменьшение бессонницы, повышение диуреза и увеличение выделения хлоридов, ускорение выделения ядовитых продуктов обмена веществ через почки, повышение гемолитической способности крови и фагоцитарной деятельности бесцветных кровяных телец, увеличение свертываемости крови (Wright и Словоц). Sabbatani и Quest указывают на повышение возбудимости нервной ткани при обеднении организма солями Ca и понижение — при их достаточном введении. Соли Ca повышают тонус sympathicus'a и понижают тонус parasympathicus'a. Они обладают, затем, противоспазматическими свойствами, так как уплотняют стенки сосудов и уменьшают секрецию (Januschke и Chiari). Но роль Ca в терапии патологических процессов объясняется не только фармакологическим действием его, а главным образом тем, что Ca восстанавливает нарушенное электролитное равновесие в воспаленной ткани.

У лиц, работавших с CaCl₂ при кожных заболеваниях, встал вопрос: можно ли объяснить понижение воспалительных явлений в коже и слизистых при применении CaCl₂ действием действия одних ионов Ca, и не принимают ли в этом участие также и ионы Cl, а, следовательно, нельзя ли CaCl₂ заменить кислотой? Lier и Porges сообщают о ряде случаев хронических дерматозов (крапивница, lichen simplex chronicus faciei), где простым назначением разведенной HCl было

достигнуто стойкое излечение (нужно при этом отметить, что у всех пациентов имела ацидитас). Woland и Schön описывают случай, где у одного пациента каждый раз после впрыскивания морфия появлялись невыносимый зуд и крапивница, каковую реакцию кожи можно было останавливать в одинаковой степени как применением CaCl_2 , так и применением хлористого аммония.

Fuerst экспериментально доказал, что искусственно вызванное воспаление кожи может быть уменьшено как введением CaCl_2 , так и введением HCl . Опыты его были поставлены следующим образом: опиливалась шерсть с левой стороны спины кролика, и на это место накладывались кусочки фильтровальной бумаги, смоченные в горчичном масле (марки №№ 1, 2 и 3); по истечении 2 (№ 1), 6 (№ 2) и 18 минут (№ 3) марки снимались, и определялась степень воспаления; затем, по истечении 14 часов, впрыскивался 5% раствор CaCl_2 через каждые $\frac{1}{2}$ ч. в количестве 1.0, 2.0, 2.5 и 3.0, и после этого клались такие же 3 марки на свежесопиленную правую сторону спины кролика и снимались также через 2, 6 и 18 минут; марка № 3 правой стороны дала воспалительный очаг по размерам и степени покраснения равный марке № 1 левой стороны; на следующий день на левой стороне образовались струпа, на правой же воспалительные явления исчезли. Подобные же опыты производились и с применением HCl , причем кислота вводилась *per os* в количестве 0,6—0,7 на кило веса кролика. Результаты получились еще более эффективные. Чтобы иметь представление, в какой мере введение HCl влияет на кислотно-щелочное равновесие крови, производились исследования крови по методу van Slyka на содержание связанной CO_2 . Во всех случаях количество CO_2 в крови после введения HCl уменьшалось.

Мы знаем, что ацидоз крови указывает на повышение тонуса симпатической нервной системы, а алкалоз — на повышение тонуса парасимпатической системы. Следовательно, и в случае применения HCl мы имеем дело с избирательным влиянием на вегетативную нервную систему.

Теперь зададимся вопросом: чего мы можем ожидать от применения CaCl_2 и NaBr у постели больного, какое действие окажет на воспалительный очаг в коже внутривенное введение раствора этих солей? Механизм излечения воспалительных реакций представляется довольно сложным и складывается из следующих процессов: 1) процессов удаления и обезвреживания первичных и вторичных раздражающих веществ, 2) процессов, повышающих сопротивляемость тканей к раздражениям, и 3) процессов анатомической репарации поврежденной ткани.

На процессы, упомянутые в первых двух пунктах, внутривенные инъекции CaCl_2 и NaBr окажут, несомненно, самое благотворное воздействие, но процессы 3-го пункта будут протекать при участии лишь *vis medicatrix naturae*; поэтому, как мы указывали в своей работе, посвященной данному вопросу, и как указывает Mankowski, глубокие патолого-анатомические изменения воспалительного характера в коже требуют местной терапии, и она в таких случаях дает лучший эффект.

Mankowski указывает, что эффект лечения более отчетлив у лиц с функциональными нарушениями в деятельности нервной системы, и мы с ним вполне согласны. Мы рекомендуем применять терапию CaCl_2 в тех случаях, когда явления со стороны нарушения функции вегетативной нервной системы скрываются повышением — относительным или абсолютным — парасимпатической нервной системы; в тех же случаях, когда эти расстройства носят характер повышения тонуса или обеих слагаемых вегетативной нервной системы, рациональнее будет применять NaBr .

Вообще же нужно отметить, что CaCl_2 и NaBr — это только хорошие симптоматические средства, и в каждом отдельном случае для назначения рациональной терапии мы все-таки должны искать этиологического момента заболевания. Приведу яркий пример; ко мне обратилась пациентка с *urticaria*, продолжавшейся около года; больная лечилась безрезультатно в течение 2 месяцев у невропатолога; вначале мною был применен CaCl_2 , но безрезультатно, затем NaBr , — получилось резкое ухудшение, наконец — атропин, но тоже без результата. Тогда я послал больную снова к невропатологу, прося последнего исследовать кровь на малярию, хотя никаких данных заподозрить ее не имелось, и в анамнезе не было никаких указаний. При исследовании крови были найдены паразиты *malaria tertiana* (д-р Дрягин), и специфическая терапия дала излечение. Кроме того мне приходилось наблюдать рецидивы болезни после применения как CaCl_2 , так и NaBr в случаях, где в свое время от такой терапии был получен весьма хороший эффект.

Рефераты.

а) Общая патология.

151. *К учению о status thymico-lymphaticus.* На основании клинического и патолого-анатомического изучения 6 случаев данной аномалии проф. М. М. Невдомский (Вестн. Эндокр., 1927, № 1) приходит к заключению, что status thymico-lymphaticus является, бесспорно, патологическим состоянием, врожденной или приобретенной аномалией, причем надо различать первичный st. thymico-lymphaticus от вторичного, обусловленного изменениями в других эндокринных железах. Между тем, как клиническая картина смерти от этой аномалии («Thymustod») благодаря типичным симптомам общей гипертонии,—подавлению центров сознания и рефлекторной деятельности наряду с раздражением двигательных центров без местных явлений воспаления,—позволяет легко диагностировать причину этой смерти, в стадии компенсации прижителенный диагноз status thymico-lymphaticus очень труден. Лишь при инфекционных заболеваниях отсутствие сопротивляемости организма инфекции, наличие лимфоцитоза и эозинофилии при высокой t^o и низком кровяном давлении, а также наличие гиперплазии заязычных фолликулов,—позволяют заподозрить данную аномалию. По мнению автора, необходимо перед операцией исследовать каждого больного с указанных сторон, дабы предупредить случаи т. наз. „внезапной смерти“ от наркоза. *В. С.*

152. *О гигантизме.* Шерешевский (Endocrinology. vol. X, № 1) имел случай наблюдать больного 22 лет с проявлением гигантизма с первых месяцев жизни. Разбирая вопрос об отношении гигантизма к акромегалии, автор останавливается на теории, что гигантизм развивается вследствие гиперплазии клеточных элементов передней доли гипофиза, акромегалия же—при аденоме эозинофильных ее элементов. В своем случае автор применил рентгенотерапию. *Разлин.*

153. *Тканевая эозинофилия при опухолях.* По наблюдениям проф. В. В. Алякритского (Рус. Кл., № 31, 1926) тканевая эозинофилия чаще и сильнее наблюдается при раках, реже при саркомах, при доброкачественных же опухолях она обычно отсутствует. Разница эта отчасти связана с частотой воспаления и склонностью опухолей к аутолизу. Вообще эозинофилия в тканях зависит от количества распавшихся тканей. степени всасывания распада и химических свойств его. Из различных форм рака особенно эозинофильны ороговевающие раки и аденокарциномы; имеет здесь значение также местоположение опухоли,—наиболее эозинофильны раки кожи и слизистых оболочек, наименее—раки грудной железы. *Р.*

154. *Влияние химического состава поваренной соли на гемолиз.* Гинзбург и Калинин (Вр. Дело, 1926, № 17—18) для выяснения влияния химического состава соли на гемолиз поставили ряд опытов с титрованием гемолитических сывороток и комплементов, а также проверили ряд физиологических растворов NaCl, употребляющихся в лабораториях Москвы, причем оказалось, что в препаратах даже химически чистого NaCl всегда содержится соли Ca, K и Mg. причем содержание их выше известного предела (CaSO_4 —0,002%, CaCl_2 и KCl —0,01%) оказывает задерживающее влияние на гемолиз; напротив, соли Mg не оказывают такого действия даже при содержании в 0,01%. *А. Целищева.*

б) Общая терапия.

155. *Эпинефректомия при запущенных раках.* М. С. Лисицын (Вест. Хир. и Погр. Обл., кн. 24) наблюдал 4 случая запущенного рака (брюшины, языка, parotis), где было применено удаление надпочечников. Ни в одном из этих случаев эпинефректомия результата не дала. *Р.*

156. *Лечение рака свинцом.* Blair Bell, в Ливерпуле, лечит рак внутренними впрыскиваниями растворов солей свинца. Из 227 леченных этим способом случаев рака в 41 получилось клиническое выздоровление (Deut. med. Woch., 1926, № 50).

157. *Изменения крови при серотерапии.* Feilchenfeld и Lehfeldt (Deut. med. W., 1926, № 50), изучая состояние крови в 4 случаях стрептококкового сепсиса, леченного с успехом антистрептококковой сывороткой, нашли здесь следующие изменения: 1) в разгаре заболеваний эозинофилы в крови оказались совершенно отсутствующими, с улучшением же состояния больных под влиянием

серотерапии наблюдалось быстрое повышение их числа; 2) улучшение это сопровождалось, далее, повышением относительного числа лимфоцитов и уменьшением сдвига влево. Таким образом определение картины крови при сепсисе имеет важное прогностическое значение. *Р.*

158. *О переливании крови животным людям.* По Cruchet (Brit. med. Journ., № 3438) клинические и экспериментальные исследования последних 5 лет показали, что переливание гетерогенной крови может проходить совершенно безопасно. Для этого надо только строго соблюдать правила относительно быстроты вливания: в первую минуту надо переливать лишь $\frac{1}{2}$ куб. сант., во вторую 1—2, в третью 4 куб. сант.; затем в первую половину вливания скорость эта остается на одинаковой высоте, после чего постепенно может быть повышена. Вопреки общераспространенному мнению вливание гетерогенной крови вовсе не безусловно ведет к агглютинации; так, смесь лошадиной и человеческой крови может быть переливаема без этой последней. Независимым от агглютинации является гемолиз, который почти всегда наблюдается при переливании крови животных людям, хотя, при надлежащей регулировке скорости вливания, и не достигает опасных размеров. Из различных видов животной крови для переливания людям следует предпочитать бараньей крови лошадиную, которая лучше всего разбавляется половиной физиологическим раствором, и к которой добавляется адреналин (1:0:1000,0). Животное, от которого взята кровь, должно быть вполне здорово и за последние 1—2 часа до переливания освобождено от тяжелых работ. Переливание крови, с примесью цитрата, производится тотчас после взятия ее из вены. *Р.*

159. *Лечение оксирения.* Наряду с соответствующей диетой и ограничением питья,—ежедневно больным разрешается вводить не более 1000 куб. сант. жидкости, учтя при этом высокое содержание воды в овощах, картофеле и пр.,—Struve (Deut. med. W., 1927, № 5) рекомендует для этой цели применять инкретан—препарат, содержащий вытяжки из щитовидной железы и передней доли гипофиза, а также иод. Лечение начинают с 2—3 таблеток инкретана в день (содержащих от 0,4 до 0,6 mgr. иода) и постепенно повышают приемы до 4—5 таблеток. Злоупотреблять телесными движениями при этом не следует, в виду недостаточности сердца у многих жирных субъектов; лучше поэтому распределять эти движения, небольшими фракциями, на целый день. *Р.*

160. *К вопросу о действии диуретина.* По Grossmann'y (Wiener kl. Woch., 1927, № 9) диуретин, при употреблении per os, является плохим diureticum, так как он действует мочегонно лишь при анацидном желудочном соке, при нормальном же или повышенном содержании соляной кислоты в последнем диуретин часто ведет даже к понижению диуреза. Автор применяет поэтому, в качестве мочегонных, из теоброминового ряда исключительно или чистый теобромин, или теоцин. *Р.*

в) Физиотерапия.

161. *Об оптимальной дозе при ртутно-кварцевом облучении.* Сконструировав специальный прибор для измерения излучения ртутно-кварцевой лампы (фотоквантиметр), Е. Т. Залькиндсон (Фототерапия, 1926, № 3) имел возможность на большом материале установить оптимальные дозы при лечении ультрафиолетовыми лучами тех или иных заболеваний. Выработанные дозы автором делятся на малые (2—3 УФЕ для 1-го сеанса), средние (5—30 УФЕ), большие (30—100 УФЕ) и очень большие (больше 100 УФЕ). Каждое заболевание лечится определенными дозами лучей, причем в предложенной схеме имеется указание на постепенность увеличения и ее максимум. В виду важности значения технических условий работы ламп и изменения их интенсивности при падении или увеличении напряжения в сети, автор предлагает в каждом кварцевом кабинете устанавливать несложный распределительный столик или доску с вольтметром, амперметром, реостатом и рубильником, допускающую регулировку напряжения на клеммах горелки и дающую возможность правильной дозировки. *Л. Н. Клячкин.*

162. *Действие ультра-фиолетовых лучей на содержание Са в крови.* В литературе имеются указания, что при освещении этими лучами содержание Са в крови повышается. Исследования Leichera (Stralenterapie, Bd. XIX, H. 2), произведенные на 60 лицах в возрасте от 4 до 65 лет, свидетельствуют, что это не совсем так: автор наблюдал от действия ультра-фиолетовых лучей повышение

содержание Са лишь в тех случаях, где оно было ранее понижено против нормы; у тех же лиц, где имелось нормальное содержание Са, изменений его после освещения не наблюдалось. Только у лиц последнего рода, по наблюдениям автора, наступает длительное повышение содержания Са и после вырыскивания последнего прямо в кровь.

Д. Н. Матвеев.

163. *К лечению рахита*. П. Ф. Ротштейн (по отч. в Ж. для усовершенствования врачей, 1926, № 5) производила лечение рахита пищей, облученной ртутно-кварцевой лампой. Облучению подвергался весь обед, как-то: супы, каши, мясо, рыба и т. д. Полное излечение достигалось в промежутки времени от 30 дней до 3 месяцев. Кроме того, автором были произведены наблюдения над различными растительными и животными жирами, при наружном их применении в виде активированных компрессов. Все наблюдения привели его к заключению, что ртутно-кварцевое излучение, кроме непосредственного направления на больного, может применяться еще и косвенным путем — через облученные им пищевые продукты внутрь и активированные компрессы наружно. В настоящее время не представляется еще возможным высказаться о преимуществах того или иного метода. Во всяком случае исключительные удобства и широкая доступность применения активированных компрессов заставляют рекомендовать дальнейшее изучение их действия.

Л. Н. Клячкин.

164. *Реакция крови на лиманолечение*. Проф. Е. В. Брусиловский и д-р Туркельтауб (Zeit. f. d. ges. phys. Ther., Bd. 31, H. 2) проследили изменения SR (реакции осаждения) и лейкоцитарной формулы под влиянием лиманотерапии, иногда комбинированной с протениотерапией, у 152 больных с заболеваниями суставов и нервной системы. Выводы их следующие: 1) Систематические исследования крови у больных определенно указывают на изменения, наступающие под влиянием бальнеологических процедур; 2) изменение морфологического состава и биологическое состояние крови могут служить показателем реакции организма на лиманотерапию; 3) SR дает клинику ценные указания как в смысле биологического контроля применяемой терапии, так и диагностические и прогностические указания; 4) имеется определенный параллелизм между фазами бальнеологической реакции и SR; 5) между изменением морфологического состава крови и колебаниями SR под влиянием лиманотерапии имеются определенные корреляционные взаимоотношения.

Я. В. Хорош.

165. *Изменения крови у артритиков под влиянием лиманного лечения*. Проф. Е. М. Брусиловский (Врач. Газ., 1926, № 3) сообщает о влиянии лиманных процедур (грязь, рапа и минеральные ванны) на качественный состав крови и приходит к выводам, что процедуры эти вызывают качественные изменения белых телец крови; картина крови по Schilling'у изменяется в процессе лиманного лечения, обнаруживая к началу «купальной реакции» наличие большого количества юных телец и миелоцитов при относительном уменьшении зрелых нейтрофилов; по окончании же «купальной реакции» обнаруживается лимфоцитоз, достигающий наибольшей цифры к концу лиманного лечения — в то время, как число молодых клеток («юные» и миелоциты) уменьшается. Клинические проявления «купальной реакции» совпадают с этим изменением картины крови.

Л. Н. Клячкин.

166. *Мацеста и ее значение в лечении заболеваний нервной системы*. По В. И. Знаменскому (Курорт. Дело, 1925, № 6) показаны для лечения на Мацесте: 1) заболевания периферической нервной системы, — невралгии, невриты; 2) заболевания центральной нервной системы, связанные с расстройствами сердечно-сосудистой системы, — гемиплегия и гемипарезы на почве тромбоза и эмболии (лечение острых форм упомянутых заболеваний, само собой разумеется, противопоказано); 3) люэтические заболевания, — сосудистый сифилис мозга, lues cerebrospinalis, meningo-myelitis, tabes dorsalis incipiens и люэтические радикулиты (здесь ванны, давая повышение обмена веществ и выделений, делают возможным проводить безнаказанно ртутное лечение); 4) остатки летаргического энцефалита. Так называемые функциональные заболевания, истерия и неврастения, требуют уточнения по своим проявлениям и сущности при отправке на Мацесту; но, несомненно, депрессивные и психастенические формы дают при лечении здесь отрицательный результат. Автор отмечает также факт обострения на Мацесте туберкулезных процессов в легких.

Л. Н. Клячкин.

г) Внутренние болезни.

167. К патогенезу *пептических язв*. Проф. С. С. Зимницкий (Врач. Дело, 1926, № 17—19), основываясь на работах своей клиники и некоторых литературных данных, полагает, что „язва желудка есть следствие и своеобразное выявление ацидоза тканей“. С этим согласуются наличие у 90% язвенных больных ваготонии и успех лечения язв желудка диетой, щелочами, висмутом, атропином, инсулином, наконец, рентгеном.

Котельникова-Бандина.

168. Новая красочная проба для обнаружения скрытой крови в кале. K. Usami (Wien. k. Woch., 1926, № 27) предлагает для этого следующий способ: берется на глаз 5.0 испытуемого кала, тщательно растирается в фарфоровой ступке с избытком ацетона и фильтруется, и оставшийся на фильтре кал промывается ацетоном, пока не будет стекать почти обесцвеченная жидкость; после того, как ацетон будет по возможности весь отжат пестиком, кал снимается с фильтра в другую фарфоровую ступку, растирается с 20 куб. с. смеси алкоголя с ледяной уксусной кислотой (на 1 куб. с. кислоты 1 куб. с. абсол. алкоголя), снова фильтруется, и 1 куб. с. фильтрата вливают в смесь, состоящую из 1 куб. с. *Leukomethyl-violetta* или *Leukofuchsin'a* с 2 каплями 3% перекиси водорода. В случае положительной реакции появляются красочные нюансы от синего и синевато-фиолетового до красно-фиолетового цвета при *Methylviolet'te* и от синего до фиолетово-синего при фуксине. Если через 10 минут никакой окраски не появляется, реакция считается отрицательной.

Р. Зак.

169. *Миграция аскарид*. На основании своих опытов А. А. Ковалевский и В. М. Курлов (Сиб. Арх. Теор. и Кл. Мед., т. II, кн. 1—2) нашли, что 1) заражение личинками *ascaris lumbricoides* может происходить *per os*, через подкожную клетчатку и через неповрежденную кожу; 2) при этом проникшие тем или иным путем в организм созревшие яйца аскарид через кровеносные сосуды достигают легких, где и прodelывают определенный цикл своего развития; 3) из сосудов легких личинки проникают в мельчайшие и крупные бронхи и отсюда проходят в трахею и гортань, а попадая в глотку или пищевод, заглатываются в желудок. 4) Благодаря первичной остановке зародышей аскарид в легких, здесь именно и наблюдаются наиболее резкие изменения в виде кровоизлияний и закупорки сосудов с последовательным образованием различной величины геморрагических инфарктов. 5) При заражении через желудок личинки двигаются по воротной вене и, вероятно, через грудной проток; 6) при заражении же через кожу или подкожную клетчатку они двигаются, минуя порталную систему, причем также достигают легких; 7) в этом последнем случае они могут попадать в сосуды др. органов, хотя все же главным образом концентрируются в легких. 8) Продолжительность пребывания личинок в легких определяется приблизительно до 11 дней, после чего их можно встретить в глотке и пищеводе. 9) Поступление паразитов в легкие начинается на 2-й—3-й дни после введения яиц в желудок, из подкожной же клетчатки личинки попадают в легкие в более короткий срок времени. 10) Попавшие в легкие паразиты постепенно вырастают, вследствие чего мы находим в ткани легких личинки разной величины.

Р.

170. К вопросу о *колите*. По W. Zweig'y (Deut. m. W., 1927, № 3) хронический колит никогда не развивается из острого катарра кишек, но всегда исподволь, причем в этиологии играют важную роль конституция и состояние питания. С топографической точки зрения различают восходящий колит, сигмоидит, проктит и диффузный колит, а среди случаев сигмоидита—*sigmoiditis mucosa*, *haemorrhagica* и *atrophicans*. Главными симптомами болезни являются реж в животе, чередующаяся с запорами диаррея, пронизанный газовыми пузырьками, слизистый вонючий стул и др. Прогноз *quo ad salutem* при хроническом колите—неблагоприятный: *restitutio ad integrum* невозможно, хотя подходящею терапией можно значительно уменьшить тягостные припадки болезни. Лечение: никаких промываний, соответственная терапия, местно—применение дерматол, танина и растворов ляписа 2%—5% при помощи ректоскопа. Сывороточное лечение колита дает неважные результаты. В отчаянных случаях надо подумать о наложении *anus praeternaturalis* на *coesum*.

Р.

д) Туберкулез.

171. К вопросу о наследственном *tbc*. Разобрав материал, охватывающий наблюдения над 319 детьми *tbc* матерей, отделенными от последних тотчас же

после рождения. Couvlaire (Presse méd., 1927, № 15) получил некоторые данные, говорящие в пользу возможности передачи tbc вируса через плаценту. Унаследованную от матери tbc инфекцию удалось установить не только у младенцев, погибших от какой-нибудь инфекции или истощения, но также и у умерших во время родов и у выкидышей. Наряду с весьма редкими случаями врожденного tbc с заметными поражениями уже *in utero*, встречается и менее редкая форма передачи tbc вируса, при которой не наблюдается анатомических изменений ни во время утробной, ни в первые недели внеутробной жизни. В подтверждение автор приводит случаи (Calmette, Valtis и Lacomme), где из трех детей, рожденных от tbc матерей, один умер на 18-ый день от прогрессивного исхудания, а двое недоношенных погибли на 12-ый и 27-ой день от бронхопневмонии. В результате прививки материала из желез и внутренних органов этих детей животным у последних были найдены кислото-резистентные бактерии без анатомических изменений в железах и внутренних органах. В трех других случаях были обнаружены кислото-упорные бактерии непосредственно во внутренних органах плода. В заключение автор полагает, что детей, зараженных tbc вирусом *in utero*, следует все же оберегать от заражения tbc при жизни в такой же мере, как и здоровых детей.

И. Тарнопольский.

172. *Филтрующий tbc вирус и современные данные относительно наследственности tbc.* Arloing и Dufourt (Presse méd., 1927, № 2) на основании экспериментальных и клинических наблюдений считают доказанным прохождение tbc фильтрующегося вируса через плаценту и подкрепляют свой вывод следующим показательным случаем: недоношенный ребенок, отделенный от своей tbc матери немедленно после рождения, умер спустя 7½ недель без видимой причины; на вскрытии—никаких tbc поражений, мезентериальные железы гиперплазированы, в мазках из них найдены бактерии Косч'a, а прививка фильтрата из этих желез морским свинкам вызвала у них атрофию и смерть от кахексии; при вскрытии свинок найдено много tbc палочек в большинстве желез. Далее авторами приводятся наблюдения Calmette'a, Valtis'a и Lacomme'a, с несомненностью доказывающие трансплацентарную передачу туберкулезного вируса: из 9 вскрытий детей, рожденных от tbc матерей, в 3 случаях были найдены бактерии Косч'a при прямом исследовании органов, а прививка фильтратов внутренних органов и желез во всех 9 случаях вызвала у животных в железах появление кислото-резистентных бактерий, у одной же свинок—трахеобронхиальную аденопатию без казеозного перерождения, но со множеством бактерий Косч'a. В зависимости от степени вирулентности вируса прививка фильтрата или сока внутренних органов и желез от животных, зараженных им, дала следующие результаты: а) одни свинки остались здоровыми, б) другие, временные носительницы лабиального вируса, вскоре исчезающего из организма, отставали в росте, в) третьи погибли от прогрессивного упадка питания. В связи с этими данными некоторые случаи атрофии или смерти от неизвестной причины младенцев, рожденных от tbc матерей, могут быть, по мнению авторов, обусловлены наличием у них вирулентного вируса, перешедшего к ним трансплацентарно.

И. Тарнопольский.

173. *Висцеральный tbc и кожа.* Wigand (Zentr. f. Haut. u. Geschl., 1926. Bd. XXI, N. 5,6, реф.) думает, что чрезвычайная редкость tbc поражения кожи при висцеральном tbc указывает на более значительный иммунитет кожи по сравнению с иммунитетом внутренних органов у такого рода больных. Подтверждением приведенного заключения служат наблюдаемое у tbc больных повышение физиологических функций кожи в форме усиления роста волос, ногтей и усиления потоотделения. Признаками хорошего состояния защитного аппарата кожи являются относительно редкие случаи лысыны у людей с tbc поражением внутренних органов, а также более длинные ресницы (усиление механической защиты кожи).

Я. Печников.

174. *Пернициозная анемия и tbc.* Известно, что при долго длящихся кахектических состояниях у стариков (особенно при раковой кахексии) нередко вспыхивают туберкулезные процессы, казалось-бы, совершенно зачехленные. Объясняется это обычно ослаблением устойчивости организма против tbc. Лишь пернициозная анемия, как убедился Mathias (Deut. med. W., 1926, № 52), представляет в этом отношении исключение: при ней никогда не наблюдается активного tbc процесса,—повидимому, недостаток кислорода в тканях при этой болезни создает неблагоприятные условия для развития оксифильных палочек бугорчатки. Р.

175. *Камфора при тbc легкиx.* Muralt и Weiler (Zeit. f. Tbc., 1926, 46, 4), проводя на лечении камфорой 430 туберкулезных больных, приходят к весьма оптимистическим заключениям относительно этого средства. Авторы рекомендуют вводить подкожно по 1,5 куб. снт. 20% камфарного масла в день, причем один день в неделю делается пауза; весь курс продолжается 20 дней и, в случае нужды, может быть повторен. При наступлении h moptoe применение камфоры усиливается, именно, втечении 1—2 суток каждые 6 часов выпрыскивается по 3 куб. снт. 20% камфарного масла. Р.

е) Хирургия.

176. *Люминал-эфирный наркоз.* Millul (по реф. в Ther. Ber., 1927, № 3) советует перед эфирным наркозом применять у подлежащих операции больных, вместо морфия, люминал. Дети 14—15 лет получают per os 0,1 люминала в небольшом количестве воды за 1 час до операции, взрослые—0,3 люминала в 1/2-стакане воды за 1 1/2 часа до операции. При этом уменьшаются возбуждение и страх больных перед операцией, и для наркоза требуется гораздо меньше эфира, чем обычно. Р.

177. *О действии перувианского бальзама на раны.* Проф. W. Silberschmidt и д-р C. Brunner (Zentr. f. Chir., 1927, № 5) на основании экспериментальных исследований пришли к заключению, что бактерицидная сила перувианского бальзама незначительна, но большое значение имеет его антитоксическое действие. И. Цимхес.

178. *Лечение кровоточащих язв желудка.* Проф. Гессе (Врач. Дело, 1926, № 14), рассматривая показания к оперативному вмешательству при кровоточащих язвах желудка, делит случаи этого рода на 2 группы: 1) случаи, где язва сопровождается однократным тяжелым кровотечением, и 2) случаи, где имеется острое рецидивирующее кровотечение. В случаях первого рода он советует проводить консервативное лечение, но через 3 недели (не позднее) оперировать, во вторых случаях он всегда оперирует (за исключением состояния коллапса) немедленно после второго кровотечения, соединяя операцию с переливанием крови, причем наилучшим способом операции считает циркулярную резекцию.

Котельникова-Бандина.

179. *Пересадка почек.* Augatovic (Lyon chir., 1925, № 6; по реф. Рус. Кл., 1926, № 29) произвел, на собаках, ряд опытов с гомотрансплантацией, гетеротрансплантацией и некротрансплантацией почек. Результаты были настолько благоприятны, что автор считает допустимым производить эту операцию, в подходящих случаях, и на людях, причем почки для пересадки лучше всего брать от людей, только что умерших. Р.

180. *Сфинктеропластика апоневрозом.* Разбирая сфинктеропластику, как метод оперативного лечения паховых грыж, Bloek, на основании собственного опыта (12 случаев), (Zentr. f. Chir., 1927, № 6) предлагает после обнажения апоневроза наружной косой мышцы рассекать ее обычным путем, проводя два параллельных разреза тотчас рядом с пунартовой связкой и с медиальной стороны. Затем, после удаления грыжевого мешка, отделяют яичко от lig. Hunteri и, извлеки его в операционную рану, проводят через отверстие, образованное путем перекреста параллельных лоскутов апоневроза, причем нижний лоскут фиксируется швами кверху, верхний—книзу. Таким путем образуется сфинктер, который пропускает лишь семывводящий проток с сосудами. В заключение яичко вновь погружают в мошонку и соединяют с lig. Hunteri. И. Цимхес.

181. *Применение салъниковой пластики в черепно-мозговой хирургии.* Проф. Миротворцев и д-р Самсонов (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 25, 1927 г.) рекомендуют пользоваться для заполнения дефектов мозгового вещества и твердой мозговой оболочки, в качестве аутопластического материала, салъником. Последний экстирпируется в размере необходимым для замещения дефекта и либо распластывается на поверхности мозга в 1—2 слоя, либо вкладывается в полость, напр., дефект после удаления опухоли, где и укрепляется тонкими к тгутовыми швами к твердой мозговой оболочке. Раны черепной и брюшной полостей зашиваются наглухо, причем, как правило, наблюдается первичное натяжение. Благодаря своей эластичности и «пластичности», салъник точно выполняет всякую полость в веществе мозга и как-бы «вливается» в эту полость. Он является, далее, пре-

красным тампоном при кровотечениях. Наконец, он представляет надежный буфер для мозга, предохраняя его от вредных инсультов. Пересадка сальника не служит препятствием к закрытию костного дефекта черепа костным трансплантатом.

И. Цимхес.

ж) Ортопедия.

182. *Лечение паралитического коленного сустава* было первым программным вопросом VIII Съезда Ортопедов в Париже 8 октября 1926 г. По Nové-Josseland'y (Presse médicale, 1926, № 83) при изолированном параличе m. quadriceps femoris достаточно пересадки на него m. sartorii и m. tensoris fasciae latae; в более тяжелых случаях необходим артродез коленного сустава, который можно делать в 7—8-летнем возрасте с последующей фиксацией в гипсе на 4—6 месяцев. При одновременном параличе стопы добавляется артродез голенно-таранного и подтаранного суставов путем пересадки костной подпорки на шейку talus'a. Фиксируется стопа в положении equinus'a под углом в 110°. В случаях, где существуют контрактуры и genu valgum без разболтанности сустава, можно ограничиться массажем, продолжительным вытяжением, редрессацией, тенотомией, капсулотомией или надмыщелковой остеотомией,—в зависимости от степени деформации.

Н. Киптенко.

183. *Лечение деформаций тазобедренного сустава* было вторым программным вопросом на VIII Съезде Ортопедов в Париже. Докладчик P. Mathieu (Presse med., 1926, № 83) делит эти деформации на две группы: 1) с полным анкилозом тазобедренного сустава, когда, при выпрямленном положении бедра, не нужно бывает оперативного вмешательства, а при порочном положении бедра показана подвертельная косая или клиновидная остеотомия, и 2) с сохранением подвижности бедра. В этой второй группе автор различает: а) неполный анкилоз тазобедренного сустава, где при отсутствии болей показана редрессация, а при болях—подвертельная остеотомия, б) внутривертлужный псевдартроз с большими деструктивными изменениями, где автор рекомендует артродез, и с) внесуставной псевдартроз—тяжелую деформацию с большим укорочением конечности. Здесь при отсутствии болей и малой подвижности автор рекомендует остеотомию, при отсутствии болей и большей подвижности—остеопластическую операцию с образованием навеса для фиксации бедра к тазу, при существовании болей—внесуставной артродез с образованием искусственного затвора путем пересадки различных костей. Внутрисуставной артродез непрочен и может вызвать вскрытие болезненного очага. При двухсторонней деформации тазобедренного сустава необходимо с одной стороны получить прочный анкилоз, с другой—подвижность.

Н. Киптенко.

184. *Лечение анкилозов тазобедренного сустава путем образования ложного сустава* по Вредену (В. Хпр., кн. 24, 1926) состоит в следующем: кожный разрез начинается от середины cristae ilei, на 1 см. ниже ее, и идет параллельно ей до sp. il. ant. sup.; отсюда разрез спускается вертикально вниз и, пройдя половину длинника бедра, заворачивает под прямым углом на наружную поверхность бедра до ее середины; очерченный кожный лоскут отсепаивается и откидывается кнаружи, обнажая широкую фасцию бедра и troch. major. Затем проникают у sp. il. ant. sup. в промежуток между tensor fasciae latae и gluteus medius и, спускаясь по переднему краю последнего, рассекают широкую фасцию до верхушки большого вертела, после чего проводят разрез через фасцию, идущий по краям кожного дефекта, поднимаясь по его медиальному краю до мышечного брюшка tensoris fasciae latae. Очерченный т. о. фасциально-мышечный лоскут отсепаивается и откидывается кверху и внутри, служа в дальнейшем материалом для интерпозиции. Далее, для получения хорошего доступа к суставу спереди и сверху, m. gluteus medius ножом отделяется от своего прикрепления к crista ilei на протяжении верхнего разреза кожи, без повреждения надкостницы по всей боковой поверхности таза. Затем рассекают остеотомом шейку бедра у места перехода ее в головку, вывихивают в рану конец бедра и вертикально отпиливают шейку в уровень с боковой поверхностью диафиза бедра. Ранее образованный лоскут из широкой фасции с мышечной ножкой в виде musc. tensor fasc. latae с сохранением идущего к нему сосудисто-нервного пучка, как занавес, опускается на область acetabuli с сидящей в ней головкой бедра и несколькими кетгутowymi швами фиксируется со всех сторон к окружающим мягким тканям. После того верхний конец бедра устанавливается на обычное место в положении полной экстензии,

и над ним сверху вниз, снизу наружу и несколько спереди назад запрокидывается, до полного с ним соприкосновения, костно-надкостничный лоскут. Образование этого костного навеса начинается на верхнем свободном крае *cristae ilei*, посередине которого проводится разрез приблизительно в 5 см. длиной; от концов этого разреза вниз по боковой поверхности *ossis ilei* проводятся через надкостницу (обнаженную, как указано выше, от *musc. gluteus medius*) два несколько сходящихся разреза почти до уровня верхнего края *acetabuli*, и окаймленный лоскут выбивается приблизительно в половину толщины подвздошной кости остеотомом сверху вниз, надламывается внизу, покрывает верхний конец бедра и сам фиксируется наложением отсепарованного *m. glutei medii*, верхний край которого сшивается катггutom с косыми мышцами живота на *crista ilei*. В заключение вся рана зашивается наглухо катггutom, применяется гипсовая фиксация всей конечности в разогнутом и слегка отведенном положении. Через 6—8 недель гипс удаляется, и начинается массаж, пассивные и вскоре же активные движения. Через 3 месяца получаются близкие к норме движения в неартрозе. Таким образом оперировано автором с успехом 5 больных.

М. Фридланд.

185. *Артропластика тазобедренного сустава*. W. C. Campbell (Surg., gynecol. and obst., 1926, № 1) считает лучшим возрастом для вмешательства этого рода 18—30 лет; после 45 лет и в детском возрасте рассчитывать на успех трудно. Наиболее подходящие случаи—post-травматические и вполне затихшие post-инфекционные анкилозы, за исключением туберкулезных. Оперативная методика: U-образный разрез с отсечением *troch. majoris*; отсечение шейки у *acetabulum* с формированием новой головки; образование нового *acetabulum* на старом месте; интерпозиция широкой фасцией, взятой из нижних отделов, ближе к колену, т. к. эта часть фасции гистологически более подходит для целей неартроза; швы на мягкие ткани. При препятствии со стороны сгибателей и аддукторов—тенотомия их. Гипс на 10 дней, после чего повязка превращается в с'емную; систематическая пассивная и затем активная гимнастика, чередуемая с иммобилизацией, особенно на первых порах. В общем механотерапия должна применяться в течение одного года. Так автором произведено 48 вмешательств у 23 больных с односторонним анкилозом и 25 операций у 13 больных с двусторонним анкилозом. Из группы односторонних анкилозов полностью прослежен результат у 16 больных (11 женщин и 5 мужчин в возрасте 16—35 лет): 9 отличных исходов (от 60° до 120°), 2 удовлетворительных, 1 сомнительный, 3 реанкилоза и 1 смерть от обострения и генерализации старого туберкулезного очага. Из группы 13 человек (11 мужчин и 2 женщины) с двусторонним анкилозом у 5 получился хороший результат, у 1 удовлетворительный, 7 получили инфекционное поражение оперированного очага и 2 умерли от послеоперационной септицемии. У одного больного, которому была сделана с одной стороны артропластика, а на другой, анкилозированной стороне—остеотомия, получился превосходный результат.

М. Фридланд.

з) *Акушерство и гинекология.*

186. *Климактерий и кровяное давление*. Относительно влияния, оказываемого выпадением функции яичника на кровяное давление, наиболее раstraненным является взгляд, что ненормально повышенное кровяное давление и ненормальные колебания этого давления представляют свойственный климактерию симптом. Для выяснения этого вопроса Lehfeldt (Zentr. f. Gyn., 1926, № 45) изучал состояние кровяного давления у 111 женщин, находившихся как в естественном, так и в искусственном климактерии, причем в 39 случаях имелась миома матки, и пришел к следующим выводам: 1) Патологические колебания кровяного давления (больше 15 mm. Hg.) встречаются у 1/4 всех женщин с искусственным или естественным климактерием; считать их характерными для климактерия нельзя, т. к. при многих других патологических процессах наблюдаются такие же колебания кровяного давления. 2) Стойкое повышение кровяного давления (выше 140 mm. Hg.) не является правилом для искусственного и естественного климактерия, а, напротив, наступает лишь в небольшом числе случаев (из 111 женщин у 16, причем в 11 случаях были миомы) 3) Миомное сердце и миомное кровяное давление являются результатами относительно-частого совпадения миомы со сморщенной почкой или thугео-токсикозом.

Е. Заболотская.

187. *Состоятельность реакции Lüttge и Merz'a*. Как известно, Lüttge и Merz предложили свою реакцию с алкогольными экстрактами (A. E. R.)

как для диагностики беременности, так и для определения пола утробного плода. Проверив А. Е. Р. на сотне случаев беременности VIII и IX месяцев, Joseph и Rabaи (Deut. med. Woch., 1926, № 52) получили правильные заключения относительно пола плода лишь в 61%; да и относительно диагноза беременности А. Е. Р. оказалась значительно уступающей другим реакциям. Р.

188. *Растройства частоты сердечных тонов плода в течении периода раскрытия.* На основании большого статистического материала Zangemeister (Zentr. f. G., 1926, № 14) указывает на ошибочность довольно распространенного взгляда, что растройства частоты сердечной деятельности плода в первом периоде родов являются сравнительно невинными. На 6035 родов автор в 2% наблюдал растройства сердечной деятельности плода в виде замедления ниже 100 ударов в минуту, ускорения выше 160 ударов и выраженной аритмии; из этих детей 23% умерли, 30%—родились в асфиксии. Растройства деятельности сердца наступали во второй половине периода раскрытия, причем даже кратковременное растройство имеет, по автору, плохое прогностическое значение. Наиболее частой причиной подобного рода растройств является преждевременный разрыв плодного пузыря, в особенности при плоском тазе, и нарушение плацентарного кровообращения. А. Тимофеев.

189. *Роды в тазовом предлежании плода.* Friis Basmussen (Acta obs. et gyn. scan., 1926, Н. 1; по Ber. ü. die ges. Gyn., Bd. XI) сообщает о результатах, полученных в Копенгагене с 1910 по 1921 годы на материале в 465 случаев. Для прогноза важную роль играют длительность родов и преждевременный разрыв пузыря, встречающийся часто. Смертность в послеродовом периоде выше средней смертности для остальных родов. Менее благоприятен прогноз для первородящих, в особенности более пожилого возраста. Разрывы промежности отмечены во общем в 55,2%, а у первородящих—в 73%, причем 1,4% их падают на разрывы третьей степени. Общая смертность детей равна 14,2%, причем и здесь первородящие дали худшие результаты. Чтобы улучшить результаты, в особенности в периоде изгнания, автор советует прибегать к искусственному извлечению плода, причем у первородящих необходимо сделать эпизиотомию. В половине случаев автора была применена экстракция за тазовый конец, и там, где она была применена профилактически, смертность детей равна 0; наоборот, если к ней приступали при начавшейся уже асфиксии плода, смертность была 18,4%. Ridler (Med. Journ. of Australia, 1926, № 26), наоборот, утверждает, что нормальное тазовое предлежание дает лучшие результаты для детей, если роды проводятся без искусственного вмешательства. Этот автор в поликлинической практике получил смертность доношенных детей при тазовых предлежаниях равной лишь 1,13%, а для клиннки 3,44%; такую разницу он объясняет тем обстоятельством, что в клинику поступают наиболее трудные случаи. Всякое вмешательство во время родов, по Р., ухудшает прогноз для детей. Поворот на ножку и экстракция при выпадениях пуповины не дают хороших результатов. А. Т.

190. *Признаки внутриутробной смерти плода.* Merletti и Vignadi (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI), исследуя состояние крови матери в случаях внутриутробной смерти плода, установили известное постоянство наблюдаемых при этом изменений. При наступлении потрясающих ознобов и повышении температуры, которые нередко наблюдаются после внутриутробной смерти плода, отмечается падение числа лейкоцитов и вновь увеличение их обратно пропорционально падению температуры, причем вначале апирексии наблюдается относительный гиперлейкоцитоз и только через 24 часа—возвращение числа лейкоцитов к норме. Наблюдается также понижение максимального и минимального кровяного давления обратно пропорционально повышению температуры. Описанные явления авторы считают результатом общей реакции организма с растройством в системе кровообращения,—реакции, аналогичной шоку, вызываемому протеиновыми телами и коллоидальными металлами. Развитие шока авторы объясняют тем обстоятельством, что вследствие смерти плода перегорodka, разделяющая кровь плода и матери, начинает пропускать продукты распада белка, которые и вызывают шок. А. Т.

191. *К учению об инфекционных воспалительных заболеваниях женских половых частей.* Разбирая этот вопрос, известный американский гинеколог А. Curtis (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 1) приходит к некоторым заключениям, резко разнящимся от того, что принято в современной гинекологии

Так, напр., он утверждает, что при стрептококковых заболеваниях тазовых органов ткани удерживают микробов от 6 мес. до 18 лет, почему операции при этих заболеваниях должны быть откладываемы, в среднем, на 2 года. Напротив, гоноррею труб автор считает местным заболеванием, склонным к излечению.—исследовав около 200 труб, он уже через 2 недели после последнего лихорадочного движения не мог найти гонококков ни в канале труб, ни в стенках последних. Обострения гонорреи, по автору, являются результатом новой инфекции при coitus'e или перенесения заразного начала из рукава путем спринцеваний; вследствие этого запрещение на время половых сношений и применения влагалищных душей ведет к прекращению процесса.

М. Ч.

192. *K therapia metropathiae haemorrhagicae*. Bakscht (Zentr. f. G., 1926, № 21) применяет такое лечение: из локтевой вены берется 14 куб. с. крови и смешивается с 6 куб. с. стерильной дистиллированной воды. После быстрого встряхивания наступает гемолиз, после чего кровь вспыскивается интрамускулярно. Автор горячо рекомендует такой метод лечения, т. к. для полного излечения требуется от 2 до 4 инъекций. Особенно пригодны для подобной терапии случаи, дающие положительную реакцию по Davis'y. Реакция D. производится так: к 100 куб. с. взболтанной мочи прибавляют 10 куб. с. acid'i muriatici puri (у. в. 1.19) и нагревают смесь до точки кипения; после охлаждения прибавляют 25—30 куб. с. эфира и в течение 5—6 час. несколько раз подвергают колбу осторожным вращательным движениям. Реакция считается положительной при красном или красно-фиолетовом окрашивании эфирного слоя.

А. Тимофеев.

и) Гоноррея.

193. Реакция связывания комплемента при гоноррее и ее осложнениях была проверена на 380 больных Heineg'om (Derm. W., 1926, № 52a). Автор применял оригинальный метод Wasserman'овской реакции, употребляя в качестве антигена «Gonargin extrastark» и гонококковую вакцину, содержащую в 1 куб. сант. 12 миллиардов гонококков. Из 112 лиц, не болевших гонорреей, 93% дали отрицательную реакцию; отрицательной была реакция и у 14 больных экзематиков. При исследовании 256 случаев с различными клиническими формами мужской и женской гонорреи автор получил положительную реакцию в 81%. В частности, при передней острой гоноррее положительная реакция наблюдается в 63% (реакция эта, по мнению автора, есть неблагоприятный в прогностическом отношении признак), при осложненной передней гоноррее (куперит, перитретральная инфильтрация) она всегда положительна. При неосложненной тотальной гоноррее положительная реакция имеет место в 90%, при осложненной тотальной гоноррее % ее еще более высок: при простатитах—96%, эпидидимитах—90%, сперматоциститах—100%. Уретральная женская гоноррея дает ее в 52%, гонорройный эндометрит—в 78%, воспаление придатков—в 94%, вульвовагиниты девочек—в 83%. При метастатических гонорройных заболеваниях (артритах) положительная реакция получается в 100%. Полученные результаты приводят автора к выводу, что реакция связывания комплемента является специфичной для гонорреи. Повторные исследования больных, а также повторные исследования лиц, не болевших гонорреей, которым вводилась внутривенно и внутримышечно гонококковая вакцина, определяют продолжительность положительной реакции в 4—6 недель, причем переход ее в отрицательную не всегда совпадает с клинически определяемым выздоровлением. У большинства больных положительная реакция появляется на 6—8-й день после инфекции.

Н. Ясницкий.

194. *Общий гонорройный сепсис*. Haas (Znbl. f. H. u. G., 1926, Bd. XXI, H. 7/8, реф.) описывает следующие 2 случая: 1) Девочка 14 лет с клиническим диагнозом „миллярный тбс и амилоид“, умершая после 9-месячного содержания в одной из Гамбургских больниц. В 6-летнем возрасте—гонорройный вульвовагинит, при приеме в больницу в уретре найдены гонококки; однако гонорройная инфекция в больнице не была поставлена в связь с развившимся общим заболеванием. При аутопсии—никаких данных для тбс. Найдены гонококки: в серозном содержимом коленного сустава, в изъязвлениях v. tricuspid. и эндокарда, в срезах из матки и фаллопиевых труб, в тромбах plexus uterini, в прилежащих увеличенных лимфатических железах, в кровяных экстравазатах мягкой мозговой оболочки, в селезенке, легких и особенно много в абсцессах печени. Таким образом здесь очевидна картина хронического гонококкового сепсиса. 2) Образование абсцессов в печени

было настолько характерно, что второй случай, давший при аутопсии сходную картину абсцессов печени, заставил автора заподозрить и здесь гонорройную инфекцию. Случай этот относился к 28-летнему мужчине, умершему при явлениях фурункулеза и стафилококкового сепсиса. В истории болезни было указание на бывшую гоноррею. В абсцессах простаты, в подкожном абсцессе бедра, в срезах из печени и селезенки найдены гонококки. Здесь был констатирован смешанный сепсис стафило- и гонококковый.

Я. Печников.

195. *Гонорройный пельвеоперитонит у мужчин.* Stern (Derm. Woch., 1926, № 37) имел возможность наблюдать случаи хронически протекающих воспалительных процессов в полости малого таза у мужчин гонорройников. При систематическом ректальном исследовании между прямой кишкой и пузырем определялось наличие более или менее обширного воспалительного инфильтрата, распространявшегося вплоть до стенок таза и охватывавшего предстательную железу, а чаще семянные пузырьки. Причину указанных явлений автор видит или в абсцессе простаты, или в отеке ее и окружающей ткани—periprostatitis serosa. В отдельных случаях пельвеоперитонит протекает с одновременным поражением придатков яичек и семенных пузырьков,—в последнем случае сопровождаясь кровянистым эякулятом. Субъективные ощущения чрезвычайно изменчивы. Прочное фиксирование простаты и семенных пузырьков может вести к различным функциональным расстройствам в половой сфере и в отдельных случаях даже к половой невратенности.

Н. Яснитский.

196. *Лечение хронической женской гонорреи вакциной.* Доклад на эту тему был представлен Берлинскому Урологическому Обществу Loeser'om (Zeit. f. Urologie, 1926, B. 20, H. 10), который полагает, что обычные продажные вакцины не оказывают влияния на течение данного процесса. Он рекомендует свежеприготовленные гонококковые вакцины при соблюдении следующих условий: 1) штамм, полученный от свежей острой гонорреи, проводится не более 2 раз через среду для посевов; 2) гонококки умерщвляются при отсутствии каких-бы то ни было дезинфицирующих средств; 3) вакцина употребляется не позже 2 месяцев от момента ее приготовления. Случаи, совершенно рефрактные по отношению к свежей вакцине, поддаются влиянию живой вакцины; в последнем случае гонококки вводятся живыми при помощи шприца под кожу плеча (точных указаний о технике приготовления и дозировке в отчете о заседании не имеется. Я. П.). Результаты при этом часто получаются поразительные, вплоть до полного излечения гонорреи после одной инъекции. В последовавших прениях Balog вообще отрицал действие вакцины при гоноррее и опыт Loeser'a с введением живых гонококков квалифицировал, как злоупотребление наукой и проступок по отношению к больным. Высмеивая «поразительные» результаты от применения живой вакцины, В.ронически сравнивал их с «чудесными» результатами лечения гонорреи гонаргинном, артигоном, терпентином, молоком и др. На возможность получить гонококковый сепсис при инъекции живых бактерий указал также Langer.

Я. Д. Печников.

197. *Лечение гонорройных артритов вакциной.* И. М. Пейсахович (Врач. Дело, 1926, № 19) наблюдал хороший эффект от лечения свежих гонорартритов введением в пораженный сустав гонококковой вакцины. Подобного рода терапия укорачивает срок лечения, понижает температуру до нормы, уменьшает воспалительные явления и ведет к полному восстановлению функции сустава.

А. Целитцева.

к) *Болезни уха, носа и горла.*

198. *Случай первичной дифтерии наружного уха.* Veits (Ztschr. f. Hals-Nas.- und Ohrh., Bd. 16, H. 1) отмечает, что дифтерия, особенно первичная, наружного уха является чрезвычайной редкостью. Обычным путем распространения инфекции надо считать зев, евстахиеву трубу, среднее и наконец наружное ухо. Поэтому все случаи яко-бы первичной дифтерии с перфорацией барабанной перепонки и бывшим, существующим или последующим средним отитом надо считать сомнительными. Несомненных и вполне доказанных случаев первичной дифтерии наружного уха в литературе автор насчитывает всего 5. В наблюдавшемся автором случае дифтеритическая инфекция была внесена в наружный слуховой проход при помощи инородного тела (швейной иглы). При дифференциальной диагностике автор считает необходимым иметь в виду otitis ext. crouposa или fibrinosa, вы-

званный *bac. pyocyaneus*, и *otitis ext. ulcero-membranacea*, вызванный *bac. fusiforme* и спирохетами. Из терапевтических средств V. с успехом применял парентерально антидифтерийную сыворотку и местно—серую ртутную мазь и *kali hypermang.*

Л. Ильина.

199. *Связь заболеваний носа с половой сферой.* Столыпин (Вестн. Р.-л.-о., 1926, № 4—5) сообщает о случаях, из которых в 4 заболевание носа было сочетано с явлениями дисменореи и в 2—с дисменореей, онанизмом и бесплодием. После лечения патологически измененных носовых раковин все перечисленные страдания исчезли. Автор приводит литературу вопроса о связи заболеваний носа с половой сферой.

Л. Ильина.

200. *Связь заболеваний нервной системы с болезнями верхних дыхательных путей.* Проф. М. Ф. Цытович (Вест. Рино-лар.-от., 1926, № 4—5), отмечает, что заболевания черепной нервной системы могут быть результатом 1) инфекции, 2) нарушения питания и 3) нарушения нормальных раздражений (рефлексов), указывает, что громадный процент инфекционных заболеваний мозга и мозговых оболочек имеет источником нос и его придаточные полости. Почти все черепные нервы также могут инфицироваться из носа и его придатков. Т. наз. токсические невриты тоже иногда бывают обязаны своим происхождением токсинам, поступающим в организм со стороны верхнего отрезка дыхательных путей. Далее, ненормальные раздражители с любой точки, иннервируемой *n. trigeminus* и *n. vagus*, могут вызвать рефлекторным путем кашель, астму, эпилептические припадки и т. д. Наконец, расстройство крово- и лимфообращения в мозгу зачастую в значительной степени зависит от расстройства носового дыхания; в последнем мы имеем как-бы насос, который отсасывает из мозга отработанные жидкости, снабженные продуктами обмена.

С. Яхонтов.

Рецензии.

Н. С. Правдин. *Опытное введение в изучение фармакологии.* Изд. I Московского Гос. Университета. Москва, 1926 г. Цена 2 руб. 131 стр.

Появление в печати книжки д-ра Правдина, несомненно, представляет интерес уже по одному тому, что в данной области мы имеем крайне ограниченную литературу. Автор правильно указывает на незаконченность своего труда, т. к. им затронуты далеко не все положения, которые-бы можно было, и даже должно, проводить на практических занятиях со студентами, но совершенно напрасно говорит в предисловии, что эта книжка—не пособие к практическим занятиям. Прежде всего она допущена ГУС'ом в качестве именно такового; с другой стороны, сделанные к каждой работе предпосылки, освещающие ее содержание, подробное описание аппаратуры и производства опытов, а также выводы и обобщения позволяют вполне рекомендовать ее именно в качестве пособия для слушателей в тех ВУЗ'ах, где проводится программа, принятая автором. Только программа эта несколько нас не удовлетворяет. Почему, напр., из 30 опытов, приведенных в книжке, автор уделяет 4 опыта сравнению действия хинина и морфия, или 5 опытов—сравнению действия сулемы, фенола и борной кислоты, тогда как фармакодинамике хлороформа посвящен всего один опыт? Сравнивая программы занятий проф. В. Н. Болдырева, прив.-доц. С. А. Щербакова и д-ра Н. С. Правдина, а также ту программу, которой мы придерживаемся в данный момент в Казанском Университете и которая включает до 100 опытов, приходится прийти к заключению, что все авторы индивидуализируют их. И на наш взгляд наступило время организовать съезд руководителей фармакологических кафедр, но не для того, чтобы выработать шаблон, что, несомненно, встретит чисто-принципиальные возражения, а также окажется не соответствующим техническим условиям разных лабораторий, а для того, чтобы обменяться мнениями по данному вопросу, установить цель занятий, способы их ведения, выявить их содержание и объем хотя-бы в общих чертах.

Проф. В. М. Соколов.

Проф. М. М. Невядомский. *Механика жизнепроявления больного человека*, т. I, ч. I. Москва, 1926.

В тек. году исполняется 30 лет со дня смерти выдающегося русского клинициста, проф. Г. А. Захарьина, создавшего свою школу, имя которого известно

всему медицинскому миру. Как это ни странно, мы почти не встречаем имени этого русского самородка в медицинской прессе, равно как не встречаем и ссылок и указаний на его работы. А между тем Захарьин ведь был один из основоположников русской научной медицины. Все клиницисты всюду и везде, без различия школы и направления, пользуются тем методом распроса, который был введен Захарьиним и доведен им, по выражению выдающегося французского клинициста (Nuchat'a), до степени искусства, ибо этот распрос представляет собою не простой механический перечень вопросов, а дает строго обдуманную схему; спрашивающий продельвает при этом в голове громадную работу, построенную на законах логики, после чего у него создается определенная картина болезни и функциональных изменений больного органа и всего организма. Построенный таким образом анамнез и дает право американцу (Mounihan'y) заявить, что, напр., при болезнях желудка анамнез—все.

Вышедшая в прошлом году „Механика“ проф. М. М. Невядомского безусловно пробудит интерес к имени проф. Захарьина. Если, по выражению Д. Д. Плетнева, нам неизвестна русская научная медицина (Плетнев, Русские терапевтические школы), то все же такие представители ее, как Захарьин, Боткин, Остроумов, Л. Попов, Волков, Образцов, Шатилов и др., могут быть названы классиками русской клинической медицины. За последние годы мы видим в русской медицинской литературе ряд глубоких по содержанию и оригинальных по самому своему названию работ, каковы, напр., „Введение в танатологию“ проф. Шора и указанная „Механика жизнепроявлений больного человека“ проф. Невядомского.

Последняя имеет своей целью изложить курс частной патологии и терапии с механической точки зрения, „приводя болезни к простейшим физико-химическим процессам, уясняя на живом клиническом примере, как общие физические явления диффузии, осмоса, кинетики, акустики и пр. превращаются в весьма сложный комплекс патологических проявлений жизнедеятельности каждого органа в отдельности и всего организма в целом“. Автор, как он сам выражается, ставит целью «морфологические основы Захарьинской школы расширить и дополнить механическим пониманием жизнедеятельности больного человека». Уже одно это представляет собою оригинальный подход к изложению курса частной патологии и терапии, отличающихся от привычных нам курсов.

Во введении автор отводит очень большое место (стр. 4—40) общим вопросам биологии: о живом и мертвом, об электролитах, о коллоидах, о конституции и пр., знакомство с которым необходимо в настоящее время для всякого образованного врача. Этими вопросами, глубокими и богатыми по содержанию, автор вводит читателя в курс новых учений и взглядов на биологию с точки зрения натуралиста-механика. Отдел этот,—повторяем, необходимый для всякого образованного врача,—для студентов III курса, которых собственно и имеет в виду проф. Н. будет, пожалуй, труден для понимания и усвоения. Этот отдел с большей продуктивностью, с большим интересом будет усвоен врачами, или же студентами старших курсов.

После изложения этих общебиологических вопросов автор переходит к изложению собственно-курса частной патологии и терапии, именно, к отделу важнейших заболеваний дыхательных органов.

Интересен и необычен для принятых руководств по частной патологии и терапии способ автора,—изложению каждой отдельной нозологической единицы предпосылать историю данной болезни на больном. Это очень оживляет и заинтересовывает читателя, давая живой образ болезни, который легче и лучше запечатлевается в голове, особенно у начинающего, впервые подходящего к клинике студента. Описывая отдельные болезненные формы, автор с исчерпывающей полнотой объясняет механизм образования тех или иных симптомов, связывая данные физиологии и патологии с клиникой, а также оттеняя вместе с крупными и мелкие, но выразительные признаки, имеющие известное семиологическое значение при том или ином заболевании. Так, напр., в лекции, посвященной туберкулезу, автор приводит 14 мелких симптомов, тогда как другие указывают их до 50. Приводя эти мелкие признаки, автор замечает: „Хотя эти симптомы находятся нелегко и имеют диагностическую ценность только в общей сумме их, но они ценны в неясных и непонятных случаях беспричинного похудения, слабости и пр.“ (стр. 160) В лекции о крупозной пневмонии автор подробно останавливается на сывороточном лечении этого заболевания.

В заслугу автора мы поставили-бы и то, что он опубликовал многие рецепты трав и лекарственных сборов, применявшиеся при легочных заболеваниях покойным

проф. П. М. Поповым, которые, насколько мне известно, до сего времени не были еще сообщены в печати и сохранялись только в некоторых записях у бывш. учеников проф. Попова,—ближайшего преемника Захарьина. Точно также мы хотели-бы остановиться еще на одном обстоятельстве,—это на подробной терапии, строго индивидуализированной. В этом, конечно, сказалась школа, к которой принадлежит проф. Невядомский. Если мы обратимся к лекциям проф. Захарьина, то там тоже увидим подробный и строго индивидуализированный подход к терапии в каждом отдельном случае. Ту же строго продуманную терапию, научно обоснованную в каждом отдельном случае, проводил и проф. М. П. Попов, который строго оттенял, когда, например, из отхаркивающих надо применять инекауну и когда сенегу и т. д.

Теперь относительно заглавия книги. Заглавие это является, по нашему мнению, несколько громоздким и не вполне соответствующим содержанию. Если механика обнимает собою статистику и динамику, то в этом выпуске «Механики» проф. Н. все-таки больше внимания уделил именно статике, оставив динамический фактор, функциональную диагностику, несколько в стороне. А между тем и проф. Захарьин, доведя распрос до степени совершенства, первым делом имел в виду расстройства в каждом данном случае именно функций.

Работая в настоящее время под руководством клинициста-функционалиста, проф. С. С. Зимницкого, мы хотели-бы, чтобы автор в дальнейших выпусках «Механики» уделил больше внимания динамической стороне и функциональной диагностике. Да мы и уверены в этом, так как сам проф. Н. говорит: «Научная точность терапии Захарьинской школы протекла из точности анатомического диагноза, достигаемой точностью учета индивидуальных особенностей функциональной деятельности в каждом данном случае». (Русская терапевтическая школа Захарьина, отд. оттиск 1927 г.).

Приветствуя появление этой книги, представляющей отражение взглядов представителя Захарьинской школы, и пожелав ей заслуженного внимания и успеха, мы ждем дальнейших выпусков этого интересного труда. А. Пребеченский.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 24/II.

Проф. М. Н. Чебоксаров: *Надпочечниковая липаза, ее отношение к ядам и клиническое значение*. Доклад напечатан в № 3 «К. М. Журнала». — В прениях проф. И. П. Васильев указал, что микроскопическое исследование надпочечников умершего Б., о котором упоминал докладчик, обнаружило существование изменений как в корковом, так и в мозговом веществе их. Проф. С. С. Зимницкий и П. Н. Николаев, отметив практическую важность и интерес работы докладчика, указали, что было-бы особенно интересно проследить содержание надпочечниковой липазы при таких заболеваниях, как сыпной и брюшной тиф, а также у животных, при искусственном повреждении у них надпочечников.

Д-р Н. В. Пучков: *Новое в учении о надпочечниках*. — По поводу этого доклада проф. П. Н. Николаев, С. С. Зимницкий и Р. А. Лурья указали, что в такой сложной проблеме, каковой безусловно является проблема надпочечников, делать из добытых автором фактов таких широких и разносторонних выводов нельзя. Проф. Н. К. Горяев, наоборот, считает, что докладчик на основании полученного им материала мог сделать те выводы, которые он изложил.

Заседание 10/III.

Д-р Е. Г. Гефен: *Новейшие данные в области рентгенологии*. Докладчик, только что возвратившийся из Германии, где он в течение 1½ лет работал по рентгенологии в различных клиниках, изложил новейшие достижения рентгенологии в области диагностики и терапии—глубокой и поверхностной. Доклад сопровождался демонстрацией ряда рисунков и диапозитивов при помощи эпидиоскопа. — По окончании его докладчику был задан ряд вопросов профессорами В. С. Груздевым, П. А. Глушковым, Р. А. Лурья, М. Н. Чебоксаровым и Н. К. Горяевым.

Проф. А. В. Вишневский: *О местной инфльтрационной анестезии*. Докладчик, отметив недостатки общего наркоза, люмбальной и паравертебральной анестезии, подчеркнул, что и до настоящего времени проблема обезболивания в хирургии не нашла своего разрешения. Это заставило его в течение ряда лет разрабатывать метод местной инфльтрационной анестезии. В настоящее время в заведомой им клинике почти все операции с полным успехом производятся под местной инфльтрационной анестезией, к общему же наркозу приходится прибегать лишь в виде исключения. Автор горячо рекомендует свой метод вниманию всех хирургов. — Выступившие в прениях профф. Н. В. Соколов, В. Л. Боголюбов, М. О. Фридланд, В. С. Груздев, П. Н. Николаев и Р. А. Лурья, отметив некоторые неудобства местной анестезии для отдельных видов оперативного вмешательства, в общем все же присоединились к основным выводам докладчика, признав желательным расширение круга применения этого рода анестезии.

Заседание 22/III.

Д-р М. Аксянцев: *Эндо-ферментоцитоз*.—В прениях приняли участие проф. В. М. Аристовский, д-р И. Н. Русецкий и проф. Н. К. Горяев.

Проф. С. С. Зимницкий: *Несколько слов о клиническом методе исследования желчного пузыря*.—По поводу доклада высказались проф. Р. А. Лурья и д-р Рахлин.

Заседание 5/IV.

Д-р Р. М. Ахрем-Ахрамович: *К картине крови при purpura variolosa*.—В прениях д-р Н. И. Вылегжанин указал, что патолого-анатомы на секции пришли к заключению, что в сообщенном докладчиком случае действительно имела место purpura variolosa, каковой диагноз был подтвержден и гистологическим исследованием органов больного. Д-р Виленский указал, что, кроме иностранной литературы, на которую ссылается докладчик, есть по этому вопросу и русская работа—Плавинского, выводы которой и сообщил. Проф. Б. А. Вольтер отметил, что вообще диагноз «purpura variolosa» представляет большую трудность. Проф. Н. К. Горяев подчеркнул, что сообщенный докладчиком случай представляет огромный интерес главным образом с гематологической стороны; такой картины крови, как здесь, проф. Г. до сих пор не встречал и затрудняется сказать с точностью, чем она больше вызывается,—основным-ли заболеванием, т. е. purpura variolosa, или сепсисом, обычно сопровождающим это заболевание.

Проф. И. П. Васильев: *К вопросу о первичной эндотелиоме плевры*. В своем докладе проф. В. сообщил о 3 случаях этого заболевания, из которых один наблюдался им недавно, а 2 были ранее наблюдаемы в Патолого-Анатомическом Институте Казанского У-та.—Доклад вызвал оживленные прения, в которых участвовали профф. М. Н. Чебоксаров, Р. А. Лурья, В. С. Груздев и Н. К. Горяев и д-ра Ю. А. Лейбчик и М. А. Романов.

Д-р Ф. Д. Агафонов прочитал по рукописи доклад д-ра Сперанского (из Ленинграда) на тему: *О некоторых условиях действия специфических антител в организме*.—Собрание постановило выразить глубокую благодарность д-ру Сперанскому за предоставление возможности ознакомиться с его интересной работой.

Секретарь А. Вылегжанин.

Физиологическая секция.

Заседание 23/II.

Д-р Б. И. Лаврентьев: *Морфология периферической нервной системы в свете современных исследований* (Реферат доклада не доставлен).

Д-р А. Н. Поляков: *Из наблюдений над гемоглобином крови птиц* (напечатано в № 3 «К. М. Журнала»).

Заседание 2/III.

Прив.-доц. А. Д. Гусев: *Реакция Маноилова в свете современной критики* (доклад появится в одной из ближайших книжек «К. М. Журнала»).

П. К. Денисов: *К вопросу о функции нервных центров сердца лягушки*. Докладчик нашел, что при раздражении спинного мозга лягушки фарадическим током получают эффекты возбуждения сердечного центра в продолговатом мозгу такого же характера, какой был получен Афонским при непосредствен-

ном раздражении продолговатого мозга, т.е. вагальный эффект с периферическими колебаниями возбуждения и возбудимости. Различие эффекта на предсердиях и желудочке позволяет говорить о раздельной их иннервации. Спинной мозг скорее утомляется, чем продолговатый.

Заседание 14/III.

Проф. В. М. Соколов: *К вопросу об условиях, влияющих на протоплазму* (реферат не доставлен).

Д-р. М. В. Сергиевский: *Механизм действия адреналина на слюнные железы* (доклад будет напечатан в «Каз. Мед. Журнале»).

Вет. врач М. Ф. Сметкин: *К вопросу о переваривании костей в желудочном соке*. От соляной кислоты происходит набухание клейдающих веществ кости и частичное их растворение; однако этот процесс недостаточно силен, чтобы позволить соляной кислоте в массе извлечь соли; последнее происходит при помощи пепсина, который фиксируется оссином и путем разложения последнего начинает разедать органическое вещество кости, чем дается возможность легкого вымывания солей соляной кислотой.

Заседание 21/III.

Вет. врач Е. Н. Павловский: *К вопросу о влиянии составных частей жидкости Ringera на возбудимость тканей* (реферат не доставлен).

Проф. К. Р. Виктор: *О влиянии составных частей жидкости Ringera на утомляемость мышц* (реферат не доставлен).

Д-р А. Н. Поляков: *Содержание фосфора в кристаллическом гемоглобине* (доклад помещен в № 3 „Каз. Мед. Журнала“).

Заседание 28/III.

Д-р Н. Г. Колосов: *К учению о Langerhans'овских островках* (реферат не доставлен).

Д-р З. А. Затворницкая и д-р В. С. Зимницкий: *Морфологические изменения в щитовидных железах при авитаминозе В* (доклад будет напечатан в „Каз. Мед. Журнале“). Секретарь секции М. Сергиевский.

Хирургическая секция.

Заседание 16/III.

Д-р И. Л. Цимхес: *Демонстрация больного с gangraena spontanea*. Больной—кузнец 40 лет. В анамнезе алкоголизм и 2 года назад—обморожение правой стопы. За неделю до поступления в клинику внезапное наступление болей в этой стопе. Последняя представляется покрасневшею, I—III пальцы почернели, холодны, а. dorsalis pedis не прощупывается, артерии выше прощупываются. Симпатэктомия на а. femoralis на протяжении 6—7 сант. Хороший результат в течение 6 мес. после операции.—В прениях проф. В. Л. Боголюбов заметил, что имеет большое значение стадия, в которой предпринимается при спонтанной гангрене периаартериальная симпатэктомия, причем в начальной стадии операция эта, видимо, действительно может оказать помощь. В прениях участвовали, кроме того, профф. Н. В. Соколов и М. О. Фридланд, прив.-доц. С. А. Флеров и В. А. Гусынин и д-р А. Н. Рыжих.

Проф. В. Л. Боголюбов: *К вопросу о подкожных разрывах почки*. Докладчик демонстрировал больного и препараты после двух нефректоми. В одном случае нижний полюс почки был совершенно оторван, а в другом оторван значительный кусок по косой линии, причем разорвана была и лоханка. По мнению проф. Б., если имеется сомнение относительно тяжести повреждения почки, а особенно, есть указание на мочевую инфильтрацию, то не нужно быть консервативным, а необходимо скорее обнажить почку.

Д-р М. С. Знаменский: *Краткий отчет о деятельности хирургического отделения Казанского Военного Госпиталя за 1926 год*. За этот год в отделении было произведено 162 стационарных операции, большую часть под местной (1/4% новокаин) инфильтрационной анестезией. Обращает на себя внимание учащение случаев аппендицита у красноармейцев и военных курсантов. Паховая грыжа оперировалась в начале года по Bassini, а затем по С. Флерову. При выпадениях прямой кишки в легких случаях применялась операция по принципу Thiersch'a, только вместо проволоки бралась полоска апоневроза, или, в последнее время, полоска кожи по В. Л. Боголюбову; хороший резуль-

тат был прослежен в одном случае на протяжении 8 мес. В одном случае, далее, сделана ректопексия по Marchand'y. Легочные осложнения после операций наблюдались исключительно в месяцы сентябрь—декабрь, все они кончились выздоровлением (банки, эфир пополам с камфорой). Несколько раз операция провоцировала приступы малярии. При задержке мочи хорошее действие оказало подкожное введение 2 куб. сант. 25% сернокислой магнезии. Был случай желтухи вследствие рубцового зарощения общего желчного протока.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов.

Прив.-доц. В. А. Гусынин: *К вопросу об осложнениях после Г.-Е.* (по данным Казанской Железнодорожной больницы). Приведены данные за 3 последние года. На 16 случаев Г.-Е. было 4 острых осложнения и 3 возврата желудочно-кишечного страдания. Осложнения: желудочное кровотечение, потребовавшее вскрытия желудка (смертельный исход), кишечное кровотечение (смерть), *circulus vitiosus*, потребовавший добавочной передней Г.-Е. (смерть), и внутреннее ущемление кишок на месте соустья (высвобождение петли, выздоровление). Причинами повторных операций при возвратах были сращения, сужение анастомоза, возобновление и обострение язвы *duodeni*. Повторная операция заключалась в первом случае в разделении сращений, во 2-м—в пластическом расширении соустья и в 3-ем—в выключении привратника по проф. В. Л. Боголюбову.—Прения: Н. В. Соколов и прив.-доц. С. А. Флеров.

Акушерско-Гинекологическая секция.

Заседание 26/I.

Д-р П. В. Маненков: *К диагностике и симптоматологии прервавшейся ранней внематочной беременности.* Разбирая вопрос о диагностике прервавшейся трубной беременности, докладчик остановился особенно на тех признаках ее, которые выдвинуты в новейшее время (признаки Banki, Hellendal'a, Pfenicssymptom и др.), причем указал, что, несмотря на характерность картины прерывания внематочной беременности, здесь все же возможны ошибки. Для иллюстрации он привел один, наблюдавшийся в Казанской Акушерско-Гинекологической клинике, случай, где и анамнез, и данные объективного исследования, казалось, с несомненностью говорили за разрыв беременной трубы, при чревосечении же этого не оказалось.—Прения: проф. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев, д-ра Ю. А. Лейбчик, Н. Н. Чукалов, Е. Д. Рузский, М. А. Романов.

Д-р С. П. Левин: *Случай разрыва матки и S rotandi во время родов* (демонстрация препарата). Больная 37 лет, X-para, была доставлена в Акушерско-Гинекологическую клинику Казанского У-та 9/I из участковой больницы, куда поступила месяц тому назад по поводу кровотечения на IX мес. беременности. Диагностирована *pl. praevia marginalis*, и предложена операция, от которой больная, однако, отказалась. Кровотечение потом повторялось, но в небольшом количестве; 1' держалась на 38°—39°, схваток не было, появились вонючие выделения. Наконец больная согласилась на операцию, которая и была произведена 7/I: сначала цервикальный канал был расширен бужами *Negati*, затем пальцами, после чего в матку была введена вся рука, произведен поворот на ножку, и плод удален, а затем удалена рукой и плацента. Повторно введя затем в матку руку с целью контроля, производивший операцию врач обнаружил там петли кишок. Больная была отправлена в Казань, в клинику, где она и скончалась 18/I при явлениях перитонита. На вскрытии обнаружен большой дефект в передней стенке матки (в области нижнего сегмента и шейки), через который маточная полость широко сообщалась с передним дугласом; толстая кишка на границе между *colon descendens* и *Sigmoid* оказалась перерванной надвое, причем оба отрезка ее также открывались в передний дуглас.—Прения: проф. А. И. Тимофеев, д-р Н. Н. Чукалов и д-р Калашников.

В заключение заседания были произведены перевыборы президиума секции на 1927 г., причем председателем был избран проф. В. С. Груздев, тов. председателя—проф. А. И. Тимофеев, секретарем—д-р П. Е. Сидоров.

Заседание 23/III.

Д-р П. В. Маненков сообщил, с демонстрацией микроскопических препаратов, о наблюдавшемся в Акушерско-Гинекологической клинике Казанского У-та случае *туберкулезного эндометрита*, где было испробовано лечение радиумом.—Прения: проф. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев и д-р Бобрышев.

Проф. А. И. Тимофеев демонстрировал препарат матки с *объемистой фибромиомой*, лежавшей в значительной степени интралигаментарно, где опера-

ция (экстирпация матки per laparotomiam) была выполнена под местной анестезией.—В прениях д-р Ю. А. Лейбчик указал на применение местной анестезии в Казанской Университетской Гинекологической клинике, где таким образом делаются и чревосечения. Д-р В. С. Тарло, только что вернувшийся из Ленинграда, отметил, что местная анестезия почти совершенно не применяется в тамошних гинекологических клиниках, а также подчеркнул возможность подготовки внушением, особенно, если операция предстоит у лиц с неуравновешенной психикой. Д-р Соколова приветствовала применение местной анестезии особенно в практике участковых врачей.

Д-р Г. Д. Дерчинский изложил свои наблюдения над *воздушной пробой для определения целостности плаценты*. Проба эта, состоящая во вдвухании воздуха ртом, через пупочную вену, в сосуды плаценты, опущенной в воду, была испытана докладчиком в 153 случаях. Д-р Д. считает особенно ценными отрицательные результаты этой пробы, при которых можно быть уверенным, что плацента вышла вся.—Прения: проф. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев, д-ра Н. Н. Чукалов и Ю. А. Лейбчик.

Проф. А. И. Тимофеев сделал доклад: *К вопросу об опасности ручного удаления плаценты*. В основу доклада лег акушерский материал Казанской Университетской Ак.-Гин. клиники и Ак.-Гин. клиники Казанского Института для усов. врачей, обнимающий всего 9.065 родов, в том числе 170 случаев ручного выделения плаценты. Сравнивая заболеваемость и смертность после этой операции с заболеваемостью и смертностью после других акушерских операций, докладчик пришел к общему заключению, что опасность ручного выделения плаценты в общем преувеличивается.—В прениях по докладу приняли участие д-р П. В. Манинков и проф. В. С. Груздев, указавший на господствующую в современном акушерстве, с легкой руки немецких акушеров, преувеличенную боязнь пред занесением заразы извне в половой канал роженицы,—боязнь, не оправдываемую фактическими данными.

Пензенское Научное Медицинское Общество.

Заседание 8/III.

Демонстрация препаратов *пептической послеоперационной язвы* по материалу Хир. отд. Губбольницы.

Демонстрация 6-ой с *диссеминирующей формой рецидива рака* во круг послеоперационного рубца после операции удаления грудной железы.

Д-р Л. О. Эляшович: *Пептическая язва тонкой кишки после операции гастро-энтеростомии*. Докладчик привел 12 случаев язвы за последние 12 лет после применения разных методов гастро-энтеростомии. Он отдает предпочтение Г.-Э. по Наскер-Врауну. Между прочим привел историю болезни недавно оперированного больного с язвой тонкой кишки, который перенес раньше 2 лапаротомии по поводу язвы duodeni в 1922 и 1924 гг. Произведена резекция желудка, тонкой и толстой кишки. Выздоровление.

Д-р А. С. Козлова сообщила о поездке в Ленинград на курсы по *бактериологии* и познакомила собрание с научными достижениями в этой области.

Д-р Н. М. Савков: *700 операций на желудке и duodenum, произведенных за последние 12 лет в Пензенской Губбольнице*. Появление огромного количества язв в первые революционные годы докладчик ставит в связь с нервно-психической травмой этих лет. Дисфункция вегетативной системы отмечена у значительного количества больных, особенно с язвами пилоро-дуоденального отдела желудка. В докладе было отмечено большое значение болезненных спазмов привратника, способствующих образованию язвы. Спазм зависит от ряда причин рефлекторного свойства со стороны брюшных органов. Отдельные результаты в 69% операции были хорошие, в 18%—плохие и в 13%—удовлетворительные. Понятно приведены результаты заживления язвы после Г.-Э. у 44 больных, которым были сделаны чревосечения вторично, по поводу разного рода послеоперационных осложнений. Операцией выбора для большинства желудочных и дуоденальных язв должна остаться, по автору, Г.-Э. по Наскер-Petersen'у. Резекция должна подлежать хронические язвы с пониженной секрецией и дилатацией ж.-к.—В прениях приняли участие д-ра В. Ф. Зборовский, И. С. Егоров, Л. О. Эляшович и С. И. Гурвич.

И. Савков.

Заседания Научного Круга при Рыбинской Врачебной Секции.

Заседание 9/III.

Д-р А. Н. Бронников: *К вопросу о технике операций диафрагмальной грыжи.* Докладчик указал, что среди хирургов нет единодушия во взглядах на способы оперирования диафрагмальных грыж, — здесь применяется и торакальный, и абдоминальный, и смешанный пути, а проф. Соколов является, кроме того, защитником трансплеврального способа, но докладчик несогласен с ним в виду невозможности при этом способе осмотреть брюшные органы, которые могут быть ранены. Защитников абдоминального пути больше; среди них докладчик отметил проф. Яценецкого-Войно, который с помощью швами чрез кожу подтягивает рану диафрагмы к реберному краю; недостатком этого способа является невозможность осмотреть органы грудной полости, а также большая смертность — 84%. Способ, предложенный Цейдлером, является смешанным — торако-абдоминальным; при нем проводится большой разрез, захватывающий и грудную полость, и брюшную. Докладчик, демонстрируя одного больного с диафрагмальной грыжей, описал как этот случай, так и способ, примененный им. Больной был ранен острым оружием вечером 16/III и доставлен в больницу через 12 часов в очень тяжелом состоянии. У него имелись 3 резаных раны, из которых одна в левом боку, в 5 смт. длиной: через нее выпал сальник, в котором циркулировал воздух при дыхании. Под новокаином резецированы сальник и VIII ребро, и рана увеличена разрезами сверху от концов ее. При осмотре в левой плевре видны были толстая кишка, длиной в 30 см., и сальник, а также рана диафрагмы в 5½ см. длиной, имеющая направление сзади наперед и снаружи внутрь. После резекции VII ребра кишка извлечена; вид ее нормален, лишь с одной стороны большой кровоподтек. Попытка вправить ее чрез плевру не удалось, почему сделан второй разрез вдоль левых ребер, для вскрытия брюшной полости от средней линии до передней подмышечной, под общим наркозом. При осмотре органов брюшной полости повреждений не найдено; после осмотра кишка вытянута в брюшную полость, и рана диафрагмы зашита подтягиванием к плевральной ране. Со 2-го дня воздуха в плевре не оказалось. Больной демонстрирован в хорошем состоянии на 20-й день после операции. Докладчик считает преимуществами своего способа возможность тщательно осмотреть брюшную и грудную полости, удобство манипулирования одновременно с той и другой стороны, невозможность затекания гноя в брюшную полость в случае образования гнойного плеврита и меньшего травма, чем при других способах.

Д-р А. П. Богословский продолжил доклад о поездке на курсы для усовершенствования врачей.

Секретарь Синакевич.

Краткий отчет о работе Бугурусланского Научного Круга врачей.

Заседание 5/IX 1925.

Д-р Фиалков: *Наблюдения над действием инъекций сернокислой магнезии при послеродовой и послеоперационной ишиургии.* Докладчик вел эти наблюдения в течение двух лет, причем для инъекций употреблялся 10% раствор сернокислой магнезии, который вводился в количестве от 5 до 10 куб. смт.; впрыскивание приходилось производить до 3—4 раз, причем самое раннее мочеиспускание наблюдалось через 30 мин. после первой инъекции.

Он же: *Оперативное лечение некоторых форм недержания мочи у женщин.* Докладчик остановился на подробном выяснении патолого-анатомической подкладки одного вида недержания мочи у женщин, которое зависит от нарушения нормального взаимоотношения тканей, прикрепляющих пузырь. Для устранения недержания мочи этого вида Ширшовым была предложена операция подшивания пузыря к надкостнице симфиза. Докладчик проделал эту операцию с полным успехом 2 раза. Результат у одной больной прослежен около года, у другой — 11 месяцев.

Д-р Семенов: *Лечение язв голени интегральной терапией по способу проф. Голяницкого.* Лечение это испытано у пяти больных, причем у четырех наступило полное излечение, и один случай пришлось долечивать по другому методу. Единственный недостаток способа — это болезненность при впрыскивании.

Заседание 20/X 1925.

Д-р Ф и а л к о в произнес слово, посвященное *памяти скончавшего* проф. Ф. А. Рейна.

Он же: *О завороте кишок* (с демонстрацией больного).

Он же демонстрировал препараты *личинкового дермоида*, величиною с детскую голову, найденного в правом подреберье, причем от опухоли шел едва заметный тяж к правому углу матки, и *повторной трубной беременности*.

Д-р Кириченко: *Некоторые наблюдения над цереброспинальным менингитом*. Докладчик указал, что за последнее время в городе было несколько случаев заболевания цереброспинальным менингитом со смертельным исходом, и прочитал протокол патолого-анатомического вскрытия одного больного, умершего от этой болезни.

Д-ра Семенов и Волженский демонстрировали больного, получившего *сильную травму в левую половину лица* (от махового колеса). На этой почве получился перелом нижней челюсти, и развился паралич левого отводящего и правого лицевого нервов, а также парез правой стороны туловища. В настоящее время больной почти выздоровел.

Заседание 27/II 1926.

Д-р Ф и а л к о в: *Лечение гнойных ран*. Докладчик поделился впечатлениями от разных методов лечения гнойных ран, применявшихся им, и в частности от бестампонного лечения. В заключение он демонстрировал несколько удаленных им *препаратов внематочной беременности*.

Д-р Волженский продемонстрировал двух больных—одного с *саркомой правого глаза*, другого—с *остеомой глазницы*.

Заседание 5/III 1926.

Д-р Ю с ф и н сообщил об организации им *ушного отделения при I Советской больнице*.

Д-р Волков: *О работе VII Терапевтического отделения*.

Д-р Кириченко: *Опыт амбулаторного применения электричества*. Докладчиком показаны около 20 больных, леченных им амбулаторно электричеством.

Д-р Семенов демонстрировал редкий препарат *кисты червеобразного отростка*.

Д-р Ф и а л к о в показал ряд *препаратов, удаленных под спинномозговой анестезией*.

Заседание 14/VI 1926.

Д-р Ф и а л к о в произнес речь, посвященную *памяти недавно скончавшегося* проф. Н. И. Березнеговского.

Д-р Волженский сделал отчетный доклад о *научной командировке в г. Казань, в Институт для усовершенствования врачей*.

Д-р Семенов: *Информация о XVIII Съезде Хирургов*.

Заседание 13/XI 1926.

Д-р Волженский: *Доклад о I Офтальмологическом Съезде в Москве*.

Д-р Киселев: *Отчет о последнем Поволжском Малырийном Съезде*.

Д-р Богородицкий: *О рациональной палатке для землеробов*.

Д-р Ф и а л к о в: *Ошибки и несчастия в хирургии по личным наблюдениям*.

Д-р Богородицкий: *О лечении панкусов подкожно-жировыми инъекциями цианистой ртути*.

II Съезд Хирургов Северо-Кавказского края.

С. М. Эйбера (Артемовск).

Съезд состоялся в Ростове на Дону 12—15 1927 г., в удачно выбранном и удобном помещении Рабфака Северо-Кавказского Университета.

Председатель Оргбюро Съезда проф. Н а п а л к о в (Ростов), открывая Съезд, указал, что программные вопросы его 1) Тбс костей и суставов и 2) Неотложная хирургия перитонита, кишечной непроходимости, гинекологических заболеваний,—

являются сложными, широко поставленными, а потому в них необходимо осветить наиболее главные, существенные детали. Тбс костей и суставов является трудовым злом, т. е. кости и суставы—рычаги трудовой жизни, а без них нет динамики. Проф. К р и н и ц к и й (Ростов) в своем приветствии обратил внимание на другую опасность, на другое социальное зло,—это рак, % смертности от которого даже превышает % смертности от тбс (в то время, как коэффициент смертности от рака—105, при тбс он равен 100).

С исключительным подъемом приветствовал Съезд командующий войсками Северо-Кавказского Края, указывая на особо-важное развитие хирургии, в котором очень заинтересованы не только Красная Армия, но и весь Союз. В виду возможности боевых действий, хирургии, как всегда, так и сейчас в особенности предстоят огромной важности государственные задачи. Боевая, истребляющая техника доведена до совершенства. Современный пулемет дает 2000 выстрелов в минуту,—«это какая-то смертоносная пыль». Пушка стреляет на 400 километров, у нее снаряд в рост человека. Аэроплан делает 460 километров в час, имея 4500 килограмм «полезного веса». Проектор в 5—8—10,000 свечей слепит глаза. Из-за такой развитой техники является необходимой ставка на противодействие: организованность, научное обследование, терапия.

Представители целого ряда общественных, лечебных, научных и профессиональных организаций, приветствуя Съезд, выразили уверенность в его плодотворной и руководящей деятельности. Обратило на себя внимание присутствие на Съезде, несмотря на дальность расстояния, корифеев отечественной хирургии из Москвы, Ленинграда, Баку, Киева и др.

Тбс костей и суставов был освещен на Съезде 23 докладами. Тбс у человека вызывается различными тбс палочками и фильтрующимся вирусом, причем костный тбс является вторичной инфекцией в то время, как первичная гнездится обычно в лимфатических узлах; там, в симбиозе с другой инфекцией, она и развивается. Этим объясняются как анатомические изменения (поражение эпифизов, красного мозга), так и изменения биологические (реакция со стороны лимфатической ткани и возникновение фибробластов до образования творожистого перерождения). Поэтому возникает 2 вида тбс процессов; 1) экссудативный, где раздражителем является механический инсульт, и 2) продуктивный, как результат реакции. Вот почему при патечниках, как результате нагрузки на позвоночник, необходимо разгрузить последний, дать ему полный покой. Вот почему при глубоких поражениях в костях и суставах, в целях экономии времени и сохранения дальнейшей трудоспособности, необходимо активное вмешательство—выигрышная ставка на остеосинтез.

Тбс ревматизм, по современным изысканиям, является лишь симптомом; на острый приступ его надо смотреть, как на результат внедрившейся, оккультной инфекции, напр., в виде тонзиллогенного стрептококка, а на хроническую форму—как на реакцию скрытого заболевания, зависящую от эндокринной, кровеносной и лимфатической систем. Тбс суставов возникает или от токсинов, или от самой тбс палочки, но вернее всего от их сочетания, причем заболевание всегда наступает после инсульта. Поэтому здесь необходимо применение физических методов лечения в широком смысле слова, ибо они поднимают защитные свойства организма.

При наличии свищей или грануляционной ткани при костном тбс является необходимо их блокада, т. е. образование рубца, каковой может возникнуть от покоя, обезгруживания, от гиперемии, от термо-фото-терапии. В случаях глубокого внутрисуставного процесса, если представляется возможным легко и быстро купировать его, выступает ставка на опыт хирурга и на иммуно-биологию больного. Прав был в свое время J o h a n n s e n, когда писал: «Довольно с нас консерватизма, надо оперировать».

Проф. Р о з е (Харьков), приравнивая тбс костей и суставов к злокачественным новообразованиям, рекомендовал радикально удалять его очаги. Проф. М а р т ы н о в (Москва) в своем заключительном слове указал, что уже начинают раздаваться призывы перейти к активной хирургии при тбс костей и суставов, подтвержденные и экспериментом, и клиникой. Крупным препятствием к широкому применению этого метода является невозможность поставить прогноз из-за отсутствия познаний в количестве иммуно-биологических сил больного. Поэтому необходимы наблюдения в суммарно больших цифрах. Тогда вопрос остеосинтеза вместе с консервативными мероприятиями, возможно, выльется в более реальную форму.

По второму программному вопросу, именно, по вопросу о лечении перитонита, выявлены на С'езде следующие основные положения: 1) Перитонит в большинстве случаев бывает аппендикулярного происхождения; поэтому при чревосечении в первую очередь необходимо осмотреть ileo-соединительную область, а если там ничего патологического не окажется, то необходима ревизия верхнего отдела брюшины (желудка, печени); наиболее благоприятные перитониты—гонококковые. 2) Смертность после операции увеличивается после 48 часов с момента начала заболевания; при перфоративных перитонитах отверстие в кишке очень маленькое, и весь симптомокомплекс наступает много позже; поэтому ранняя диагностика—ранняя операция. 3) Наркоз—преимущественно эфирное оглушение вместе с инфильтрационной анестезией. 4) Техника: широкий разрез обеспечивает осмотр и ориентировку; поменьше эвентерировать кишечник, побольше беречь спайки; промывание брюшной полости безусловно запрещено из-за последующих частых скоплений гноя в дугласе; обязательно стянуть разрез и зашить брюшину. 5) Гематологический status: в случаях перитонита, заканчивающихся смертью, с самого начала наблюдаются: падение числа лейкоцитов, свидетельствующее об упадке сопротивляемости организма, и увеличение числа нейтрофилов, говорящее о токсичности инфекции; такое расхождение происходит во всех случаях перитонита независимо от места его возникновения и инфекции; в случаях, заканчивающихся выздоровлением, наблюдается под'ем обеих кривых,—как лейкоцитарной, так и нейтрофильной,—после некоторого колебания в продолжении двух суток, причем на третьи сутки кривые начинают приближаться к средним нормальным цифрам; увеличение нейтрофилов происходит за счет молодых, главным образом палочковидных форм; со стороны красной крови, в особенности при прободных перитонитах, при перфорациях толстых кишек, наблюдается нарастание количества эритроцитов; на основании соотношения между кривыми лейкоцитарной и нейтрофильной, учитывая сопротивляемость организма и токсичность инфекции, можно говорить о прогнозе данного заболевания и необходимости оперативного вмешательства. 6) При перитонитах надо вводить огромные количества физиологического раствора любым методом, применять камфору, наперстянку, тепло, заботясь о выведении газов применением глицериновых клизм и о прекращении рвоты—обильными промываниями желудка. Необходимо поднять квалификацию раз'ездных, районных врачей, чаще других встречающих острые перитониты, для неотложного и быстрого отправления заболевших в больницу. Самое широкое сотрудничество терапевтов и хирургов обеспечит наименьшее количество просмотренных или поздних перитонитов.

Относительно другого заболевания, фигурировавшего во втором программном вопросе С'езда, *внематочной беременности*, высказано, что самым существенным в ее диагностике является анамнез, а за ним пункция через задний свод, лишь в 4% не подтверждающая это заболевание, на которое надо смотреть, как на злокачественную опухоль, а потому немедленно оперировать, ибо 2,7% смертности при нем являются результатом позднего вмешательства. При операции необходимо удалять из брюшной полости только плотные сгустки крови и зашивать брюшную рану наглухо. Из симптомов, которыми выражался перерыв внематочной беременности, 1) боли внизу живота были констатированы в 42%, 2) боли схватками—в 55%, 3) боли в правом плече (Phrenicussymptom)—в 14%, 4) наружное кровотечение—в 87%, 5) задержка месячных—в 68%, 6) обильный пот, крики, бледность—в 11%, 7) предшествовавшие воспалительные заболевания мочеполовой сферы—в 26%. Консервативное лечение острых явлений внематочной беременности, если и дает благоприятный исход в смысле дальнейшего бытия, то оставшееся haematocoe все-таки вызывает тяжелые осложнения в виде ileus'a, абсцессов, и тогда оперировать несравненно труднее из-за плотных спаек или гноя. Обычно нормальное послеоперационное течение при острых явлениях дает 15,6 койко-дней, а при хронических—6—8 недель.

О *повреждениях матки при производстве искусственного выкидыша* на С'езде были сообщены такие данные: по одним наблюдениям на 4682 аборта было сделано 12 перфораций матки, по другим на 4520—8; при осложнении этом применялась консервативная терапия в случае перфорации зондом и оперативная—при перфорациях бурами и абортными щипцами; в видах профилактики перфораций надо перед оперативными манипуляциями точно устанавливать положение матки.

Оживленный интерес вызвал на С'езде доклад проф. Криницкого (Ростов) «Биопсия в хирургии», основные положения которого таковы: 1) Никогда не следует брать кусочков для исследования из центра опухоли и дна язвы. 2) Биоп-

сия является высоко-ценным диагностическим методом, особенно опухолей. 3) Биопсированный материал немедленно надо опускать в 10% раствор формалина; фиксация в денатурированном спирте не допускается. 4) Посылка биопсированного материала одновременно двум специалистам недопустима. 5) Кривая смертности от тбс и рака имеют тенденцию к сближению. 6) По данным Патолого-Анатомического института С. К. Г. У. и прозекутуры Донской Окружной больницы за 1925 и 26 г.г. на 1163 вскрытый трупов людей старше 20 лет падает 148 случаев рака, что составляет 12,8%. 7) По данным прозекутуры Донской Окр. больницы за те же годы на 786 вскрытий трупов людей старше 20 лет тбс, как основной патологический процесс, был отмечен в 102 случаях, что составляет 13%. 8) Необходимо широкое ознакомление всего населения Советского Союза с так называемым преканциноматозным состоянием. 9) Биопсия должна получить самое широкое применение в профилактике и борьбе с раком. 10) Лабораторные методы диагностики должны быть легко доступны широким слоям населения Советского Союза. 11) Придавая огромное значение в борьбе с раком возможно ранней диагностике и считая, что биопсия является самым верным диагностическим методом, необходимо предоставить населению широкую возможность к использованию этого ценного диагностического метода. 12) С момента биопсии до момента радикальной операции должен пройти минимальный промежуток времени, исчисляемый несколькими часами. 13) В профилактике рака крупную роль должны играть бесплатные диагностические патолого-гистологические лаборатории, широкой сетью раскинутые по всей территории Советского Союза. 14) Деятельность этих лабораторий периодически должна подвергаться контролю со стороны крупных специалистов. 15) Исследование биопсированного материала в крупных населенных пунктах Северо-Кавказского края совершенно не организовано. 16) Необходима организация сети прозекутур во всех крупных городах Северо-Кавказского края.

Большое внимание привлек к себе также доклад проф. Вознесенского (Ростов): «Несколько мыслей по поводу операций аппендицита». В годовых отчетах научных медицинских обществ и почти на каждом краевом съезде отдается должная дань этому вопросу, ибо в нем путь глубоких успехов и обыденных разочарований. Теперь началась критическая эра, и Melchior впервые выставил термин «Псевдоаппендицит». Однако, последние клинические наблюдения и микроскопические исследования показывают, что, напр., в попутно удаленном аппендиксе при гинекологических заболеваниях находили крупные деструктивные воспалительные изменения. Выявлено, далее, что зачастую клинический симптомокомплекс по своей невинной и простой форме совершенно не соответствует тяжелым патолого-анатомическим изменениям. Вот почему здесь необходимы и важные самый подробный анамнез и микроскопическое исследование. Только патолог сумеет решить вопрос в каждом данном случае, „он наш прокурор и он наилучший друг“. К сожалению, и по сие время нет еще полной сговоренности среди русских хирургов оперировать тотчас в остром периоде. Русская хирургия только мечтает об этом в то время, как западно-европейская этот вопрос передала уже будням...

Ряд экспериментальных работ и клинических наблюдений, сообщенных на Съезде, выявил, затем, современное состояние вопроса о роли селезенки, фильтрующей кровь и чужеродные вещества, участвующей в обмене железа, имеющей свой гормон и действующей перистальтически. „Селезенка — термостат и могила для инфекции“.

Нельзя не отметить также сделанного на Съезде подробного практически-научного освещения вопроса об операциях на основании черепа.

Хирургия шеи и груди была представлена докладами о паразитовидных железах, о лечении базедовой болезни, о рубцовых сужениях пищевода и пр.

Такова, в кратких чертах, научная сторона Съезда. Добавим, что ростовские клиники, больницы, рентген-кабинеты и лаборатории выставили богатый, разнообразный показательный материал препаратов и снимков.

Состоявшийся Съезд, как и всякий другой, оживил мысли, дал богатый ценный обмен мнений; на нем произошли встречи, знакомства, вырабатывалась привычка уважать и критически относиться к своим сотоварищам, ценить их работу, проверять свой личный опыт.

Хроника.

110) Проф. В. Л. Боголюбов утвержден ГУСом профессором Госпитальной Хирургической клиники Казанского У-та.

111) На вакантную кафедру кожных и венерических болезней соответствующую предметной комиссии и Медфаком Казанского У-та представлен проф. М. С. Пильнов.

112) Д-р мед. С. А. Флеров избран Медфаком Казанского У-та в приват-доценты хирургии.

113) 18/III в открытом заседании Медфака Казанского У-та, после публичной защиты, признана трудом высокой научной квалификации работа П. В. Маненкова «Рагоорһогоп, его топография и судьба в различные возрасты внутри—и внеутробной жизни женщины». Официальными оппонентами были профф. В. С. Груздев, А. Н. Миславский и А. И. Тимофеев.

114) 25/III в открытом заседании Медфака Казанского У-та, после публичной защиты, признана трудом высокой научной квалификации работа д-ра М. П. Андреева «Взаимоотношения психического склада и телосложения». Официальными оппонентами были профф. А. В. Фаворский, П. Н. Николаев и Т. И. Юдин.

115) 1/IV в открытом заседании Медфака Казанского У-та признана, после защиты автором, трудом высокой научной квалификации работа д-ра Б. И. Лаврентьева «О нервных элементах гладкой мускулатуры, об „интерстициальных“ клетках Сајага-Догеля и об окончаниях нервных волокон в гладких мышечных клетках». Официальными оппонентами были профф. А. В. Фаворский, А. Н. Миславский и В. Н. Терновский; кроме того, на диспуте выступал проф. А. Ф. Самойлов.

116) Пред Главнаукой возбуждено ходатайство об организации при Казанском Гос. У-те Ассоциации исследовательских институтов в составе 6 институтов: Математического, Физического, Химического, Геолого-минералогического, Биологического и Онкологического. Для проведения этого ходатайства в Москву были командированы: ректор У-та проф. А. И. Луньяк, проф. А. Ф. Самойлов и проф. В. С. Груздев.

117) Д-р Р. Я. Гассуль, после прочтения пробной лекции, избран Советом Казанского Института для усов. врачей в приват-доценты по кафедре рентгенологии.

118) Союзом ССР приняты правила Гаагской и Женевской конвенции 1906 и 1907 гг. относительно госпитальных судов и участи больных раненых.

119) 50% доходов казны от госуд. карточной монополии передаются наркомздравам союзных республик на улучшение дела охраны материнства и младенчества.

120) В виду усилившегося за последнее время подкидывания детей НКЗ и НКЮ издали циркуляр, приглашающий, с одной стороны, суды усилить наказание за подкидывание детей, а с другой—органы охраны матмлада создать такие условия, чтобы матери, не имеющие возможности содержать детей, своевременно обращались в эти органы.

121) Члены семейств, находящиеся на иждивении медицинских и ветеринарных работников, постоянно работающих в сельских местностях, в учреждениях участковой медицинской и ветеринарной сети, освобождаются от платы за учение и воспитание в учебных и воспитательных учреждениях. Эта льгота распространяется и на детей медицинских работников, обслуживающих учебные и учебно-воспитательные учреждения в качестве постоянных работников и не занимающихся частной практикой, а также на лиц, находящихся на их иждивении.

122) Совет Народных Комиссаров РСФСР постановил (Изв. ВЦИК'а, 1927, № 78): 1. Предложить советам народных комиссаров автономных республик, краевым, областным и губерньским исполнительным комитетам принять меры к возможно скорейшему осуществлению всех распоряжений центральных органов власти об улучшении материального, правового и бытового положения и условий труда медицинских работников в уездных городах, рабочих поселках и в сельских местностях, а также в губерньских и окружных городах отдаленных местностей. 2. Признать необходимым, чтобы местные исполнительные комитеты повысили оплату труда врачей в тех местностях, где установленные Советом Народных Комиссаров РСФСР минимальные ставки заработной платы для врачей оказываются по местным условиям недостаточными для привлечения квалифицированных медицинских работников. 3. Признать необходимым повысить квалификацию и специали-

зацию молодых врачей и урегулировать вопрос о размещении их на службе в лечебно-санитарных учреждениях тех поселений и местностей, которые указаны в ст. 1. Для этого: а) увеличить по государственному бюджету число стипендий, а также размер их для врачей, проходящих стаж, используя эти стипендии главным образом на организацию стажа в провинциальных учреждениях; б) увеличить число стипендий для врачей, проходящих курсы усовершенствования; в) обязать лиц, оканчивающих медицинские высшие учебные заведения и получавших при прохождении в них курса государственные стипендии, поступать на платный стаж по назначению Народного Комиссариата Здравоохранения; г) включить в сметы Народного Комиссариата Здравоохранения и местных отделов здравоохранения расходы, связанные с переброской квалифицированных медицинских работников в лечебно-санитарные учреждения уездных городов, рабочих поселков и сельских местностей, а также расходы, необходимые для осуществления льгот, предусмотренных для работы в отдаленных местностях декретом Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров РСФСР от 17 августа 1925 г. („С. У.“ 1925 г., № 64, ст. 512) и законами, изданными в его дополнение и развитие; д) поскольку значительная часть специалистов обслуживает застрахованных, привлечь к расходам по доквалификации и специализации врачей средства из центрального и местных фондов медицинской помощи застрахованным; е) включить в местные бюджеты специальный кредит на проведение стажа врачей; ж) ввести в штаты научных и показательных учреждений Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР и народных комиссариатов здравоохранения автономных республик, а также наиболее оборудованных крупных учреждений местных отделов здравоохранения, должности научных сотрудников для молодых врачей, которые по истечении определенного времени (три года) отбывают срок интернатуры в поселениях и местностях, указанных в ст. 1, по назначению Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР или местных органов здравоохранения; з) ограничить допущение молодых врачей к стажу и экстернатуре в Москве и Ленинграде за исключением тех отраслей врачебного дела, которые отсутствуют или недостаточно хорошо поставлены на местах; и) запретить прием врачей на стаж в лечебно-санитарные учреждения Москвы и Ленинграда без командировок местных отделов здравоохранения, причем последние не должны допускать командировок врачей, не связанных с данной местностью. 4. Предоставить врачам, имеющим трехлетний стаж службы в поселениях и местностях, указанных в ст. 1, преимущественное право занятия должностей в лечебно-санитарных и научных учреждениях Москвы и Ленинграда. 5. В целях обеспечения выполнения государственными стипендиатами обязательств по трудовому возмещению полученных ими в высших учебных заведениях стипендий установить в изъятие от общих правил ст. 5 постановления Совета Народных Комиссаров РСФСР от 24 марта 1926 года о порядке возмещения расходов, понесенных государством на содержание студентов-стипендиатов („С. У.“ 1926 г., № 16, ст. 132), что срок обязательной отработки врачами полученных ими стипендий не должен превышать трех лет. 6. Запретить оставление на работе в университетских центрах врачей, прошедших установленный срок стажа. 7. Предложить Народному Комиссариату Труда РСФСР по соглашению с Народным Комиссариатом Здравоохранения дать в двухнедельный срок распоряжение биржам труда о снятии с учета бирж труда тех медицинских работников, которые отказываются без достаточно веских оснований от выезда в поселения и местности, указанные в ст. 1 настоящего постановления.

123) Ленинградский Губздравотдел постановил воспретить совместительство государственной службы врачей с работой в частных лечебницах и амбулаториях. Постановление это вызвало протест со стороны более 300 Ленинградских врачей. Протест этот, однако, оставлен без последствий. (Вест. Совр. М., 1927, № 6.)

124) На 2 мая собирается НКЗ^м РСФСР VI Всероссийский Съезд Здравоохранения.

125) XIX Съезд Российских Хирургов состоится в Ленинграде 24—28 мая с. г. (встреча 23 мая). Программные темы: 1) Пeus (докладчики И. И. Греков и В. А. Красинцев), 2) Эндокринология в хирургии (В. А. Опель), 3) Конституция (В. Н. Шевкуненко и М. В. Чернорудкий). Пятый день Съезда будет посвящен ортопедии, с программной темой: Ортопедия позвоночника (без уклона в сторону тbc). Срок подачи заявлений о докладах продлен до 15 IV, причем заявления с тезисами должны быть направляемы на имя Председателя Оргкомитета проф. И. И. Грекова (Фонтанка, 106, Обуховская больница). При больницах и клиниках Ленинграда будут для участников Съезда организованы операционные дни. При Съезде будет выставка. Для членов Съезда исходатайствован бесплатный

обратный проезд; квартира и, вероятно, дешовый стол будут обеспечены для приезжих членов так же, как и бесплатная езда на трамваях

126) II Поволжский Съезд Врачей в Саратове окончательно решено созвать с 4 по 8 июня тек. года.

127) Убийцы д-ра Мирлеса (см. «Хронику» мартовской книжки журнала, № 100), братья М и К и чьянц, приговорены судом к расстрелу, активный пособник А ко п о в — к 10 годам заключения.

128) Ленинградский Губсуд, разобрав дело о покушении рабочего Ф р о л о в а на ж.-врача Г р и н и п у н во время амбулаторного приема, отверг обвинение в покушении на убийство, но признал его виновным в нанесении повреждений (потерпевшая получила перелом руки) и приговорил к одному году лишения свободы.

Н Е К Р О Л О Г.

29-й в г. Новочеркасске скончался бывший директор Казанской Окружной Психиатрической лечебницы, проф. Владимир Иванович Левчаткин. В лице покойного наша медицинская семья потеряла еще одного маститого ученого, имя и труды которого были хорошо известны медицинскому миру не только у нас в России, но и заграницей.

Казанская Окружная Психиатрическая лечебница многим обязана покойному Владимиру Ивановичу, а товарищи и сослуживцы всегда будут скорбеть душою о тяжелой утрате дорогого коллеги и учителя.

Врач К. Г. Никитин.

В О П Р О С Ы И О Т В Е Т Ы.

9) Как часто встречаются случаи полного врожденного отсутствия матки и придатков у женщин, и какая может быть рекомендована литература по данному вопросу?

Д-р И. Ляндрес.

Ответ. Такие случаи не составляют особенной редкости. В Казанской Акушерско-Гинекологической клинике за последние 26 лет наблюдалось, напр., по произведенному недавно д-ром Д. П. Давыдовым подсчету, более 50 (54) случаев подобного рода. — Новейшая монография по вопросу о пороках развития женских половых частей, принадлежащая проф. K e r m a u n e r 'y, помещена в III томе многотомного руководства Halban'a и Seitz'a «Biologie und Pathologie des Weibes»; там имеется и список литературы по данному вопросу.

Проф. В. Груздев.

10) Как велика продолжительность инкубационного периода при бешенстве, и какая имеется русская литература об этой болезни?

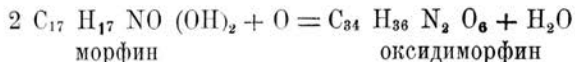
Д-р С. Н. Смиловский.

Ответ. Инкубационный период при бешенстве колеблется в широких пределах. В литературе имеются описания отдельных случаев бешенства у человека с необычайно-длительной инкубацией: случай Chantemess'a с инкубацией в 27 месяцев, Second'a-Forgeol'a—2 1/2 года, Colin'a—5 лет и 8 месяцев, Sauvage'a—10 лет, Brassavol'a и de Salmuth'a—18 лет, Guenerius'a—20 лет («Инфекционные болезни человека и животных» проф. H ö g y e s 'a, перев. Ланге). Во всяком случае инкубационный период свыше года является редкостью, и Ваш случай, где болезнь развилась через 2 г. 8 мес. после укушения, заслуживает описания. Современную русскую литературу по вопросу о бешенстве в виде отдельных статей можно найти в журналах «Профилактическая Медицина», «Гигиена и Эпидемиология» за 1923—1926 гг. (работы Дубровинского, Жуковского, Саватеева, Германа, Пулькиса, Полева), а также в журнале «Вестник Микроб. и Эпид. Ю.-В. России» за 1926 г. (работа Бельенкого) и в книжке проф. С. В. Коршуна «О бешенстве». Об окраске теляц Negri см. ж. «Лабораторная Практика» за 1926 г. Проф. В. Аристовский.

11) Верно-ли, что нельзя выписывать одновременно алкоялды со щелочами? (Подпись неразборчива *).

*) Ответы на вопросы будут впредь даваться исключительно подписчикам «К. М. Журнала», сообщившим при запросах свой подписной №. Редакция.

Ответ. Алколоиды с едкими (напр., liquor ammonii anisati) и углекислыми щелочами (как Na bicarbonicum, solut. arsenicalis Fowleri, соедерж. K_2CO_3) совместно выпесивать нерастворительно, так как они, по общему правилу, из соли алкалоидов выделяют нерастворимые основания. Однако для некоторых алкалоидов имеются исключения. Так, напр., соли морфия от аммиака выпадают в осадок, который в избытке аммиака постепенно растворяется; морфий же, растворенный в избытке аммиака, разлагается под влиянием воздуха, переходя в oxydimorphin (pseudomorphin):



(неядовитое соединение).

Углекислые и двууглекислые щелочи из растворов солей морфина также осаждают свободное основание, нерастворимое в избытке осадителя. Кодеин с аммиаком и углекислыми щелочами совместно выписывать можно, так как последние на него не реагируют.

Проф. П. Горст.

Проф. И. Горст.

12) Верно-ли, что нельзя выписывать щелочи с глюкозидами?

(Подпись неразборчива).

Ответ. Глюкозиды вместе со щелочью выписывать не рекомендуется, в виду того, что некоторые из них подвергаются гидролитическому распаду.

13) Верно-ли, что для большинства тинктур следует избегать сочетаний с глюкозидами и алколоидами? (Подпись неразборчива).

(Подпись неразборчива).

Ответ. Алколоиды и глюкозиды выписывать совместно с тинктурами, содержащими дубильные вещества, также не следует, ибо последние образуют с вышеуказанными веществами нерастворимые соединения. Проф. И. Горст.

Проф. П. Горст.

14) Действительно-ли не следует выписывать хинин вместе с t-ra jodi?

(Подпись неразборчива).

Ответ. Что касается выписки хинина с иодной настойкой, то в данном случае не исключается возможность образования, во-первых, иодохинина ($C_{20}H_{23}I N_2 O_2$), во-вторых, этил-иодистого хинина ($C_{20}H_{24}I N_2 O_2$, C_2H_5I)—в виду того, что постоявшая некоторое время настойка иода содержит иодистый этил, который и может давать с хинином вышеуказанное соединение. Оба соединения растворимы в алкоголе.

Проф. П. Горст.

Проф. П. Горст.

Письмо в редакцию.

Глубокоуважаемый г-н Редактор! Прошу не отказать в любезности поместить в Вашем уважаемом журнале нижеследующее письмо:

Глубокоуважаемые Colleg'i! В виду того, что в последнее время я буквально завален письмами врачей и частных лиц, обращающихся ко мне с просьбою выслать им изготовляемые мною препараты, или ответить на ряд задаваемых вопросов, или дать советы, доведу до Вашего сведения, что, совершенно не имея возможности отвечать каждому в отдельности, рассчитываю, по мере разработки своей идеи, выпустить отдельную статью, где более подробно осветю интересующие прак. врачей вопросы. Что же касается высылки препаратов, то в настоящее время они изготовляются в крайне ограниченном количестве и по преимуществу для личных экспериментальных целей.

Проф. Мих. Тушинов.

Проф. *Мих. Тушинов.*

Спрос врачебного труда.

В Татреспублике требуются врачи: 1) заведующий консультацией в Мензелинском кантоне, 2) зав. консультацией в Чистопольском кантоне, 3) зав. трахоматозным отд. Елабужского Диспансера, 4) зав. венерологическим отд. того же Диспансера (временно, на 3 мес.), 5) зав. тбс отделением Буинского Диспансера, 6) зав. тбс отделением Челнинского Диспансера, 7) зав. трахоматозным отд. того же Диспансера. Мес. оклад содержания: зав. консультациями 99 р. 36 к., остальным—110 руб. Заявления подавать в Областной Комитет Кр. Креста (Татнаркомздрав, комн. № 3).

В Киеве требуются: 1) врач-терапевт в поликлинику ЮЗ'а (пл. Революции, 34) и 2) два врача в Галицкую поликлинику УКК (Степановск., 3). Условия неизвестны.

Златоустовский Окргдравотдел приглашает на службу:

В г. Златоуст:

Одного врача по уху, носу и горлу с клиническим стажем не менее одного года, оклад 150 рублей.

Двух венерологов для работы в хорошо оборудованном вендиспансере — одного на должность зав. диспансером, оклад 150 рублей, и одного ординатором с клиническим стажем не менее одного года, оклад 110 руб.

Одного педиатра, оклад 110 рублей.

Двух педологов в оборудованную профамбулаторию, оклад 110 руб.

Одного врача для заведывания больницей исправдома на 25 коек, оклад 120 руб.

В раймедучастки:

Хирургов: 1 в гор. Сатку (больница на 50 коек) и 1 в завод Катав (больница на 25 коек); оплата по соглашению; оба пункта расположены по линии Самаро-Златоустовской жел. дороги.

Райсанврачей: 1 в Миасс и 1 в завод Катав, оклад 130 рублей.

1 педолога в г. Миасс, в оборудованную профамбулаторию, оклад 110 р.

2 врачей в завод Кусу: 1 для заведывания больницей на 25 коек, оклад 130 рублей, и 1 ординатором, оклад 110 рублей (завод по линии жел. дороги).

2 зубврачей в заводы Миньяр и Сим, расположенные по линии ж. дороги; оклад жалования 90 руб. в месяц.

В сельские районы (на оклад 120 рублей):

1 заведующего больницей на 15 коек в село Кундравы, 1 зав. больницей на 15 коек в село Айлино, 1 зав. Серпиевской и 1 зав. Порожской врачебными амбулаториями (все пункты в 15—17 верстах от жел. дороги); всем участковым врачам предоставляются бесплатные квартиры, а также выдаются подъемные в размере месячного оклада при условии службы не менее одного года, — как участковым, так и городским врачам.

ОГОЛОШЕННЯ.

Кам'янець-Подільська Окрінспектура Охорони Здоров'я запрошує до м. Кам'янця на Поділлю кваліфікованого лікаря невропатолога фізіотерапевта на посаду Завідуючого цілком обладнаною Електро-світло-Водолікарнею й для праці в Робітничій Поліклініці.

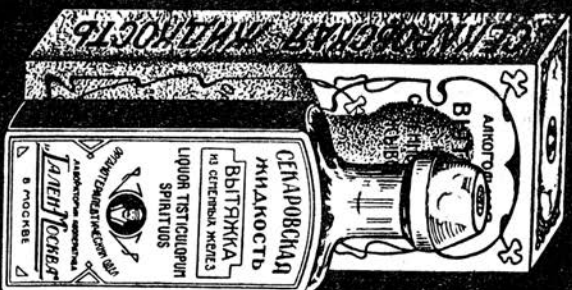
Умови: Платня 250 карбованців на місяць і підйомні в розмірі місячного окладу утримання. Після двох років служби наукова командировка на 3 місяці.

Заяви з життосписом про освіту та попередню працю надіслати в м. Кам'янець, Окрінспектурі Охорони Здоров'я до 20 квітня 1927 року.

“СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ”

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ

ПРОФЕССОРА Д^{РА} БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362
ОПЕЧАТНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ КООПЕРАТИВА “ЛАЛЕЙ-МОСКВА”.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

СТАБОСТЬ ОПЕЧАТНИКА, МАЛОКРОВИЕ, НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ
АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ СУХОТКА, ХУДОСОУЩЕ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА.

А ТАКЖЕ ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ПОТОВОГО БЕССИЛИЯ.
СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ТУБЕРКУЛЕЗЕ, ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ
И МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С.С.С.Р.

ЦЕНА ФЛ. 2 руб. 50 коп. ПОЧТОМ ВЫБЫВАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕ 3 ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%.

ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕСЫЛКА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА И ДЕНЬГИ

АДРЕСОВАТЬ
ТОП. ОТД. КООПЕРАТИВА “ЛАЛЕЙ-МОСКВА” МОСКВА УЛ. ГЕРЦЕНА № 5 ОТД.
ПОЧТ. ЯЩ. № 1025