

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

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

1927 г.

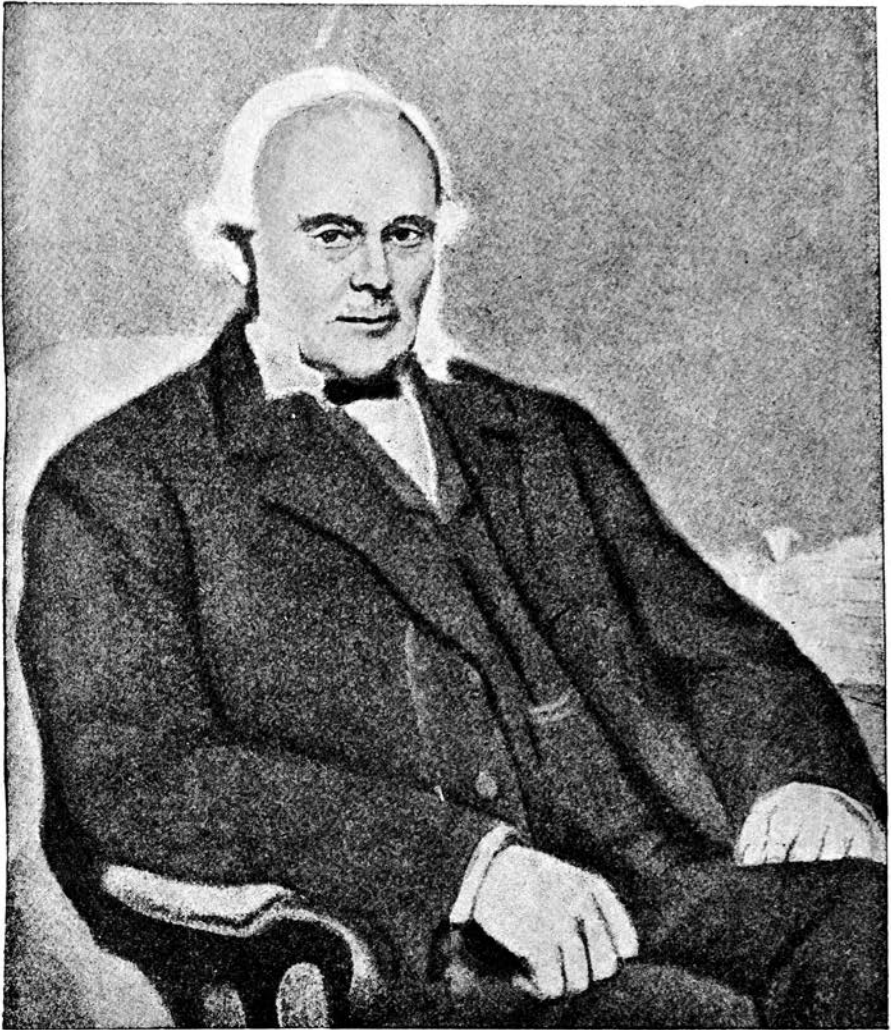
(Год издания XXIII).

№ 5.

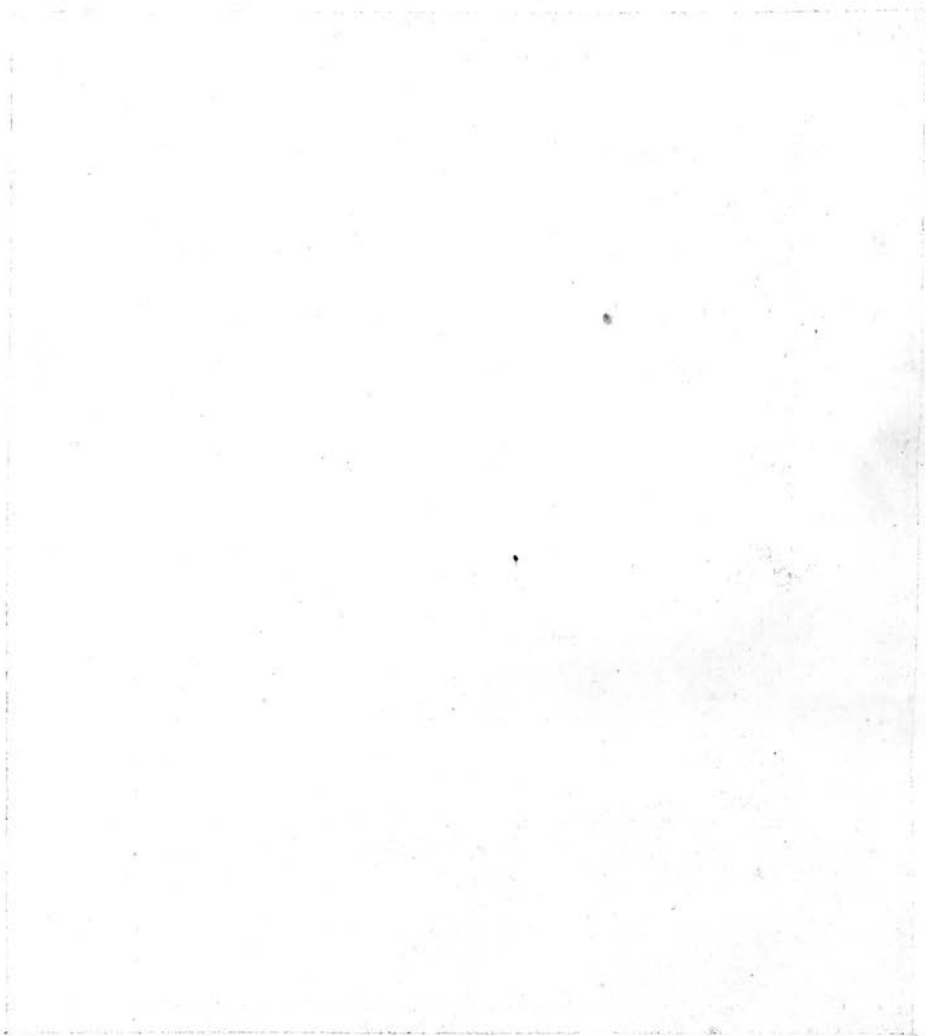
М а й.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА



Лорд Joseph Lister.



Отдел I. Оригинальные статьи.

Joseph Lister и его значение в хирургии¹⁾.

Проф. В. Л. Боголюбова.

(С портретом).

В текущем году исполнилось сто лет со времени рождения Joseph'a Lister'a. Кому из нас неизвестно это имя? Кто из нас не знает о том великом перевороте, которым хирургия обязана Lister'y? Кому из работников культуры и науки недорого имя этого благодетеля человечества, избавившего последнее, созданием своей системы антисептики, от неисчислимого ряда ненужных смертей и страданий? Как ураган, ворвалось учение Lister'a в хирургию и раскололо ее глубокой пропастью на два периода—период старой, до-Lister'овской хирургии и период хирургии антисептической.

Было-бы излишне говорить здесь о том, насколько стара наша наука, хирургия. Она так же стара, как стар человеческий род,— начало того отдела хирургии, который включает в себе лечение ран, теряется в седой глубине веков, доходя вплоть до первых времен появления человека. Человек с самых ранних периодов его жизни на земле, с самой колыбели его еще доисторического существования был поставлен в необходимость вести борьбу за свою жизнь с окружающей природой, животным миром и себе подобными существами. Много различных опасностей таила в себе эта борьба, и первобытный человек ежечасно находился под угрозой воздействия на него разнородных травматических моментов, причиняющих всевозможные ранения. Вот почему у большинства известных нам первобытных народов мы находим уже целый ряд различных эмпирических средств, применяемых для лечения ран. Из рода в род, из веков в века переходили эти первобытные приемы, заключая в себе бесчисленное количество всевозможных местных средств, часто совершенно пеленых, сочетаясь нередко с воздействием на психическую сферу человека в виде заговоров, заклинаний, процедур религиозного характера и пр.

Глубокий мрак грубого эмпиризма, шарлатанства и мистицизма окружал долгое время вопрос о лечении ран не только в древности, но и в средние века. Тем не менее нельзя не отметить, что уже с давних пор все же делались отдельные попытки и высказывались отдельные мысли, таящие в себе зачатки целесообразности, которые впоследствии легли в основу современного учения о терапии ран. Так, с древнейших времен уже было известно то важное значение, которое имеют для заживления раны покой и ограждение ее от внешних влияний, для чего

¹⁾ Речь, произнесенная в соединенном заседании Хирургической и Акушерско-Гинекологической секций Общества Врачей при Казанском Ун-те 13 апреля 1927 г.

представлялось необходимым делать перевязки ран, известные уже древнейшим историческим народам (египтянам, индусам). Цельс, умерший в середине I в. по Р. X., указывает на то, что при ранах „*optimum medicamentum quies est*“. Гален (во II в. по Р. X.) говорит: „Первая обязанность врача заключается в том, чтобы не вредить своими руками, не мешать естественному целебному действию природы“. Парацельс, живший в конце XV столетия, учил, что природа владеет своим собственным бальзамом, которым излечиваются раны; для обнаружения его действия необходимо только содержать раны в чистоте и опрятности. Известно было также очень давно и дренирование ран. Так, в хирургии *Abulkasis'a* (ум. в 1106 г.) упоминается о полотняных палочках, как о дренаже. Английский хирург *Bell* (в середине XVIII стол.) употреблял дренажные трубки из свинца. Гуттаперчевый дренаж, как известно, был введен в хирургию в 50-х годах прошлого столетия *Chassaingnac'som*. В конце XVIII века были уже известны корпийные турунды, вводимые в раны и представляющие до некоторой степени прототип современной отсасывающей тампонады (капиллярного дренажа).

Весьма многие врачи и хирурги давно уже сознавали, далее, что причины неудач и плохого течения ран зависят от какого-то влияния на рану внешней среды, почему предлагали целый ряд мер, направленных к ограждению ран от этого влияния: заживление раны под струпом (*Fallopia, Hunter*), возможно герметичное закрытие ран (большая ватная повязка *Guérin'a*, пластырная повязка *Chassaingnac'a* и пр.), соблюдение неподвижности оперированной или раненой области в повязке (*Пирогов*), применение постоянных водяных ванн, орошение раны различными обеззараживающими веществами (алкоголь, окись свинца, карболовая кислота) и т. д. В 40-х годах прошлого столетия венгерский акушер *Semmelweiss* вполне правильно понял сущность раневых инфекций и дал метод борьбы с ними в области акушерской профилактики, но он рано погиб, и идеи его не были признаны современниками. Когда *Semmelweiss* впервые доказал, что родильная горячка есть результат заражения извне, то он вызвал всеобщее негодование и враждебность со стороны акушеров. Уволенный от должности и затем изгнанный из Вены, он заболел душевным расстройством и умер в доме для умалишенных.

Всем сказанным мы хотим отметить, что и до *Lister'a* в хирургии предлагался целый ряд мероприятий, направленных к улучшению заживления ран, и высказывались правильные мысли относительно борьбы с раневой инфекцией. Но эти попытки были настолько единичны, разрозненны, хаотичны, не проникнуты какой-либо объединяющей, получившей общее признание идеей, что применение их на практике не могло сопровождаться очевидными результатами в более или менее широких размерах. Оттого, если мы бросим взгляд на состояние хирургии в первой половине прошлого столетия, то увидим, что хирургу того времени приходилось считаться на каждом шагу с многочисленными и страшными осложнениями в течении ран. Ни тонкие диагнозы, ни самые блестящие в техническом отношении операции не спасали раненых и оперированных от гнояного и гнилостного заражения, от рожи и госпитальной гангрены. „Бичи хирургии“, как их называл *Пирогов*, — нагноение ран, гнойный отек, госпитальная гангрена, травматическая рожа и травматический

столбняк,—преследовали хирурга на каждом шагу и мешали его успеху. От этих осложнений погибало большинство хирургических больных того времени. „Это было время“,—говорит Schimelbusch,—„когда понятие о ране не могло быть отделяемо от понятия о лихорадке, когда нельзя было представить заживления раны без воспаления, когда травматическая лихорадка и травматическое воспаление считались естественными реакциями поврежденного организма“. „Восемьдесят процентов всех ран“,—пишет Lindpaintner о Мюнхенской клинике Nussbaum'a,—„поражались госпитальной гангреной. Рожа была у нас настолько обычна, что мы могли-бы считать ее появление почти нормой; у нас было принято за правило не сшивать раны; заживления первичным натяжением у нас почти вовсе не происходило, и сшивание имело-бы последствием лишь то, что задержание выделений еще более содействовало-бы появлению рожи. Из 17 ампутированных в течение одного года умерли 11 от пиэмии; осложненный перелом в нашем отделении можно было видеть весьма редко, потому что или немедленно делали ампутацию, или уже спустя несколько дней гнойное заражение, госпитальная гангрена или септицемия приводили к смерти“.

Самые обыкновенные с современной точки зрения операции в до-Lister'овский период хирургии сопровождались громадным процентом смертности. Так, ампутации в XVIII в. давали по Boucher 66% смертности, а по Faugéу—даже 90%. В Англии в конце XVIII в. раздавались даже голоса против ампутаций. В начале XIX века хирурги Наполеоновских войн Guthrie и Larrey получали лучшие результаты при ампутациях, но даже такой искуснейший хирург, как Larrey, имел при них смертность не менее 25%. Смертность при осложненных переломах в клинике Volkmann'a, в Галле, составляла не менее 40%. Радикальная операция грыжи в доантисептический период признавалась опасной, а операция невправимой и ущемленной грыжи считалась некоторыми хирургами преступной. Английский хирург Pott называет ее „убийством“, а хирургов, пытавшихся ее делать, считает „достойными виселицы“. Такая сравнительно-невинная лапаротомия, как овариотомия, еще в 50-х годах прошлого столетия считалась операцией „ужасной“. Один из известных хирургов, Boeuer, в 1856 г., говорит по поводу овариотомии: „Достаточно малейшего размышления, чтобы доказать опасность и невозможность этой операции, которая не была и, по всей вероятности, никогда не будет производима“. В 1856—57 гг. в Парижской Медицинской Академии большинство хирургов высказалось против возможности иссечения опухолей яичников, и только в Англии овариотомия делала некоторые успехи.

Огнестрельные ранения протекали также весьма плохо. Так, Пиров, говоря об огнестрельных ранениях коленного сустава и окололежащих концов костей во время Крымской войны, отмечает, что „к несчастью, несмотря на все их разнообразие, исход был почти всегда один и тот же—смерть с ампутацией и без ампутации“. „Не менее $\frac{3}{4}$ всех смертных случаев после операций“,—пишет английский хирург Erichsen,—„обязаны своим происхождением гнойному заражению и сродным с ним формам астенических и рожистых воспалений“.

Подобные раневые осложнения часто принимали эпидемический характер. В лучших хирургических госпиталях и клиниках от времени до времени рожа, госпитальный антонов огонь, гнойное заражение крови

появлялись эпидемически, и от них погибали многие сотни оперированных и раненых. Единственным спасением от этих осложнений было закрытие госпиталя или клиники. В Парижских госпиталях в 50-х годах прошлого столетия дело дошло до того, что хирурги боялись вскрыть нарыв, чтобы не потерять больного от какого-либо раневого осложнения. Многие хирурги приходили в отчаяние и совершенно отказывались от хирургического ножа. Знаменитый хирург Соорег вначале прошлого столетия высказал даже положение, что всякая операция опасна, а потому должна быть избегаема. „Если я оглянусь на кладбища,“—пишет Пирогев,—„где схоронены зараженные в госпиталях, то не знаю, чему более удивляться: стоицизму-ли хирургов, занимающихся еще изобретением новых операций, или доверию, которым продолжают еще пользоваться госпитали у правительств и обществ.“

Много существовало предположений о сущности и причинах раневых осложнений. Много предлагалось и средств против них. Но все было напрасно.—оперированные и раненые, часто молодые, сильные, здоровые люди, гибли и гибли иногда даже от самых легких ранений и операций. И только новый антисептический метод лечения ран положил, наконец, предел этому опустошительному шествию смерти и создал новую эпоху, новую эру в хирургии. Lister'y принадлежит честь этого великого открытия.

Joseph Lister родился 5 апреля 1827 г. в Уптоне, в графстве Эссекс (Англия). Интерес к научным исследованиям он наследовал от своего отца, который был замечательным человеком. Покинув школу 14 лет, чтобы помогать в торговле своему отцу, отец Lister'a дополнил свое образование, занимаясь математикой, причем особенно увлекался оптикой, внося в нее свои изобретения, в частности произведя усовершенствование в микроскопе. Он имел научные труды и состоял членом Королевского Общества, что считалось в то время большой честью.

Принадлежа к семье квакеров, Lister-сын получил первоначальное воспитание в школе членов „О-ва друзей Tottenham'a.“ В дальнейшем он посещал Лондонский Университетский колледж, где достиг в 1847 г. звания бакалавра. Он изучал медицину на медицинском факультете этого college'a и получил ученую степень в 1852 г. На следующий год он был принят в союз Королевского Общества Английских Хирургов. С самого начала своего изучения медицины Lister проявлял особенный интерес к теоретическим наукам—физиологии, химии и пр. Первые исследования его относятся к области гистологии. Но, наряду с этим, Lister совершенствовался и в области хирургии, посещая хирургический госпиталь Erichsen'a. После окончания своих занятий в Лондоне Lister перешел в Эдинбург, где работал в течение нескольких лет у знаменитого хирурга Syme'a, будучи затем ассистентом-хирургом в местной Королевской Больнице (Royal Infirmary). Здесь же началась и преподавательская деятельность Lister'a,—он читал частный курс по хирургии в High School Ward.

В 1856 г. Lister женился на дочери Syme'a, в лице которой нашел не только любимую жену, но и активную помощницу в его научной работе, а в 1860 г. занял кафедру систематической хирургии в Глазговском Университете, получив затем место хирурга в Royal Infirmary. В 1869 г. он перешел на кафедру клинической хирургии в Эдинбург,

заяв место своего учителя Sym'e'a. Начав разрабатывать свой антисептический метод лечения ран со времени пребывания в Глазговском Университете, Lister особенно настойчиво проводил свой метод в Эдинбурге и усовершенствовал его. В 1877 г. Lister принял предложение занять кафедру в Лондонском Kings College, освободившуюся за смертью Fergusson'a.

Lister прожил долгую жизнь, скончавшись от пневмонии в возрасте 85 лет, 10 февраля 1912 г. Ряд последних лет он провел в уединении вследствие растроянного здоровья. На памятнике его в Вестминстерском аббатстве имеется скромная надпись „Joseph Lister, born 5-th April 1827, died 10-th February 1912.“¹⁾ Но величайшим памятником, оставленным Lister'ом человечеству, является его система антисептики, созданная его беспримерной настойчивостью и гением его ума.

Во время своего пребывания в Глазго Lister был, как уже сказано, хирургом (resident surgeon) в Royal Infirmary. Хирургическое отделение этого госпиталя находилось в то время в крайне антигигиенических условиях. Как оказалось впоследствии, госпиталь был построен на месте старого кладбища, и под нижним этажом хирургического отделения, где помещались как раз больные со свежими травматическими повреждениями, было найдено множество гробов, похороненных здесь еще во время холерной эпидемии в 1849 г. Благодаря подобному соседству, течение ослуженных переломов в хирургическом отделении Lister'a было весьма трудно, осложняясь часто гнилокровием. Скоро пытливый ум Lister'a, однако, нашел средство побороть этот бич. Когда исследования Pasteur'a о брожении и гниении органических веществ дали новое освещение этим первостепенной важности биологическим процессам, гениальный ум Lister'a сумел перенести результаты этих исследований в область сходных с этими процессами раневых осложнений и озарил новым светом эту сложную и темную область, тем самым открыв новую эпоху, новую эру в хирургии. Новая заря, заря новой жизни, избавляющей людей от раневых страданий и смерти, забрежжила на скорбном пути человечества.

С беспримерной настойчивостью и со всей пытливостью своего гениального ума вступил Lister на темный и тернистый путь своих изысканий. Прежде всего он постарался точнее определить, какие миазматические зародыши способствуют развитию нагноения. Рядом экспериментов на животных Lister доказал, что при известных обеззараживающих средствах свежие раны могут протекать без малейшего следа нагноения. Основываясь на этих данных и применив их к практической хирургии, он получил возможность добиться полного заживления ран при оперативных ранениях и травматических повреждениях. Как истинный ученый, Lister не спешил с опубликованием полученных им результатов при лечении ран и только позднее, подвернув тщательной критике и сравнению результаты своих опытов и клинических данных, решился опубликовать свои наблюдения в наиболее распространенном английском медицинском журнале—Lancet (Lancet, 1867, 16, 23, 30 March, 27 April, 27 July). Уже в конце 60-х годов Lister'у удалось

¹⁾ Согласно желанию самого Lister'a прах его похоронен рядом с его женой на West-Hampstead'ском кладбище. В Вестминстерском же аббатстве, где происходило торжественное отпевание его останков и где предполагалось первоначально похоронить их, имеется мраморный медальон с его изображением.

понижить процент смертности после больших операций с 45,77% до 15%. После настойчивых и продолжительных усилий Lister, постепенно совершенствуя свой метод, создал, наконец, общезвестный противогнилостный способ лечения ран.

Далеко не сразу был принят метод Lister'a хирургами его времени. По обычному человеческому закону, согласно которому новые мысли и открытия всегда встречаются с недоверием, и новые мысли Lister'a о сущности раневых осложнений и лечении ран были встречены сначала с большим скептицизмом. Несмотря на то, что во время Франко-Прусской войны раненые и оперированные погибали в таком же ужасающем количестве, как и в прежние войны, никто все же не пытался применять при лечении ран метод Lister'a. Только после того, как сам Lister обехал Францию и Германию, пропагандируя свой метод, последний начал мало по малу распространяться. Volkman в Германии, Lucas Championnière во Франции, Saxtorph в Дании особенно содействовали проведению в жизнь метода Lister'a, который затем получил уже и всеобщее признание. Но также по общему правилу, гласящему, что „нет пророка в своем отечестве“, метод Lister'a на его родине, в Англии, прививался медленно, встречая явное противодействие среди хирургов. Даже в том самом госпитале, Kings College, где работал Lister, товарищи его не желали применять тех средств, которые составляют основу антисептического лечения ран. Но, по справедливому выражению: „все минует, все проходит, одна правда остается,“ — прошло и миновало все враждебное, узкое, одно-стороннее, пристрастное, направленное против метода Lister'a; умолкли нарекания и нападки на этот метод, великая же, гениальная мысль, положенная в основу его, распространилась по всему миру, неся исцеление страждущему человечеству.

Теоретические основы противопаразитарного лечения ран по Lister'у заключались, как известно, в следующем: атмосферные зародыши служат причиной нагноений, вызывая загнивание крови и органических жидкостей и этим обуславливая осложнения ран. Зародыши эти (микрорганйзмы) разнообразны до бесконечности. Они развиваются и размножаются главным образом в гнилостных жидкостях, отсюда поднимаются в атмосферу и оседают на всевозможные твердые и жидкие тела, между прочим на наши руки, хирургические инструменты, перевязочный материал, воду, служащую для промывания, и со всем этим могут проникать в раны. Уничтожение всех этих зародышей и должно входить в задачу хирурга при лечении ран.

Как известно, для проведения антисептического метода Lister'ом применялись следующие материалы: 1) карболовая кислота, как противогнилостное средство, убивающее микроорганизмы и применяемое в виде распыления в воздухе (Lister'овский spray), для промывания ран, дезинфекции инструментов, рук и проч.; 2) карболизированная марля, употреблявшаяся, как перевязочный материал, с целью защитить рану от проникания в нее возбудителей гниения; 3) протектив-силк—шелковая тафта, обработанная копаловым лаком и смесью декстрина, крахмала и карболовой кислоты и накладываемая на рану с целью ограждения ее от раздражающего действия карболовой кислоты; 4) макинтош (полотняная ткань, покрытая с одной стороны слоем резины), который покрывал сверху слои карболизированной марли для предохранения от улетучивания

карболовой кислоты; 5) кэтгут, приготовленный особым образом с целью сделать его безгнилостным.

Одним из главных условий безгнилостного течения ран по Lister'y являлось отсутствие каких-либо жидкостей в ране. Отсюда он требовал: а) не шивать раны, прежде чем кровотечение не остановлено вполне; б) не вспрыскивать в раны чрезмерного количества дезинфицирующих жидкостей и в) предпринимать меры для свободного стока отделяемого. Вот почему Lister обращал особенное внимание на дренирование ран, употребляя для этого дренажи из красного вулканизированного каучука. С целью же сделать повязку более герметичною Lister закреплял ее ходами бинта.

Естественно теперь задать вопрос: в чем же заключается заслуга Lister'a и залог тех успехов, которые были достигнуты при антисептическом лечении ран по его методу? Совершенно ошибочно было-бы думать, что заслуга Lister'a заключалась только в том, что он применил для лечения ран карболовую кислоту. Следует сказать, что все те материалы, которыми пользовался Lister для своей повязки, в том числе и карболовая кислота, были известны уже раньше и употреблялись при лечении ран. Так, французский хирург Jules Lamaire еще в 1850 г. предлагая дезинфицировать раны карболовой кислотой. Ранее Lister'a применялись и герметическая повязка с целью предупреждения доступа воздуха в раны (ватная повязка Guérin'a), дренирование ран и даже кэтгут. Несмотря на применение всех этих приемов отдельными хирургами, течение ран у них все же было плохо, и наступали разнообразные раневые инфекционные осложнения. Заслуга Lister'a заключается в строго продуманной и упорно, планомерно проводимой им системе лечения ран, одухотворенной великой, гениальной идеей об инфекционном происхождении раневых осложнений и целесообразностью методов борьбы, направленных на источники происхождения этих осложнений. Меры, предложенные Lister'ом в его системе лечения ран, заключают именно те рациональные основы борьбы с раневыми осложнениями, которые явились оплотом всех последующих усовершенствований антисептики и асептики. Проводя свою паразитарную теорию раневых осложнений и метод борьбы с ними, основанный на этой теории, Lister, по справедливому выражению одного из хирургов, „научился сам и научил других видеть незримых паразитов во всем, что может придти в соприкосновение с поверхностью раны—так, как все люди видят насекомых и птиц в воздухе“. Эта теоретическая мысль Lister'a превратилась в истину и была в деталях доказана лучшими представителями медицины второй половины прошлого столетия. И эта мысль по справедливости может считаться гениальной, как гениальным оказался и метод Lister'a, так как они раскрыли истинную натуру раневых осложнений и указали те пути, по которым должно идти лечение ран, создав совершенный переворот в мирозерпании, ранее полном ошибочных и ложных умозаключений, царивших здесь в течение многих веков. Bardeleben характеризует значение открытия Lister'a в следующих словах: „Давно уже известно было, что магнит притягивает железо; давно также знали, что железная проволока может быть магнитизирована, если пропустить через нее гальванический ток; но, чтобы воспользоваться этими свойствами проволоки для обмена мыслей, необходимо было еще изобрести телеграф.

То же самое мы должны признать за современным способом лечения ран. Без сомнения, Lister не открыл ни бактерий, ни карболовой кислоты; но он с железной последовательностью доказал, что не может быть гниения без присутствия зародышей, которые миллиардами кишат в воздухе; далее, он сумел связать свою теорию с хирургической практикой, доказав ее применимость к ранам человеческого тела. Вот эта-то применимость и есть открытие Lister'a,—открытие, вполне достойное занять место наряду с лучшими изобретениями врачебного искусства“.

Метод Lister'a, как известно, сравнительно недолго применялся хирургами в его первоначальном виде. Пытливый ум человека неустанно стремился идти вперед и искать новых путей в столь важном для человечества вопросе, как вопрос о лечении ран. Стали предлагаться различные видоизменения Lister'овского метода, и в конце концов на основе его развилось современное учение об асептике.

Беспримерен в истории хирургии тот переворот, который произвело открытие Lister'a. Результаты введение антисептики в хирургическую практику были поразительны. Страшные заразные болезни ран—рожа, дифтерит ран и другие аналогичные инфекции, бывшие до сих пор обычными гостями хирургических палат,—почти совершенно исчезли, и % смертности после операций и ранений упал до минимальной цифры. Раны стали заживать первичным натяжением, послеоперационный период стал протекать гладко. В настоящее время мы производим самые сложные, самые трудные операции без лихорадки, нагноения и даже малейшего воспаления в ране. По справедливому выражению одного из современных хирургов, „теперь мы на самом деле добились того, чего веками искали врачи, о чем веками шли у них споры—лечить раны без воспаления, добились полного устранения заражения ран, сущность которого мы познали“. Под покровом антисептики и асептики, развившейся на основе Lister'овского метода, совершенно изменились показания к хирургическому вмешательству, границы которого стали все более и более расширяться. Создался целый ряд новых операций, создались целые новые отрасли хирургии. Многие болезни, считавшиеся прежде неизлечимыми, стали излечиваться при помощи хирургического ножа. Нож хирурга стал проникать в самые сокровенные области человеческого тела. Возникли новые пути в хирургии, развилась современная хирургия во всем ее многообразном и грандиозном величии.

В настоящее время от первоначального Lister'овского метода в хирургии не осталось ничего. Место Lister'овской антисептики теперь занимает асептика, но великие принципы, провозглашенные Lister'ом, стали навеки неотъемлемым достоянием человечества, лежа в основе современного учения о профилактике и лечении ран. Введением своего метода Lister свершил одно из величайших дел, когда-либо созданных на земле, и оказал величайшее благодеяние человечеству. Благодаря Lister'у спасены многие сотни тысяч человеческих жизней, и основы его метода останутся до тех пор, пока будут существовать человеческая культура и наука, пока будет существовать научная хирургия.

Жизнь самого Lister'a уже угасла. Но в сердцах наших нет ни печали, ни горя. На долю Lister'a выпало высшее человеческое счастье—счастье прекрасной смерти после долгой жизни, полной плодотворного и высокоидейного труда. Lister'a свершил все, предназначенное ему на

земле, оставив на благо людям величайшее творение—систему антисептики, и ему суждено было испытать редкое счастье—видеть своими глазами плоды своих трудов, давних пышную жатву. О смерти Lister'a, по выражению одного из его биографов, можно сказать словами Цицерона: „В такой смерти нет ни страданья, ни горечи, но как спелый плод легко и без насилия отделяется от своей ветки, так души подобных людей безболезненно отходят от тела, в котором был произведен (во всей его полноте) опыт жизни.“

Склоним же наши головы перед величием гения. Сохраним навеки в благодарных сердцах наших и завещаем грядущим поколениям память о великом Lister'e—благодетеле человечества.

К вопросу об изменениях в щитовидных железах при авитаминозе В¹).

З. А. Затворницкой и В. С. Зимницкого.

Состоянию щитовидных желез под влиянием недостатка фактора В в организме, а также отчасти и роли этих последних в симптомокомплексе названного авитаминоза было в свое время уделено немало внимания со стороны целого ряда исследователей (Segawa, Funk и Douglas, Mc. Carrison, Ogata, Kawakita, Oka и Kagoshima, Tsuji Kwanji, Souba, Lopez-Lomba, Randoin, v. Driel, Bierry, Portier и др.). Полученные ими данные легли в основу представлений об атрофии щитовидных желез при этом заболевании, и взгляд этот вошел в руководства — монографии о витаминах (К. Funk'a и R. Berg'a).

В самое последнее время в физиологических работах Verzárga, Vászrhelyi, v. Arvaу'я и Zih'a мы имеем стремление обосновать пониженный при авитаминозе В газообмен (факт, которому совершенно основательно придается очень большое значение в картине этого заболевания E. Abderhalden'ом и др.) уменьшением или даже выпадением инкреции щитовидных желез.

Мы должны, однако, указать, что в вопросе этом имеется еще очень много спорного и неясного. Так, напр., на основании работ указанных исследователей нельзя даже морфологически уяснить механизма такого простого явления, отмечаемого всеми авторами и не вызывающего ни в ком ни малейшего сомнения, как весовое уменьшение этого органа у В-авитаминозных животных, не говоря уже о том, что сделать какие-либо определенные выводы из них относительно функционального состояния щитовидных желез при авитаминозе В совершенно не представляется возможным.

Эти неясности и побудили нас пополнить наши представления в этом направлении, произведя гистологическое исследование щитовидных желез при недостатке фактора В в организме.

Опытный материал и техника. В качестве опытных животных мы воспользовались белыми крысами одного пола (самцами) в возрасте 1 года и молодыми (возраст 1—1/2 мес.), а также обыкновенными сизыми голубями. Голуби (половозрелые самцы) сажались на исключительное питание полированным рисом, а крысы на пищу, состоявшую из 30,0 автоклавированного мясного порошка, 50,0 полированного риса, 30,0 фильтрованного свиного сала, 2,0 солевой смеси Мен-

¹) Должено, с демонстрацией микроскопических препаратов, 28/III 27 г. в Физиологической секции Общества Врачей при Казанском Университете.

del-Osborne'a и 2,0 поваренной соли. В виду того обстоятельства, что авитаминоз у крыс тянется очень долго, мы, во избежание наслоения на авитаминоз В еще явлений недостаточности со стороны фактора А, не содержавшегося в нашем основном корме, добавляли к нему 1,0—2,0 рыбьего жира в день на крысу,— количество, с избытком предохраняющее от развития авитаминоза А.

Как голуби, так и белые крысы—опытные и контролировались через различные промежутки для разложения процесса изменений в щитовидных железах во времени. Всего у нас было 25 опытных голубей и 20 нормальных и 25 авитаминозных крыс с соответствующим количеством с ним контрольных.

Щитовидные железы фиксировались Zenker-Formol'ом с добавкой уксусной кислоты по А. Н. Миславскому, а также по Champy, и заливались обычным способом в парафин. Срезы, толщиной в 4—5 μ , окрашивались преимущественно по Heidenhain'y, Mallory, carmalum с Mallory, congolol'ом с гематинном Ehrlich-Man'a, железным гематоксилином Heidenhain'a и нек. др. красками.

Щитовидные железы у В авитаминозных крысят. Первое, что мы должны отметить в щитовидных железах молодых крысят в первые сроки авитаминоза,—это более усиленное производство в них метаплазматического и метануклеарного (по классификации Wail'y) коллоида, по сравнению с контролем. Многие из железистых пузырьков органа обнаруживают тенденцию к увеличению размеров—resp. к увеличению в них коллоида, в интерфолликулярных образованиях усилено формирование новых фолликулов, пристеночные фолликулярные клетки во многих пузырьках нарастают в высоту и куполообразно выступают внутрь просвета фолликулов. Протоплазма их богата содержанием капелек метаплазматического коллоида. Случивание железистых элементов внутрь просвета фолликулов несколько усилено по сравнению с нормой.

В дальнейшем, приблизительно с 1½ месяцев заболевания, на такое состояние щитовидных желез начинает наслаиваться явление прорывов сначала единичных железистых пузырьков, преимущественно на периферии железы, через коллоидное перерождение или истончение части их пристеночных клеток с последующим излиянием коллоида из фолликулов в лимфатические щели. Иногда мы наблюдали выход эритроцитов из соседних капилляров в такой фолликул или в излившийся из него коллоид. Затем явление это начинает наблюдаться и в центральных участках органа (2 месячный опыт), и, наконец, в железах животных с далеко зашедшим авитаминозом (3, 4, 5 месяцев) мы имеем целые очаги из таких сливающихся и изливающих свой коллоид фолликулов, причем вытекающий из них коллоид раздвигает соседние неповрежденные пузырьки, и в нем плавают эпителиальные элементы лопнувших фолликулов в различных стадиях коллоидного перерождения и расплавления, а также и эритроциты из соседних капилляров. Репарации таких прорвавшихся пузырьков мы почти не замечали, а равно нами никогда не наблюдалось и развития на их месте соединительной ткани. Отметим, что остальная паренхима щитовидных желез сохраняет отмеченный нами вид органа с усиленной продукцией в нем коллоида.

Кроме явлений прорывов железистых пузырьков мы имеем в ряде их, по мере развития авитаминоза, тенденцию к значительному увеличению их размеров с растяжением их стенок и уплощением выстилающего эти последние эпителия—уплощением настолько сильным, что во многих фолликулах эпителий своим видом напоминает как-бы эндотелий сосудов.

В конечные сроки (5—6 месяцев) мы имеем железу с очагами из сливающихся и изливающих свой коллоид фолликулов в ней (особенно на периферии ее). Многие из железистых пузырьков значительно увеличены в своих размерах, и эпителиальная стенка их уплощена иногда очень сильно. Остальные фолликулы, каковых большинство, несколько крупнее, чем в контрольной железе, и пристеночный эпителий уже несколько ниже по сравнению с контролем, а не выше, как в более ранних сроках. Подчеркнем, что мы никогда не замечали в авитаминозных щитовидных железах развития соединительной ткани и закуптывания лимфатических и кровеносных сосудов; последние даже кажутся несколько расширенными. Наконец, отметим, что у молодых опытных крысят мы наблюдали несколько более ускоренное развитие щитовидных желез по сравнению с нормой, и это вполне понятно, так как нормальное течение укрупнения железистых пузырьков, формирование новых фолликулов в интерфолликулярных образованиях, развитие железистого эпителия (постепенное превращение кубических клеток его в низко-цилиндрические и высоко-цилиндрические), как это имеет место в нормальных железах

по мере их развития, протекает при авитаминозе ускоренным темпом, вследствие чего опытный крысенок почти всегда по развитию железы напоминает более взрослое контрольное животное.

Опыты на взрослых крысах. В щитовидных железах взрослых крыс при авитаминозе В мы имеем точно такое же течение изменений, как и в железах авитаминозных молодых крысят. Здесь точно так же на картину увеличения размеров фолликулов, усиленного формирования новых пузырьков и интерфолликулярных клеток и усиления продукции железистыми элементами органа метаплазматического и метануклеарного коллоида наслаивается (начиная с 1½—2 месяцев авитаминоза) описанное уже явление прорывов фолликулов с излияниями из них коллоида. Затем это явление начинает довольно скоро ослабевать, и в дальнейшем мы имеем тенденцию в ряде пузырьков к их значительному увеличению с растяжением и уплощением, иногда очень сильным, их пристеночных клеток. Местами мы имеем такое уплощение фолликулярных элементов и в сравнительно-небольшых пузырьках. Такие фолликулы лежат среди главной массы хорошо работающих пузырьков (их все же больше по периферии органа). Этот процесс значительно более выражен в щитовидных железах при авитаминозе у взрослых крыс, чем у крысят, хотя подчеркнем, что фолликулы с уплощенной стенкой не представляют ничего специфического для авитаминоза, т. к. встречаются и в железах контрольных крыс, особенно крысят (правда, значительно реже). Следовательно, можно говорить только об их количественном увеличении при этом заболевании. В конечных сроках (7—8 месяцев) мы имеем железу, в которой среди сравнительно небольших фолликулов в различных местах органа лежит ряд очень укрупненных пузырьков с сильно уплощенными стенками; интерфолликулярные образования почти отсутствуют; эпителий большинства фолликулов несколько ниже, чем у контроля, а не выше, как в начальных сроках (1—5 месяцев).

Изменения в щитовидных железах при авитаминозе В у голубей. Точно также и у голубей мы имеем в щитовидных железах повышенную продукцию коллоида. В интерфолликулярных образованиях органа происходит усиленное формирование новых фолликулов, и железистые пузырьки, наполняясь коллоидом, нарастают в своих размерах. Во многих из них эпителиальная стенка растягивается и значительно уплощается. Затем (с 15-го по 30-й день заболевания, когда обычно голуби погибают с явлениями *opisthotonus*'а) в ряде пузырьков, преимущественно крупных и на периферии органа, мы наблюдаем прорывы их стенок через коллоидное перерождение и истончение части их пристеночных элементов с последующим излиянием коллоида из фолликулов в лимфатические щели. Иногда в такие лопнувшие пузырьки происходит выхождение эритроцитов из соседних капилляров.

Очень показательными в смысле решения вопроса об атрофии являются зимние опыты, в которых микроскопические картины желез экспериментальных птиц почти целиком (за исключением явления прорывов единичных фолликулов) совпадают, по строению органа, с летней нормальной железой, сильнее функционирующей, чем в зимнее время.

То обстоятельство, что при авитаминозе В у голубей в щитовидных железах имеется много больших, растянутых фолликулов с уплощенной стенкой (меньше их встречается в железах авитаминозных крыс и еще меньше — в нормальных железах как голубей, так и крыс), находит себе объяснение в очень быстро и сильно протекающем в органе коллоидообразовании, вследствие чего этот процесс в железистых пузырьках преобладает над элиминацией из них коллоида, и они растягиваются им, а стенка их уплощается. Подчеркнем, что в щитовидных железах В-авитаминозных животных нами ни разу не было отмечено запустевания лимфатических и кровеносных сосудов, а также разрастания соединительной ткани, т. е. таких моментов, которые могут обусловить механическое препятствие для оттока содержимого фолликулов.

За недостатком места мы не будем здесь входить в детальное литературно-критическое обсуждение всех полученных нами данных; желающих подробнее ознакомиться с этим вопросом, а также и получить литературные указания, отошлем к нашему полному сообщению, печатающемуся в V i r s h o w'ском Архиве, здесь же мы ограничимся только самыми необходимыми выводами.

Резюмируя все изложенное, мы можем сказать, что при авитаминозе В у голубей и крыс в щитовидных железах идет усиленная секретор-

ная работа, усиленное образование коллоида. Затем на это явление,— очевидно, на почве нарушения питания усиленно работающих железистых элементов органа, вследствие неправильно протекающих процессов обмена веществ в организме,—наслаивается новое явление прорывов фолликулов излияниями из них коллоида, что и обуславливает конечное уменьшение органа в весе. Лишь в далеко зашедших стадиях авитаминоза *B* у крыс (но не у голубей) мы имеем некоторые указания на неочень значительное понижение секреции в щитовидных железах. Здесь мы должны отметить, что это понижение может находиться в зависимости от изменений обмена веществ, в конечных сроках несколько отличающихся от начальных нарушений этого последнего при указанном заболевании.

Таким образом полученные нами данные значительно расходятся с выводами большинства вышеуказанных авторов.

На этом мы могли бы закончить обсуждение полученных данных. Однако, оно не было бы достаточно полным, если бы мы обошли молчанием те физиологические исследования (Vežár'a, Vászárhelyi, V. Argvaу'я и Zih'a), в которых пониженный при авитаминозе *B* газообмен организма объясняется уменьшением, даже выпадением инкреции щитовидной железы, т. е. состоянием диаметрально противоположным результатам наших морфологических изысканий.

Мы не будем входить в детали работ этих исследователей, но отметим, что причины понижения газообмена у *B*-авитаминозного животного могут лежать,—и это более вероятно,—не в понижении секреции *gl. thyreoideae*, а в тех изменениях жизненных состояний и обмена веществ клеток всего организма, которые развиваются в них под влиянием недостатка фактора *B*.

В самом деле, в тех случаях, когда понижается газообмен в тканях, вследствие выпадения функции щитовидных желез, мы можем компенсировать недостачу их гормона путем дачи препаратов этого органа (Cramer и Mc Call, Stahelin, Hagenbach и Nager, Herман и Abel и др.).

Однако при авитаминозе дача препаратов этого органа, усиливая газообмен, не улучшает состояния животных, как этого должно было бы ожидать, если встать на точку зрения упомянутых исследователей, а наоборот, у животных происходят ускоренное падение их веса и гибель по сравнению с чистым авитаминозом (K. Funk, Ogata, Glanzmann и Scheer). Мало того, организм сам может повышать свой газообмен при авитаминозе *B*, напр., под влиянием низкой внешней температуры (J. Boche); однако и в таких экспериментах, при искусственном стимулировании пониженного при этом состоянии газообмена, также наступают ускоренная гибель и падение веса опытных объектов.

Все это указывает, что причина понижения газообмена при *B*-авитаминозе кроется не в нарушении деятельности щитовидной железы, а в изменении обмена веществ клеток всего организма, в изменении их окислительной способности вследствие приспособления к иным условиям существования из-за недостатка фактора *B*,—обстоятельство, очевидно, до известной степени направленное к продлению жизни индивида, т. е. искусственное стимулирование в клетках организма окислительных процессов ведет к его ускоренной гибели.

Мало того, если обратиться к данным обмена веществ в организме с усиленной инкретией щитовидной железы, напр., к опытам со скармливанием этой последней то мы видим, что при этом получают гипергликемия, уменьшение, до полного исчезновения, гликогена из печени (Mark, Fukui Tomio), гиперлипемия (Sestini и Pighini и Paoli) с уменьшением жировых депо и усиление азотистого обмена с повышенным выделением аммиака, мочевины и мочевой кислоты мочей, а также и креатинина (Eppinger, Falta и Rudinger, Abelin, Bloch, Voit, Schöndorf, Pfeiffer, Scholtz, Richter и др.), т. е. то, что наблюдается и при авитаминозе, при котором точно так же мы имеем гипергликемию и уменьшение гликогена в печени (Funk и Schonbörn, Findlay, Ogata, Collazo, Abderhalden, Schinoda и Палладин) наряду с гиперлипемией (Ogata и Ciaccio, Lawaczek и Hotta, Colleezo и Bosch, Schazillo, Asada, Палладин), уменьшением жировых депо (Bieckel, Jusa-Buchi, Lawaczek и Asada и др.) и усилением азотистого обмена с повышенным выделением аммиака, мочевины, мочевой кислоты, креатинина и креатина мочей (Палладин, Кудряшева). Это тоже не укладывается в рамки взглядов указанных авторов.

Сами мы далеки от мысли приписывать указанные изменения обмена исключительно повышенной инкретии щитовидных желез. Однако в этом повышении мы должны несомненно видеть известный компенсаторный ответ организма на те глубокие нарушения перестановки на почве, очевидно, резкой деструкции углеводного метаболизма—обмена жиров и белков, которые отмечаются при этом состоянии, и с ходом которых тесно связана деятельность названных желез.

Подтверждение этому взгляду о важности роли щитовидных желез в симптомокомплексе авитаминоза *B* мы имеем в опытах E. Abderhalden'a, по данным которого явления этого авитаминоза развиваются и протекают скорее у тиреоидэктомированных морских свинок, чем у нормальных.

В конечном итоге мы можем, на основании своих наблюдений, прийти к следующим выводам:

1) В щитовидных железах взрослых крыс и крысят в первые периоды авитаминоза *B* мы имеем усиленную, по сравнению с нормой, секреторную деятельность, выражающуюся в увеличении размеров фолликулов органа, resp. увеличении в этих последних коллоида, нарастании размеров пристеночных фолликулярных элементов, усилении формирования новых железистых пузырьков в интерфолликулярных образованиях и в интенсивной продукции клетками железы метаплазматического и метануклеарного (по классификации Wail'a) коллоида.

2) В дальнейшем на это явление усиления инкретии *gl. thyroideae* происходит наложение нового процесса—прорывов фолликулов с излиянием из них коллоида в лимфатические щели и иногда выхождением в них эритроцитов и некролизом отдельных фолликулярных клеток; так как такие прорвавшиеся фолликулы несклонны к репарации, и явление это выражено в железах довольно сильно, то этим и объясняется конечное уменьшение их веса при авитаминозе.

3) В последних стадиях в железах молодых и взрослых крыс мы имеем указания на некоторую изношенность их и на некоторое пони-

жение их функции,—может быть, вследствие несколько иного течения обмена веществ в конце авитаминоза по сравнению с начальным периодом; впрочем гистологические картины и тут свидетельствуют, что понижение это—несильное.

4) У голубей при авитаминозе *B* точно также наблюдается усиленная инкреторная работа щитовидной железы, морфологически выявляющаяся почти одинаково с крысами; на этот процесс усиленной секреции в дальнейшем наслаивается явление прорывов фолликулов и излияния из них коллоида, вследствие чего железа и уменьшается в весе; но даже в самых последних сроках мы не имеем данных, говорящих о понижении функции названного органа.

5) Процессы некробиоза отдельных клеточных элементов в щитовидных железах при авитаминозе *B*, будучи выражены незначительно сильнее, чем в норме, являются результатом повышенной работы органа, протекающей притом в условиях нарушенного питания его, вследствие деструкции обмена веществ в организме, лишенном фактора *B*; однако процессы эти выражены все же слишком слабо, чтобы им приписать возможность понижения функции щитовидных желез при этом состоянии.

6) Полученные нами морфологические данные не дают никаких оснований говорить о выпадении или о значительном понижении инкреторной работы щитовидных желез при авитаминозе *B*, а, наоборот, указывают на несомненное повышение ее в известном периоде заболевания у крыс и до конца— у голубей.

К вопросу об эндокринном патогенезе злокачественных новообразований.

Проф. А. А. Сухова (Ленинград).

Учение об опухолях, особенно злокачественных, наиболее ярко отражает эволюционные фазы в биологической медицине. Учение о гормонах возвращает ее на путь гуморальной теории, а дальнейший рост гормонологии тесно связывает ее с клеточной гипотезой. Так, напр., Zondek и его школа взаимодействие между клеткой и гормоном объясняют электролитами клетки или содержанием в ней ионов, именно, „распределением электролитов внутри клетки и на ее оболочках“; от этого, по Zondek'у, зависит изменчивость действия инкретов, протекающего на периферии тела, хотя каждая клетка и является носителем специфических гормонов, получаемых ею через кровь или лимфу. Отсюда, говорит Zondek, самые различные моменты могут изменять структуру ткани и вместе с тем способность ее реагировать на гормональные вещества, причем наследственные факторы, определяющие структуру ткани (генотипический способ реакции, Bauer), имеют громадное значение для клинической картины симптомов.

Кринопатология уже накопила большой материал по вопросу о соотношении между новообразованиями и железами внутренней секреции. Biedl указал, что специфические элементы щитовидной железы отличаются сравнительно-сильной способностью к размножению; это видно уже из того, что после частичного иссечения щитовидной железы в оставшейся части ее можно заметить чрезвычайно сильную регенерацию, исключительно эпителиальных ее элементов, ведущую к гиперплазии и, вместе с тем, к качественной дисфункции клеток железы. То же, до некоторой степени, подтверждается и наблюдениями над опухолями гипофиза: плоскоклеточные аденокарциномы его дают синдром *dystrophiae adiposo-genitalis*, т. е. ведут к гипофункции передней доли, аденомы же гипофиза ведут к ее гиперфункции, т. е. к акромегалии, каковой синдром, подобно первому, большею частью авторов считается полигландулярным заболеванием.

Некоторые формы раков развиваются из эмбрионально заблудившихся частей эндокринных желез, т. е. опять-таки при общей гормональной конституциональной дисфункции, напр., из частей надпочечников, занесенных в почку, из тератоидных опухолей и т. п. Rowland H. Harris описал случай аденокарциномы яичника у девочки, где имел место синдром быстро развившейся *pubertas* с заключительной ложной беременностью; удаление опухоли повело к нормальному развитию девочки.

Связь развития раковых новообразований с дисфункцией гормональной системы доказывается, далее, тем фактом, что в печени, напр., аденомы и аденоматозные полипы могут переходить в рак, тогда как подобные же неоплазмы в гортани такого изменения не испытывают. Интересно и то наблюдение, что раковые клетки несут, хотя качественно и неправильную, гормональную функцию яичников, грудных желез, гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, желез кишечника, печени, поджелудочной железы и т. д. В случае Eiselsberger'a, напр., удаление раковой

опухоли из щитовидной железы дало микседему, а метастаз ее устранил. Качественно-физиологическое изменение раковой клетки, при иногда крайне значительной внешней потере дифференцировки ее, подтверждает Hansmann (анаплазия). Такой дисфункцией раковой клетки или как-бы особой внутренней секрецией ее, вследствие особого биологического изменения этой клетки, некоторые авторы и объясняют раковую кахексию. Есть и такое объяснение, что раковые клетки вырабатывают особый цитолитический фермент. Наконец, с трактуемой точки зрения представляет большой интерес освещение наследственности у саркоматозных и раковых больных, как в нисходящем, так и в предочном комплексе. Naujok приводит случай, где у больной с саркомой яичников родились дети с кринопатологическими формами.

Таким образом учение Conheim'a о происхождении опухолей должно быть скорректировано в той его части, где он говорит, что злокачественные новообразования являются результатом могущественной ростковой силы тех именно элементов, которые сохранили от эмбрионального периода присущую этому периоду силу размножения, так как не подверглись высоко квалифицированной дифференцировке. Гормонально-железистые элементы являются, напротив, высоко квалифицированными элементами, а между тем именно дисфункция их ведет к неоплазматическому процессу. На этом же основании нельзя вполне согласиться с утверждением Neudörfer'a и проф. А. А. Богомольца о том, что в патогенезе злокачественных опухолей главную роль играет ретикуло-эндотелиальная ткань.

С этой точки зрения становится понятно, почему как наследственно-конституциональные аномалии, так и приобретенные дисфункционно-токсические гормональные нарушения могут обуславливать развитие злокачественных опухолей. Относительно первых проф. Г. В. Игнатовский оттеняет, что, напр., status hyperplasticus несомненно предрасполагает к такому диатезу. Относительно второго момента прав проф. Г. В. Шор, говоря, что этот момент объясняет, почему карциногенные раздражители неспецифичны и многочисленны.

Таким образом в числе путей изучения раковой проблемы, в особенности патогенеза рака, важны собирание и анализ клинического материала, в котором бы имело место сочетание саркоматоза resp. рака с кринопатологией. С этой точки зрения представляет интерес следующий случай, наблюдавшийся в Ленинградском Бюро Научно-врачебной экспертизы:

В. П., 52 л., токарь по металлу с 22-летним стажем, женатый, происходит из здоровой семьи, с детства много курит, при случае злоупотребляет спиртными напитками, вен болезней, травм и пр. не было. Настоящая болезнь началась 6 лет назад, когда у больного без видимой причины, постепенно стало развиваться страдание суставов конечностей; параллельно с этим начали нарастать общая слабость, похудание и психическая вялость; три месяца назад больной подметил затруднения при приеме пищи. Вследствие своей болезни П. уже 4 года не работает.

Данные объективного исследования произведенного 17—31 декабря 1926 г.: больной—низкого роста, слабого сложения, с резким общим истощением; кожа и видимые слизистые оболочки бледны, волосы на голове седые, заметное выпадение бровей, ногти нормальны, микседематозная набухлость кожи, сухость и малая смазка ее. Скелет представляет правильное, пропорциональное отношение различных своих отделов, в частности череп нормальных размеров, правильной формы, симметричен; по обследованию хирургов (К. И. Барышникова и Е. С. Канцеля) определяется деформирующий полиартрит: движения в обоих плечевых суставах и в левом локтевом ограничены, межфаланговые суставы кистей рук

утолщены, оба коленные сустава согнуты под углом в 100° , в левом имеется почти полный анкилоз, движение обоих лучезапястных суставов резко ограничено, больной ходит с большим трудом (на костылях). Со стороны мышечной системы констатирована артропатическая миопатия всех конечностей. Температура нормальна. Из желез гипофиз нормален, щитовидная железа вялая, со стороны половых желез, кроме небольшого утолщения левого придатка и расширения вен семенных канатиков, уклонений от нормы нет (пр.-доц. Кребс). Почки и остальные железы, патологических признаков не обнаруживают. Внутренние органы (д-р А. А. Смирнов): эмфизема легких, артериосклероз и миодегенерация сердца. При обследованиях рентгеном констатировано, что пища проходит по пищеводу замедленно, толчкообразно, не давая длительной задержки на определенном уровне; путем эзофагоскопии на глубине 27—28 сант. определяется плоский tumor на правой стенке пищевода, покрытой розовой, неизъязвленной слизистой, — cancer oesophagi. Со стороны психо-нервной системы: а) в соматике констатируются вялость кожных рефлексов, вялость коленных и ахилловых рефлексов (вследствие артропатических миопатий) и повышенная соматическая утомляемость, б) со стороны психики — ослабление памяти, вялость ассоциативных процессов, вялая эмотивность с апатичностью и с сонливостью. Со стороны органов чувств: а) зрение (Н. Шенкель) обоих глаз $0,6 + 1,0$ Д, $v = 0,9$, зрачки и дно нормальны, б) со стороны органа слуха (д-р Щедрин) диагностируется двухсторонний хронический otitis media.

Анализируемый случай в кринологическом определении резюмируется, как продукт климатерической почвы с резким преобладанием гипотиреоза. Полиаргритический процесс, вялость щитовидной железы, микседематондная набухлость кожи, атония тканей с гипотонией суставов, замедление ассоциативных процессов с ослаблением памяти представляют черты гипотиреоза. На втором плане стоит климактерическое ослабление всех других звеньев гормональной цепи. В психологическом отношении больной характеризуется ослаблением памяти и ассоциативных процессов и вялою эмотивностью.

Случай этот подтверждает главный тезис моего доклада, сделанного на Всесоюзном Совещании при НКЗ по борьбе с раком, а именно, что дисфункция гормональной системы дает „раковое предрасположение“ (прекарциноматозное состояние Шора). На такой почве клетки железисто-ракового очага приобретают биологические свойства молодых клеток (потеря дифференцировки, подвижность, фагоцитозность) с частичным сохранением материнских свойств и с качественно извращенной гормональной функцией. Положение это подтверждается наблюдениями Рауера о лечении скirrosных раков инъекциями пепсино-иодного раствора, эффект которого можно объяснить гормоноподобным действием пепсина на весь организм. Учитывая же выводы Зондек'а о том, что, повидимому, „гормоны циркулируют в крови в неактивной форме и становятся активными лишь в месте их назначения, к которому они имеют специфическое избирательное сродство, и что электролиты являются последним звеном регуляторной системы для гормонов“, надо признать необходимым, при изучении патогенеза раков и сарком, идти по пути, указанному этим автором, т. е. изучать взаимосвязь обратимости клеток и обратимости действия гормонов, изучать значение электролитов в этих процессах, изучать содержание гормонов в паренхиматозных клетках и процессы контакта гормонов с клетками (проницаемость их в клетку и действие на поверхности ее), изучать роль липоидов и т. д.

„К числу курьезов биологии, — говорит Зондек, — относится то, что всякое новое знание является воротами, ведущими в таинственный лабиринт новых загадок и проблем“. В таком лабиринте раковой проблемы, наряду с другими методами изучения ее, путеводной нитью может явиться кринологический анализ случаев рака и саркомы.

Наблюдения над лечением ультра-фиолетовыми лучами ртутно-кварцевой лампы в Ульяновском Тубдиспансере.

С. Д. Грязнова.

Не более двух десятков лет прошло с того времени, как появились первые работы Bernhardt'a и Rollier о значении солнечных лучей в деле лечения тbc (хирургического). Еще ранее Finsen, Уппа, Wiedmark и Hammer, являющиеся родоначальниками фототерапии, рядом исследований доказали, что всем известный загар, являющийся после более или менее продолжительного пребывания человека в сфере солнечных лучей, зависит не от тепловых, а от т. наз. химических, ультра-фиолетовых лучей (UV).

Rollier, работая в горных местностях Швейцарии над изучением действия солнечных лучей, пришел к заключению, что в этих местностях солнечный спектр содержит больше ультра-фиолетовых лучей, нежели тепловых; в швейцарских же долинах и на равнинах UV лучи спектра в значительной мере поглощаются испарениями и пылью. Сопоставляя этот факт с фактом благоприятного действия пребывания в горных местностях на течение тbc, естественно было придти к выводу, что именно UV лучи и оказывают благоприятное лечебное действие на тbc. Отсюда же родилось стремление найти искусственный источник света, который-бы мог давать нужные для терапии тbc и др. болезней лучи. Finsen'овский аппарат был первым таким прибором, а из него, путем дальнейших усовершенствований, произошла ртутно-кварцевая лампа.

В течение короткого времени эта лампа получила весьма широкое распространение, отовсюду стали появляться восторженные отзывы о действии ее лучей на организм человека при различных болезнях. В настоящее время это увлечение в медицинском мире начинает проходить, вместо восторженных отзывов мы видим сдержанную критику и стремление накопить как можно больше клинического материала с тем, чтобы в будущем дать объективную оценку сущности действия UV лучей ртутно-кварцевой лампы при тех или иных заболеваниях.

В виду этого я и решаюсь опубликовать некоторые наблюдения, произведенные в Ульяновском Тубдиспансере над действием UV лучей кварцевой лампы при различных заболеваниях как туберкулезного, так и нетуберкулезного характера. При этих наблюдениях мы пользовались Васн'овской ртутно-кварцевой лампой фирмы Hanpa, с круглым алюминиевым кожухом на подставке с горелкой Nagelschmid'ta.

Наблюдения производились в течение 10 месяцев. У большинства больных было проделано исследование количества красных и белых кровяных шариков, а также содержание гемоглобина в крови; обычно эти исследования производились до облучения, через $\frac{1}{2}$ часа после пер-

вого сеанса, затем после 10-го и 20-го сеансов. Все исследования крови производились врачом-бактериологом Ульяновской Губернской Лаборатории Д. Д. Грязновым.

Сеансы облучения обычно начинались с 5—10 минут на расстоянии в 1 метр и более. В каждом случае время облучения и дистанция источника света устанавливались наблюдающим врачом; более 30 минут времени и ближе 30 сантиметров дистанции облучения не назначались. Сеансы производились через 2 дня в третий; самое большое количество принятых одним лицом сеансов было 58, самое меньшее—4. Всего лечению UV лучами подвергся 171 больной; из них у 83 наблюдалось улучшение болезненного процесса или полное выздоровление, у 3—ухудшение и у 85—процесс остался без перемен.

По характеру заболеваний наши больные распределялись следующим образом: страдавших tbc было 141, в том числе tbc легких 27 (взрослых 17, детей 10), tbc бронхиальных желез—38, tbc лимфатических желез шеи—17, tbc кожи—15, tbc гортани и горла—4; с другими заболеваниями было 28 больных, а именно, с бронхиальной астмой—7, с обезображивающим артритом—7, с фурункулезом—2, с кружковым выпадением волос—2, с рахитом—3, с язвами голени—1, с нервными заболеваниями—4, с хронической экземой—2.

Большинство больных было с тяжелыми, упорными заболеваниями, длившимися иногда десятки лет,—заболеваниями, при которых были без успеха испытаны разнообразнейшие способы лечения. Наблюдений во многих весьма интересных случаях не пришлось закончить из-за того, что больные после незначительного улучшения переставали посещать сеансы и таким образом вышли из-под наблюдения; эти случаи в наш материал не вошли.

При отборе больных для лечения ультра-фиолетовыми лучами проявлялась большая осторожность. Особенно это касалось взрослых больных с легочным tbc. Небольшие кровохаркания не служили препятствием к применению облучения, значительные же разрушения в легких, большие экссудации и повышенная температура считались противопоказаниями для лечения.

Приводимые ниже истории болезней относятся к случаям, прослеженным более или менее продолжительное время, где был притом наличию тот или иной результат от лечения. Тождественные случаи не приведены,—по каждой группе заболеваний, как туберкулезных, так и нетуберкулезных, приведена одна история болезни, выбранная таким образом, чтобы она отражала в себе не только положительные результаты, но и отрицательные.

1. Туберкулезные больные.

1) Б-ая С. Е., 17 лет. Диагноз: tbc. artic. ulnaris dextrae, ulcera. Больна 5 лет, имеются опухоль правого локтевого сустава, полная неподвижность в нем, атрофия мышц предплечья и плеча правой руки, резкая болезненность при ощупывании и дотрагивании до сустава; кожа представляется покрасневшей, отекающей, с синеватым отливом; в области сустава имеются пять изъязвлений с отделением густого желтовато-зеленоватого гноя. Есть и рубцы. Небольшое изъязвление имеется также в области левого Ахиллова сухожилия. Больная бледна, малокровна; лежала все время, но безрезультатно. Реакция Ригкет резко-положительна. Исследование крови: перед началом болезни—гемоглобина 78%, лейкоцитов 7,900, эритроцитов 5,070,000; через 3 недели, после 6 сеансов,—гемоглобина 72%, лейко-

цитов 8.800, эритроцитов 3,545,000; через 4 месяца после лечения—гемоглобина 80%, лейкоцитов 6,700, эритроцитов 6,615,000. Вес до лечения 52,3 кил., после 6 сеансов—51,3 кил., через 4 месяца—53,1 кил. При исследовании рентгеном обнаружено разрушение концов плечевой и локтевой костей. Лечение кварцевой лампой на дистанции от 1 метра до 50 сантиметров в течение 15—30 минут; через 6 месяцев улучшение: опухоль сустава уменьшилась, кожа на ней стала одинакового цвета с окружающей, в суставе появилась—правда, очень ограниченная—подвижность, из язв остались только 2, да и те с наклоном к заживлению. Лечение продолжается.

2) Б-ая М. А. 19 лет. Диагноз: *tbc ossis femoris dext.* Больна 8 лет, причем первоначально были опухоль и боль в правой ноге; передвигалась на костылях, все время лечилась, три раза подвергалась операции (выскабливание кости) в Ульяновской Губсовбольнице в 1918 и 1919 г.г.; во время последнего выскабливания были удалены части кости, опухоль после операции уменьшилась, но операционные раны не зажили, и из них до сих пор идет обильное отделяемое с запахом. С 1924 года больная поступила под наблюдение Тубдиспансера и проделала два полных курса лечения жидким гваяколом с фосфором и туберкулином, но безрезультатно. Назначено лечение UV лучами, общее и местное,—общее на дистанции в 1 метр, местное на 50—30 сантиметров. Исследование крови: до лечения—гемоглобина 65%, лейкоцитов 7,600, эритроцитов 4,285,000; через 8 сеансов—гемоглобина 80%, лейкоцитов 6,000, эритроцитов 4,500,000; через 4 мес. после начала лечения—гемоглобина 75—80%, лейкоцитов 7,770, эритроцитов 5,625,000. Вес до лечения 59,6, через 6 сеансов 61,2 кил., через 4 мес. 64,2, через год 63,8 кил. Несмотря на лечение, болезненные явления остались без перемен. В настоящее время местные облучения больная принимает на дистанции в 20 сантиметров, по 30 минут; кроме того ей производятся инъекции *t-rae jodi* 10% в прованском масле; результатов пока нет никаких. Лечение продолжается.

3) Б-ая П. Н., 15 лет. Диагноз: *tbc gl. bronchialium, pleuritis sicca sin.* Происходит от родителей, больна 3 года. По ночам кашель, бледна, аппетит отсутствует. В 1925 г. больная 2 месяца по поводу левостороннего гнойного плеврита лежала в Губсовбольнице, где у ней была произведена резекция ребра. Применено лечение UV лучами с дистанции в 1 метр в течение 15 минут; через 8 сеансов улучшение.—кашель меньше, появился аппетит, отмечено резкое нарастание числа красных кровяных шариков, улучшение легочного процесса и явлений сухого плеврита. На 10-м сеансе лечение прекращено. Вес до лечения—42,2, после лечения—43,1 кил.

4) Б-ая Т. Е., 42 лет. Диагноз: *tbc pulmonis d. Vi, s. Vi product., haem. BK.* Страдает 4 года,—боль в груди, кашель, частые небольшие кровохаркания, исхудание, отсутствие аппетита, потеря трудоспособности; под наблюдением Тубдиспансера состоит 2 года; все время лечится. Назначено лечение UV лучами с дистанции в 2 метра, по 5—10—15 минут; освещенное местное (груди и спины). После 8 сеансов кровохаркание прекратилось, после чего больная переведена на туберкулинизацию; переносит ее хорошо. До лечения вес 43,5, через 6 сеансов—40,9, через 4 месяца—42,5, через—год 44,5 кило.

5) Б-ой Е. Н., 28 лет. Диагноз: *tbc pulm. dex. Vi, sin. Vi act., tbc laryngis. epiglottidis et palati mollis.* Болен 4 недели, жалуется на затруднения глотания даже жидкой пищи. Больной быстро худеет и сильно кашляет. При исследовании мокроты найдены бактерии Кош'а в количестве 15—20 в поле зрения; в легких двусторонний активный продуктивно-нодозный процесс; на мягком небе, немного выше язычка, имеется язва величиною с 10-коп. серебряную монету, с серым дном, возвышающаяся над поверхностью, с неровными краями. По заключению ларинголога у больного имеются инфильтрация голосовых связок, краснота и припухлость надгортанника и *tbc* язвы мягкого неба. Лечение UV лучами через горланное зеркало,—облучение голосовых связок и надгортанника и прямое освещение язвы мягкого неба. Дистанция 50—30 сантиметров, сеансы по 5—10 минут через день. Через 10 сеансов язва мягкого неба покрылась грануляциями, глотание жидкой пищи стало возможным; через 14 сеансов язва исчезла, стало возможным глотание твердой пищи. явления в легких и в гортани значительно улучшились. Вес до лечения 56,6 кил., через 6 сеансов—52,9, к концу лечения—52,3 (убавка веса шла за счет прогрессирования легочного процесса).

6) Б-ая К., 62 лет. Диагноз: *lupus vulgaris faciei.* Больна 12 лет. На лице разлитая опухоль красновато-синеватого цвета, возвышающаяся над поверхностью кожи; носовая перегородка и кончик носа отсутствуют; болезненный процесс рас-

пространен от подбородка до волосистой части головы; уши, надбровные дуги, щеки, *clivus nasi*—покрыты плотными корками серого цвета; конъюктива век отечна и воспалена; большая истощена, настроение у нее подавленное, лечилась все время, причем год была в Ленинграде, в клинике кожных болезней, где ей применяли преимущественно смазывания подной настойкой, неоднократно также обращалась в клинику Казанского медфака, много лечилась и в Ульяновске. Исследование крови до лечения: гемоглобина 70%, лейкоцитов 8,800, эритроцитов 3,725,000; через 8 сеансов лечения—гемоглобина 80%, лейкоцитов 5,670, эритроцитов 5,825,000. Вес перед лечением 36,8 кил., через 6 сеансов—37,0, через 4 месяца—39,7, через год—38,9 кил. Лечение лучами кварцевой лампы, начиная с дистанции в 1½ метра, сеансы по 15—30 минут, 2 раза в неделю. Больная приняла более 60 сеансов, после чего корки на щеках, *clivus nasi*, ушах и надбровных дугах исчезли, щеки, подбородок, лоб и нос стали приобретать нормальный цвет кожи; на кончике носа, возле надбровных дуг и в височной области узлы и краснота еще держатся; самочувствие больной хорошее.

7) Б-ая А. Е., 19 лет. Диагноз: *tbc cutis (tuberculid)*. Больна 6 месяцев. На сгибательной стороне правого локтевого сустава имеется возвышающаяся над поверхностью кожи, синеватая опухоль величиною с 2 медных пятака, в середине ее узловатые возвышения с резким синеватым отливом. Больная лечилась все время, причем испробовала всевозможные мази. Дважды у ней была проделана реакция *Wassermann's* с отрицательным результатом. Лечение UV лучами с дистанции в 80—50 сант., сеансы в 15—20 минут. Через 8 сеансов улучшение, после 16 облучений—полное выздоровление. На месте бывшего поражения осталась лишь небольшая краснота кожи; количество гемоглобина в крови увеличилось на 10%, вес прибавился на 1100 грм.

8) Б-ая Д. Н., 20 лет. Диагноз: *lymphadenitis tbc colli*. Страдает 2 года; первоначально опухоль на шее была небольшая, затем, через год увеличилась настолько, что стала препятствовать ношению одежды; опухоль плотная, с гусиное яйцо, не спаянная с окружающей клетчаткой. Лечение UV лучами с дистанции в 1 метр, сеансы в 15—20 минут, через 3 дня. После 8 сеансов опухоль стала резко уменьшаться, через 12 сеансов лечение закончено. Прибавки веса и увеличения гемоглобина в крови не наблюдалось.

9) Б-ой С. А., 27 лет. Диагноз: *lymphadenitis tbc colli, ulcera*. Болен 5 лет. Имеется опухоль шейных, подбородочных, затылочных, под- и надключичных лимфатических желез с обеих сторон, с рубцами, изъязвлениями, отечностью клетчатки и гнойным отделяемым; большой истощен, аппетит отсутствует, в легких имеется двухсторонний верхушечный процесс (At.). Лечился все время, причем инъекции гваякола и креозота, втирания разных мазей, компрессы, рыбий жир и пр. способы укрепляющего лечения не дали никакого результата,—после кратковременного улучшения у больного, спустя 2—3 недели, на новом месте появилась опухоль железы, которая быстро размягчалась и нагнаивалась, с образованием нового свищевого хода. Лечение лучами кварцевой лампы с дистанции в 1 метр—50 сант., продолжительность в 15—30 минут, два раза в неделю. После 30 сеансов новые припухания желез прекратились, на местах изъязвлений появились плотные рубцы и корки, по отхождении которых заживление ран шло весьма быстро. Через 50 сеансов резкое улучшение, больной чувствует себя поправившимся; количество гемоглобина в крови увеличилось на 20%, вес прибавился на 2 кило.

10) Б-ой С., 6 лет. Диагноз: *tbc peritonei chronica*. Болен год; с рождения рос слабым, часто хворал, мать страдает чахоткой, отец—базедовизмом; жалуются на боль в животе; испражнения задерживаются по 2—3 дня, опухоль в животе появилась 4 месяца тому назад, причем боли усилились; больной бледен, имеется увеличение бронхиальных желез, живот равномерно увеличен, в полости его определяется свободная жидкость; при ощупывании стенка живота напряжена и болезненна; реакция *Riquet* резко-положительна. Общее освещение всего тела UV лучами с дистанции в 1 метр 80 сант. После лечения самочувствие больного улучшилось, появился аппетит, ребенок стал более подвижен, опухоль живота стала уменьшаться; одновременно отмечено нарастание красных кровяных шариков на 5%; через 16 сеансов свободная жидкость из полости живота исчезла, больной чувствует себя хорошо. Вес до лечения—14,9, после лечения—17,4 кило.

II. Нетуберкулезные больные.

11) Б-ой З. Н., 39 лет. Диагноз: *asthma bronchiale*. Болен 12 лет, жалуются на мучительные приступы бронхиальной астмы, длящейся иногда по несколько

дней. Больной истощен, выглядит старше своих лет, постоянно имеет плохой аппетит, часто страдает одышкой и бессонницей; все время энергично лечился, неоднократно показывался профессорам в Казани, испробовал весь лекарственный арсенал от астмы, между прочим очень много пил водистого калия, но приступы не уменьшались. С 1/X 1925 г. поступил под наблюдение Тубдиспансера, где, кроме астмы, у него обнаружены эмфизема легких, the pulmonum An productiva inact., myocarditis. Назначено лечение UV лучами с дистанции в 1 метр; сеансы по 15—20 минут (облучение местное) 2 раза в неделю. До лечения приступы удушья обыкновенно появлялись 1—2 раза в месяц; за время лечения, с января по май 1926 г., приступов не было; с мая по июль 1926 г. больной прервал лечение и уехал в деревню, где у него приступов также не было, несмотря на то, что он неоднократно простужался. В конце июля 1926 г., возвратившись в город, больной после психического возбуждения имел типичный приступ удушья, длившийся часов 6; на другой день приступ снова повторился, и больной во время самого приступа явился для лечения UV лучами; после 5-минутного облучения с дистанции в 1 метр приступ постепенно стих, но через два дня опять повторился, хотя уже меньшей силы и более короткий; вновь назначено лечение UV лучами, после чего приступы прекратились.

12) Б-ая М. З., 27 лет. Диагноз: asthma bronchiale. Страдает 2 года. Жалуется на приступы удушья, которое стало резко выраженным только за 2 последних месяца, раньше же было лишь затруднение дыхания. Лечение UV лучами с дистанции в 1 метр, длительность сеанса 15 минут, сеансы 2 раза в неделю. После 8 сеансов улучшение самочувствия, отсутствие одышки, приступ в 2 месяца был всего один раз, да и то более слабый. Лечение лучами продолжается. Прибавки веса не наблюдалось.

13) Б-ая К. Р., 2 л. 8 мес. Диагноз: рахит. Девочка была доставлена с жалобами на кашель, головную боль, нервные расстройства, вырвавшиеся в постоянно плаче, особенно по ночам, частых капризах, отсутствии аппетита. При исследовании оказалось, что большой рожничек еще не закрылся, ребра имеют характерные четки, в легких сухие хрипы различных тонов в нижних долях, живот, ноги, руки чувствительны при дотрагивании, особенно в области больших суставов. Больная часто потеет. До диспансера ее носили ко многим врачам города. Общее освещение лучами кварцевой лампы с дистанции в 1 метр 50 сант., сеансы через день, по 10 минут каждый, с отменой всех лекарств. После 3 сеансов резкое улучшение, — появился аппетит, исчезла болезненность суставов и живота, ребенок играет; через 8 сеансов все болезненные явления исчезли, через 10 сеансов лечение прекращено. Спустя две недели по окончании лечения девочка была доставлена для осмотра, причем у нее никаких отклонений от нормы в легких не обнаружено, прибавь в весе за 2 недели—1 кило.

14) Б-ая Ц. Н., 16 лет. Диагноз: ulcera scuris. Больна 4 месяца. В средней трети голени правой ноги имеются две язвы с глубокими, неровными краями, величиною с боб или большую горошину; дно язв ярко-красного цвета, с обильным желтоватым отделяемым; иногда на краях язв появляются корки желтого цвета. Больная с первых дней появления язв энергично лечилась в Казани, где ей делали прижигания ляписом, затем была у специалистов в Москве, где ей посоветовали проделать лечение UV лучами, для каковой цели она и явилась в Тубдиспансер. Применено местное облучение с дистанции в 1 метр, сеансы по 15—20 минут продолжительностью, 2 раза в неделю, с отменой всех мазей и лекарств (разрешено лишь промывать язвы 3% перекисью водорода и на ночь смазывать их чистым вазелином). После 6 сеансов освещения дно язв покрылось хорошими грануляциями, верхняя язва быстро стала затягиваться, нижняя язва на пути к излечению. Вес до лечения 57,6 кил., в конце лечения 58,2 кил.

15) Б-ая Д. Е., 28 лет. Диагноз: ischias chr. dex. Больна 1 год, жалуется на боли в правой ноге, невозможность сгибать последнюю, боли в пояснице; лечилась у многих врачей, — делала ванны, втирания, но безрезультатно. За последнее время в ноге появились резкие дергающие и стреляющие боли. Применено общее освещение кварцевой лампой с дистанции в 1 метр, сеансы втечении 20—30 мин., через день; одновременно производились инъекции молока, по 2,0, через 3 дня; всего сделано 12 инъекций. После 10 сеансов освещения улучшение, нарастание числа красных кровяных шариков, прибавка в весе на 2,5 кил. Через 20 сеансов больная чувствовала себя здоровой.

16) Б-ая Ш. А., 18 лет. Диагноз: eczema chr. Больна 10 лет, на обеих руках с тыльной стороны, до локтевого сустава справа и до лучезапястного слева, имеется

сливная мокнущая экзема, местами покрытая желтыми корками; такая же картина имеется за ушами возле *procc. mastoidei* той и другой стороны, но в меньшей степени. Лечилась все время, особенно энергично за последние 2 года, причем к весне обычно наступало улучшение, но стоило больной намочить руки или сходить в баню, чтобы снова наступало резкое ухудшение. Применено местное облучение UV лучами с дистанции в 1 метр; сеансы продолжительностью в 15—20 минут, два раза в неделю. После 30 сеансов на руках образовались корки, отделяемое исчезло, кожа стала приобретать нормальный вид, умывание водой рук перестало вести к обострениям процесса, у больной отмечено нарастание красных кровяных шариков и гемоглобина в крови; в виду улучшения процесса больной дан перерыв на 2 месяца. Через 2 месяца она явилась снова с экземой, но в меньшей степени, чем было раньше. Снова назначено лечение UV лучами, причем уже после второго сеанса наступило резкое улучшение. В настоящее время больная продолжает посещать сеансы лечения.

17) Б-ая Н., 38 лет. Диагноз: *neurasthenia gravis*. Больна два года, после произведенной гинекологической операции прислана в диспансер врачом-невропатологом для лечения солнечными ваннами и душами. После первой солнечной ванны в 5 минут (общее освещение) у больной, через 3 часа, при повышении t^0 до $39,6^{\circ}$, появилось высыпание *urticariae* по всему телу, сопровождавшееся сильным зудом, возбуждением нервной системы и сердцебиениями; особенно сильное высыпание было на животе, руках и бедрах. Все эти явления продолжались 5—6 часов, затем постепенно исчезли, и кожа приобрела нормальный вид; больная стала чувствовать себя удовлетворительно. Через 4 дня снова испытано солнце-лечение: больная, приняв воздушную ванну, на 2 минуты была подвергнута действию солнечных лучей только на грудь, голова же, живот и ноги ее были закрыты; но и после такой короткой солнечной ванны через 3 часа повторились все вышеописанные явления, связанные с высыпанием крапивницы. Через 3 дня солнечные ванны были заменены облучением UV лучами, именно, назначено общее освещение с дистанции в 2 метра в течение 5—10 минут, два раза в неделю. Первый сеанс, однако, пришлось сократить до 3 минут, так как у больной появились нервные подергивания всего тела. Через 3 дня больная снова подверглась облучению UV лучами, на этот раз в течение 10 минут, причем перенесла облучение удовлетворительно, хотя небольшие подергивания тела у нее и были. В дальнейшем больная стала переносить сеансы очень хорошо, самочувствие ее улучшилось, появился аппетит, больная стала прибывать в весе (за 1 месяц прибавка на 1,5 кил.), в крови отмечено увеличение гемоглобина, расстройства со стороны нервной системы в значительной мере исчезли. Лечение продолжается.

18) Б-ая П. М., 37 лет. Диагноз: *furunculosis*. Больна 6 мес. Имеется фурункулез всего тела, особенно же много фурункулов на спине, в области поясницы. Больная истощена, аппетит отсутствует, имеется небольшой кашель. Общее облучение с дистанции в 1 метр, сеансы продолжительностью 15—20 мин. 2 раза в неделю. После 12 сеансов отмечено нарастание числа эритроцитов в крови, улучшение самочувствия и аппетита; фурункулы стали быстро подсыхать и исчезать. Лечение закончено после 18 сеансов.

19) Б-ой Л. М., 27 лет. Диагноз: *alopescia areata*. Болен 3 недели. Раньше бывали кружковые выпадения волос, через 1—2 месяца проходившие сами собой. На волосистой части головы, в правой височной области и на затылке, имеются круглые места облысения, величиною с 3-копеечную медную монету. Местное лечение UV лучами с дистанции в 1 метр 50 сант., по 15 минут каждый сеанс, сеансы два раза в неделю. Больной проделал 20 сеансов, но результатов никаких не получилось.

20) Б-ая С. М., 54 лет. Диагноз: *arthritis deformans*. Страдает 10 лет, жалуется на частые обострения болей и припухания в мелких суставах кистей рук и ног; иногда припухают и большие суставы; с переменной погодой болезненные явления обычно усиливаются настолько, что больная лежит по несколько дней в постели. Все эти явления развились после перенесенного 10 лет тому назад острого суставного ревматизма. При осмотре констатировано колбообразное припухание мелких суставов рук и ног; в суставах пальцевых фаланг рук заметна флюктуация, при ощупывании все суставы болезненны; кроме того, у больной имеется органический порок сердца—недостаточность двухстворки и верхушечный двухсторонний легочный процесс (*lbc A1*). Местное освещение UV лучами мелких суставов рук и ног с дистанции в 1 метр, по 15—20 минут каждый раз, два раза в неделю. После 5 сеансов боли в суставах на ногах исчезли, в дальнейшем при-

пухания при перемене погоды прекратились, самочувствие улучшилось, появился аппетит; за 6 месяцев лечения больная прибавила в весе на 2 кил. Лечение продолжается.

На основании своих наблюдений над действием лучей лампы у различных категорий больных мы пришли к следующим выводам:

1) Ультра-фиолетовые лучи кварцевой лампы являются раздражителем, действующим подобно рассольным ваннам на организм человека.

2) В случаях более свежих, где раздражителя требуется меньше, лечение этими лучами идет успешнее; там, где болезнь тянется продолжительное время, требуется более длительный раздражитель.

3) Лечение UV лучами уместно при хронических воспалительных заболеваниях.

4) На легочный тbc лучше действует лечение солнцем, чем кварцевой лампой.

4) Из тbc процессов лучшие результаты от UV лучей получают при волчанке, кожном тbc, тbc язвах гортани и рта, тbc лимфаденитах; напротив, костные и суставные заболевания плохо поддаются лечению этими лучами.

6) Хорошие результаты получаются от лечения лучами кварцевой лампы рахита.

7) Для лечения бронхиальной астмы ультра-фиолетовые лучи являются одним из самых могущественных средств,—средством, которое может надолго избавить больного от приступов удушья.

К клинике инфицированных язв желудка и 12-перстной кишки *).

С. А. Гросмана и М. М. Браиловского.

Инфицированная язва желудка и 12 перстной кишки как с точки зрения патолого-анатомической, так и с точки зрения клинической не является еще понятием общепринятым и строго определенным. Это понятие лишь весьма медленно внедряется в обиход клиники и с некоторых сторон требует еще доказательств и обоснований. Такое положение вопроса станет понятным, если принять во внимание, что инфекционная теория патогенеза язв, поддерживаемая главным образом Rosenow'ом, Moszkowicz'ем и Konjetz'n'ым, еще до настоящего времени не приобрела достаточного числа убежденных сторонников, и разногласия насчет бактериального патогенеза язв нередко устраняют из сферы внимания исследователей несомненное значение бактерий в эволюции этого заболевания.

Мы впрочем не будем касаться спорного вопроса о роли инфекции в генезе язв и станем на точку зрения французской школы (Daval, Roux, Moutier, Girault), для которой понятие об инфицированной язве является понятием только патолого-анатомического и клинического характера, связанным с представлением об эволюции уже существующей язвы, в зависимости от вторичной ее инфекции. Эта эволюция язвы, при наличии нового ингредиента-инфекции, создает некоторые особенности в ее клиническом проявлении,—особенности, которые в подходящих случаях могут и должны быть учитываемы как при выборе времени, так и при выборе метода оперативного вмешательства. Таким образом рассматриваемый нами вопрос имеет не только теоретический характер, но, как мы постараемся ниже изложить, приобретает и известный практический интерес.

Благодаря работам Daval'я, Roux, Moutier, Girault и Gatellier, вопрос этот в настоящее время может считаться в достаточной мере разработанным как с точки зрения клинической и биологической, так и с точки зрения патолого-анатомической. Указанным авторам принадлежит заслуга удачного обобщения ряда разрозненных фактов из клиники и патологии язв и пропаганды чрезвычайно продуктивной идеи в отношении трактования некоторых клинических форм этого заболевания и связанных с ним проблем терапии. Целью настоящего сообщения является—суммировать эти данные и представить собственный по данному вопросу материал, основанный на разборе 299 случаев язв желудка и 12-перстной кишки.

*). Доложено в заседании Одесского Терапевтического Общества 5/VJ 1926 г.

Уже в исследованиях 1829—1835 гг. Cruveilhier точно отмечал воспалительный характер язв, но в добактериологическую эру, конечно, не мог дать соответствующей интерпретации своим находкам. Тем не менее классические труды этого автора не прошли бесследно для ряда позднейших исследователей. В 1874 г. Boettcher первый выделил из стенки язвы колонии бактерий, а Mathieu останавливался уже над вопросом, не могут ли бактерии играть роль в развитии язв желудка и так или иначе влиять на клиническое течение болезни. С учением об инфекции язв желудка связаны также имена Dieulafoy, Widal'a, Enriquez, Würtz'a, Türck'a и др., а равно работы более поздних исследователей, как Helmholtz и Rosenow. Оставляя в стороне вопрос о патолого-гистологической картине простой язвы желудка, которая, по существующим ныне воззрениям, может быть охарактеризована, как геморрагический некроз слизистой и подслизистой тканей этого органа с обычной воспалительной реакцией в окружности некротического очага, остановимся несколько подробнее на гистологической картине инфицированной язвы, принимая во внимание, что в здоровом желудке в толще слизистой, по соседству с muscularis mucosae, обычно не находят не только патогенных бактерий, но и сапрофитов.

Патолого-гистологическое исследование тканей, вовлеченных в язвенный процесс, дает, по Moutier, картину инфекционного некроза с отеком слизистой и подслизистой, с геморрагическим эндovasкуляритом и иногда милиарными абсцессами; встречаются здесь также макрофаги и молодые соединительнотканые клетки. На дне и стенках язвы обнаруживаются скопления микробов, которые больше всего наводят на подслизистую, реже встречаются в subserosa; muscularis почти всегда бывает стерильна. Нередки случаи тромбоза сосудов микробными телами и лимфангоиты. Наичаще встречающаяся флора— это энтерококки, коккобациллы, энтерострептококки, стрептобациллы и грибки.

В окружности инфицированной язвы отмечаются расширенные капилляры, наполненные полинуклеарами, плазматические клетки, инфильтрация лейкоцитами слизистой и подслизистой; в последней встречаются острые лимфангоиты. Здесь же, в петлях тканей, открываются и микробы. Иногда в слизистой обнаруживаются милиарные абсцессы, которые могут служить причиной флегмонозных гастритов (Dieulafoy, Loerer, Cheinisse).

Нужно отметить, что язвы не прогрессирующие, инактивные обнаруживают менее резко выраженную картину воспаления; здесь полинуклеаров меньше или вовсе нет, а больше встречается мононуклеаров, соединительнотканые клетки с ацидофильной окраской, тем резче выраженной, чем язва старше. Эти язвы большей частью амикробны.

Наблюдения Razemon'a, Rosenow'a, Cushing'a, Gilbert'a и Dominici, Widal'a и друг. показали, что инфекция вводится в желудок главным образом вместе с пищевыми продуктами и слюной, и что состояние полости рта в этом отношении играет несомненную роль. Язва желудка может инфицироваться также гематогенным путем из ряда отдаленных воспалительных очагов (в желчном пузыре, червеобразном отростке и проч.).

Микробная флора желудка весьма разнообразна и зависит, помимо указанных условий, еще и от фаз пищеварения. По Wicher'ю в содер-

жимом желудка натошак микробов нет, и только в случаях пернициозной анемии и раков желудка можно обнаружить *b. coli*. Razemon указывает, что на 103 исследования содержимого желудка натошак микробной флоры не удалось обнаружить в 61 случае. По наблюдениям Копелова, при условиях обычного пищеварения через 2½ часа после приема пищи в желудочном содержимом удается обнаружить около 58.000 бактерий в 1 куб. с., при отведении же слюны и непопадании ее в желудок количество бактерий уменьшается до 900 в 1 куб. с.

Мысль о существовании инфицированных язв желудка и 12-перстной кишки не является новой и в клинике,—отдельные факты по этому вопросу рассеяны во множестве работ. Так, Dieulafoy сообщает о случае, описанном Widal'ем, где у женщины, погибшей от послеродовой горячки, Letulle нашел на вскрытии в желудке два небольших изъязвления с ровными краями; подлежащие небольшие вены были закупорены и содержали множество стрептококков. В описанных тем же автором (Dieulafoy) случаях простого изъязвления (*exulceratio simplex*) бактериологическое исследование дало отрицательный результат, но на месте самого изъязвления и по соседству с ним, в толще слизистой оболочки, наблюдались миллиарные нарывы „заразно-токсического происхождения“, каковые отмечались также в случаях Lépine'a, Bret и Giraudеаu. Dieulafoy знал и о существовании лихорадки при язвах желудка и эту лихорадку был склонен объяснять разлитым, острым заразным гастритом.

Таким образом некоторое представление об инфицированных язвах желудка существовало у клиницистов еще 90-х годов, но это представление было крайне расплывчатым и неопределенным, причем инфекции в эволюции язвы уделялось сравнительно немного внимания. Между тем инфицированные язвы желудка не являются большой редкостью,—они составляют, по Dieula'ю, около 1/3 всех случаев, а по нашим данным—37,8%. На 299 язв желудка и 12-перстной кишки нами отмечались клинические явления их инфицирования в 113 случаях. Эти случаи по своей клинической картине так резко отличаются от обычной симптоматики язв, что не должны быть пропущены.

Кардинальным симптомом инфицированной язвы является повышенная t° , которая, по Roux и по нашим наблюдениям, бывает двойного типа: 1) кратковременные поднятия до 38° на 1--2 дня и 2) длительные повышения t° около 10 дней и дольше. В последнем случае t° держится субфебрильной ($37,^{\circ}2$ — $37,^{\circ}5$). Изредка нам удавалось наблюдать случаи с колебаниями t° более резкими ($37^{\circ},1$ — 38°) и длившимися по 3—4 дня. Этот известный уже давно в клинике язв желудка симптом отмечался неоднократно рядом авторов, фиксировавших на нем свое внимание, но меньше всего его связывали с возможной инфекцией язвы, чаще же старались объяснить рядом других причин, менее вероятных и менее обоснованных.

В 1912 г. Lorenz, из клиники Ewald'a, произвел систематические измерения t° у язвенных больных и нашел на 179 случаев язв в 47 случаях лихорадку. Происхождение последней этот автор объяснял потерями крови при язве, так как в случаях тяжелых кровотечений лихорадка наблюдалась, как правило. В 7 случаях, однако, лихорадка наблюдалась и без предшествовавших кровотечений; эти случаи язв Rüttimeyer ставит под вопрос о возможности их инфекции. В 1923 г.

Jacobs, из клиники Kraus'a, наблюдал 30 случаев язв желудка, сопровождавшихся повышением t^0 , и указывает ряд возможных причин последнего: потери крови, скрытый tbc, запор, повышение возбудимости вегетативной нервной системы и пр., совершенно упуская из виду наиболее простую, наиболее частую и наиболее вероятную причину лихорадки—инфекцию язвы. В марте 1926 г. опубликована работа на ту же тему из клиники проф. Г. Ф. Ланга Тетельбаумом. Выводы из этой работы, по существу весьма близкие к нашим, мы приведем дословно: 1) повышение t^0 (до $37^{\circ},3-37^{\circ},5$) встречается в значительном большинстве язв желудка; 2) повышение это вполне объясняется анатомической сущностью язвенного процесса, возможно, осложненного инфекцией; 3) перигастриты без наличия активного язвенного процесса повышения t^0 не дают; 4) повышение t^0 —указатель активного язвенного процесса.

На 113 наблюдавшихся нами случаев только в 5 отмечались тяжелые кровотечения. Исходя из этих данных, а также из патолого-гистологической картины инфицированной язвы, мы никоим образом не можем стать на точку зрения Logenz'a и объяснять повышение t^0 столь редко встречающимися при язве кровопотерями. Нам кажется более правдоподобным предположение, что тяжелые кровопотери являются последствиями инфицированной язвы.

Среди наблюдавшихся нами случаев язв желудка и 12-перстной кишки мы должны отметить также случаи перигастритов после гастроэнтероанастомоза по поводу язв, протекавшие также при повышенной t^0 . Эти случаи могут служить иногда достаточным доказательством в пользу того, что язва после указанной операции не всегда заживает, и что имевшаяся в ее стенке инфекция продолжает существовать. Само собой понятно, что о повышениях t^0 в зависимости от язвы желудка мы думаем только тогда, когда исключены все другие возможности их происхождения: интеркуррентные заболевания, установленные клинически и рентгенологически заблесвания легких, сердца, почек и проч. Только такие случаи лихорадки и принимались нами в расчет.

Больные с инфицированными язвами желудка в отношении характера болей, несомненно, представляют также некоторые особенности. Наши наблюдения показали, что боли при инфицированных язвах теряют свой обычный периодический характер и становятся длительными, постоянными и не зависящими от времени приема пищи. Эти наблюдения, проверенные на нашем больничном материале, вполне совпадают с аналогичными наблюдениями Roux, Duval'a, Sourault и друг.

Проф. П. В. Троицкий, особенно тщательно анализировавший характер болевых ощущений при язве желудка и 12-перстной кишки, считает возможным выделить даже особую группу болевых ощущений в подложечной области, именно, боли постоянного, длительного характера с малым отношением их к пищеварительным фазам и функциям желудка. По мнению проф. Троицкого, это постоянство болей и независимость их от функций желудка позволяют искать объяснение их происхождения в органических изменениях в самой язве или около нее. „Надо обратить внимание,—пишет проф. Т.—на возможность по постоянству болей предполагать текущий воспалительный процесс в окружности язвы“. Приведенная нами выше патолого-гистологическая картина инфицированной язвы вполне подтверждает предположения проф. Т.

В семиотике желудочных заболеваний вообще и язвы желудка и duodeni в частности боль в подложечной области всегда является доминирующим симптомом, и выяснение патогенетического значения этого симптома представляет значительную важность и несомненный практический интерес. Однако, так как данные подробного анализа болевых ощущений еще очень неточны, то мы для интересующего нас вопроса должны пока использовать, с практической точки зрения, анализ болевых ощущений лишь в отношении их распространенности во времени.

Как изменяется характер болей у язвенных больных при инфицировании язвы,—это иллюстрируется следующим наблюдением: не так давно у нас в отделении было двое больных с язвами duodeni, боли в подложечной области у которых носили типичный периодический характер; но, когда у одного из больных образовался флюс, а у другого перистит нижней челюсти, t^0 у обоих больных повысилась и держалась на цифрах $37,03—37,06$ в течение 10 дней у одного и 12 дней—у другого; она оставалась субфебрильной и тогда, когда видимые воспалительные явления в полости рта исчезли; в это время боли в подложечной области у обоих больных резко усилились и приобрели постоянный характер, не изменяясь от времени приема пищи, с падением же t^0 боли в подложечной области снова стали периодическими. Этого усиления болей в подложечной области, при наличии явного воспалительного процесса в полости рта, трудно было не объяснить вторичной инфекцией язвы.

Моруиан особенно настаивает на том, что язвенный процесс всегда обостряется при наличии воспалений в полости рта, при альвеолярной пиоррее, воспалении миндалин и синуситах. Роух приводит ряд случаев из своей практики, когда инфекция, шедшая со стороны желчного пузыря или червеобразного отростка, переходила на язву желудка и активировала ее. Но не всегда, по наблюдениям Роух, удается установить так легко место, откуда исходит инфекция,—в этих случаях приходится думать об инфицированной язве желудка и 12-перстной кишки лишь на основании общей клинической картины без точных этиологических данных. В указанных случаях больной начинает испытывать резкие боли в подложечной области в течение целого дня и дольше, причем пальпация нередко позволяет отметить у него резкую болезненность и defense. На основании данных такого исследования можно заподозрить инфекцию язвы с перитонеальной реакцией тем более, что в этих случаях всегда отмечается повышенная t^0 . Диагностика подобных случаев представляет впрочем немалые трудности, в особенности, если сопутствующее язве заболевание желчного пузыря или червеобразного отростка проявлялось в латентной форме и выражалось раньше типичными признаками.

Третьим симптомом инфицированной язвы является лейкоцитоз с нейтрофилозом: количество лейкоцитов в наших случаях колебалось между 9.000 и 15.000, а % содержание нейтрофилов было $72\%—84\%$. Какого-либо параллелизма между t^0 и лейкоцитозом нам обнаружить не удалось.

На основании исследования крови у 60 больных с язвой желудка и duodeni Гастева обнаружила, что картина белых элементов крови и состав лейкоцитарной формулы не зависят от локализации язв. Во всех случаях язв желудка одинаково наблюдалось или нормальное количество лейкоцитов, или слегка повышенное. Только в 4 случаях, по наблюдениям этого автора, лейкоцитоз был выше 10.000; но этого повышения

лейкоцитоза автору не удалось связать с какими-либо особенностями в клиническом проявлении язв. К сожалению, в работе Гастевой не указано, предусмотрен ли был момент возможной инфекции язвы.

Систематические исследования крови у язвенных больных были произведены также Duval'em, Roux и Moutier на большом матерьяле, причем указанные авторы придают огромное значение гиперлейкоцитозу с полинуклеозом для диагностики инфицированной язвы.

В последнее время французские хирурги (Duval и его школа) для выявления инфицированных язв желудка и 12-перстной кишки стали пользоваться интрадермальной реакцией на стрептококков и энтерококков, основываясь на работах Moutier. Последнему удалось изолировать из ткани вокруг эксцидированной язвы культуру негемолитического стрептококка и энтерококка, который свертывал молоко в то время, как стрептококк не обладал этим свойством. Neutralrot и Methylenblau обесцвечивались бульонной культурой энтерококка, стрептококковая же бульонная культура оставляла их без изменений. Кроме того, выделенный стрептококк обладал способностью разлагать сахарозу. В своих опытах над интрадермальной реакцией Moutier следовал технике, указанной Levaditi: культура стрептококка или энтерококка на косой желатине смешивалась с физиологическим раствором и убивалась нагреванием при 56° в течение 5 часов; стерильность проверялась посевами нескольких капель этой эмульсии на бульон, титр эмульсии устанавливался сравнением степени помутнения с контрольными эмульсиями, предварительно точно вытитрованными. Moutier пользовался эмульсией 1.000 миллионов бактерий на 1 куб. с. физиологического раствора. Впрыскивание производилось в кожу дельтовидной области, в количестве 0,1 куб. с., таким образом, чтобы получить легкое приподнятое кожи в беловатую папулу в 5 мм. в диаметре. Реакция получалась обыкновенно через 24 часа и заканчивалась через 48 час. По силе реакции все обследованные случаи язв желудка и 12-перстной кишки могли быть разделены на три группы: слабая реакция (R^1), средняя (R^2) и сильная реакция (R^3).

Таким способом Moutier исследовал 40 больных, на операции представлявших явления активной язвы, причем положительная реакция получилась в 24 случаях, из них на стрептококка—19 и на энтерококка—5 раз. Сильная реакция (R^3) на стрептококка наблюдалась 3 раза и на энтерококка—1 раз. В большинстве случаев реакция получалась средней силы (R^2). Эту сравнительную редкость сильных реакций Girault объясняет тем обстоятельством, что больные, над которыми производилась интрадермальная реакция, были поставлены в более благоприятные условия, были госпитализированы, лечились, готовились к операции, и в их состоянии, несомненно, могло наблюдаться некоторое улучшение.

Наблюдения Girault над интрадермальной реакцией показали также, что не существует параллелизма между силой реакции и степенью лейкоцитоза, и что в случаях рака желудка реакция оказывалась всегда отрицательной.

Произведенная Raze m o n'ом проверка интрадермальной реакции на здоровых людях дала лишь 7% положительных результатов, причем реакция всегда получалась слабая (R^1).

На основании приведенных данных трудно, конечно, судить о значении интрадермальной реакции для диагностики инфицированных язв

желудка и duodeni. Вопрос этот, повидимому, находится еще в стадии разработки. Тем не менее школа Duval'я придает этой реакции несомненное значение для клиники, считая выделенных Moutier стрептококка и энтерококка специфичными, „гастротропными“ и предсказывая возможность в недалеком будущем прекрасных результатов от вакцинотерапии. Опыты в этом направлении уже производятся (Delbet).

Приведенные нами данные из патологии и клиники инфицированных язв желудка и duodeni, конечно, не исчерпывают всего вопроса: многие стороны последнего остаются еще темными; тем не менее и теперь некоторые относящиеся сюда факты приобретают новое освещение, и намечаются новые пути для более рациональной терапии заболевания.

С точки зрения учения об инфицированной язве желудка становится понятною, напр., целесообразность давно известного и общепринятого метода лечения язвенных больных молоком. Работы Gilberta и Dominici показали, что молоко способствует уменьшению микробной флоры желудка, особенно, если оно дается в кипяченом виде. Хорошие результаты протеиновой терапии язв, полученные рядом авторов и нами на большом больничном материале, также легко объясняются неспецифической терапией инфекции язвы. Весьма возможно, далее, что предпринимаемое обычно лечение язв желудка висмутом, азотнокислым серебром и колларголом обязано своим терапевтическим эффектом в известной степени присутствию указанных веществ бактерицидным свойствам.

Сколь же обоснованным является предложение американских авторов (Rosenow, Moynihan, Billings, Hurst и друг.) профилактического лечения и удаления кариозных зубов, альвеолярной шпоррен, тонзиллитов и синуситов—во избежание инфекции существующей язвы.

С точки зрения понятия об инфицированной язве становятся, наконец, легко объяснимыми неудачи, связанные с хирургическим вмешательством, предпринятым по поводу указанного заболевания при равных условиях техники, правильности показаний к операции, асептической обстановки и проч.: само собой понятно, что всякие манипуляции, применяемые во время операции по близости к инфицированной язве, могут служить и служат нередко толчком к распространению имеющегося здесь заразного начала лимфатическим или гематогенным путем.

Duval приводит два интересных в этом отношении случая. Один из его больных умер через 11 дней после наложения гастроэнтероанастомоза по поводу язвы на малой кривизне; на вскрытии были найдены — септикопиемия, двусторонняя бронхопневмония и абсцесс на бедре, операционное же поле и швы оказались в хорошем состоянии; в легких и абсцессе обнаружен один и тот же стрептококк, что и на гистологических срезах и в культурах, полученных из желудочной стенки по соседству с язвой. Второй случай был аналогичен этому.

Все эти данные свидетельствуют о необходимости производить оперативное вмешательство при язвах лишь в определенное время, в зависимости от наличия или отсутствия вышеуказанных биологических реакций организма. Эта точка зрения и проводится Duval'ем и Lesèpe'ом, которые думают, что никогда не следует оперировать язвенных больных при наличии активного воспалительного процесса, и что нужно всегда выжидать стадия затишья (refroidissement) язвы. Такая позиция хирурга дает возможность избежать после операции ряда осложнений, каковы

местные и генерализованные перитониты, артерииты, флебиты, осложнения в легких и нередкие ulcera jejuni peritica. Последние, по мнению Chiari, являются результатом только операций на инфицированных язвах.

Заканчивая наше сообщение и подводя итоги изложенному, мы желали бы подчеркнуть, что из многообразной клинической картины язвы желудка и 12-перстной кишки можно выделить триаду симптомов, которая является выражением особого течения заболевания,—повидимому, в зависимости от вторичной инфекции язвы. Эти симптомы инфицированных язв слагаются из повышенной t^0 указанных нами типов, лейкоцитоза с нейтрофилозом и постоянных болей в подложечной области, независимых от приема пищи.

Выделение указанной клинической формы инфицированных язв может иметь известное практическое значение, особенно в тех случаях, которые подлежат оперативному вмешательству,—это последнее должно быть производимо лишь по исчезновении острых воспалительных явлений в язве, чем может гарантироваться успех операции.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Dieulafoy. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1897—1898, t. II.—2) Rüttimeyer. Kraus u. Brugsch, Spec. Path., V B., I. T.—3) Lorenz. Diss., Berlin, 1912.—4) Moszkowicz. Arch. f. klin. Chir., 1922.—5) Тетельбаум. Врач. Газ., 1926, № 5.—6) Jacobs. Medic. Klin., 1923, № 18.—7) Aschoff. Vorträge über Pathologie, Jena, 1925.—8) П. В. Троицкий. Врач. Дело, 1922, №№ 16—20.—9) Гастева Ibidem.—10) Moynihan. Zwei Vorlesungen über d. Magen-und Duodenalgeschwür. Berlin, 1925.—Ravault et Creyssel. Arch. des malad. de l'appar. digest., t. XVI, 1926, № 3.—12) Duval et Roux. Ibidem.—13) Moutier. Ibidem.—14) Girault. Ibidem.—15) Moutier et Gateller. Ibidem.—16) Delbet. Rev. de chir., 1925, № 1.—17) Chiari. Arch. f. klin. Chir., 1925.—18) Duval, Roux et Moutier. Presse med., 1925, № 1.—19) Cheinisse. Sem. med., 1908.—20) Mathieu. Tr. médico-chirurg. d. malad. de l'estomac, Paris, 1913.—21) Wichel. Ztschr. f. klin. Med., 1924.

К вопросу об *appendicopathia oxyurica*¹⁾.

Проф. А. А. Опокина и А. И. Зелинской.

В настоящее время у врачей проявляется большой интерес к вопросам человеческой гельминтологии, которая, по справедливости, выделяется в отдельную науку, а в Японии и Америке есть даже кафедры гельминтологии. Большой знаток последней, проф. Скрябин, насчитывает 130 видов глистов, паразитирующих в организме человека; он нашел до 16 видов их в теле одного обладателя глистов.

Сибирь, как известно, составляет край, где глистная болезнь чрезвычайно развита, а особенно много заболеваний этого рода стало наблюдаться после 1919—1921 гг. Предметом нашего сообщения и является одно из глистных заболеваний, именно, заболевание червеобразного отростка в зависимости от остриц (*Enterobius vermicularis*).

Опубликованный в печати материал по глистному аппендициту вообще довольно мал. Авторы в прежнее время редко сообщали о подобных случаях в печати. Возможно, что они не придавали и не придают до сих пор большого значения глистам (острицам), как этиологическому моменту, и только со времени исследований Мечникова (1902 г.) вопрос о возможной глистной первопрочине аппендицита заставил говорить и сообщать об этом материале. Даже видные труды об аппендиците часто лишь вскользь упоминают, или даже совершенно игнорируют глистную этиологию аппендицитов (проф. Ростовцев, Sonnenburg и др.), а некоторые авторы (у нас Вирсаладзе) относятся скептически к глистной этиологии этой болезни.

Современные успехи гельминтологии, как науки, наблюдения над патологией и патологической анатомией аппендицитов заставляют выделять эти случаи и даже ввести особый термин *appendicopathia oxyurica* с обособленной картиной страдания. Особое значение глистам типа остриц в патологии аппендицитов придают некоторые французские и немецкие авторы, среди которых отметим Rheindorff'a, Riff'a, M. Brauch'a, Otto Hueck'a, Steichele и др., а из английских—Harris и E. H. Eastwood. Из русских авторов вопросу о глистных аппендицитах и о глистах в червеобразном отростке посвятили свои работы Рогович (1 сл.), Каблуков (1 сл.), Зарцин (1 сл.), Морковитин (1 сл.), Романцев (6 сл.), Зыков (2 сл.), Аносов, Левит (2 сл.), Говоров, Давыдов, Себриков.

За 3 года работы Пропедевтической Хирургической клиники Томского Университета и Томской Окрбольницы через них прошло 200 слу-

¹⁾ В извлечении доложено на I Всесибирском Съезде Врачей в Томске 28/IV 1926 г.

чаев заболеваний червеобразного отростка, подвергшихся операции аппендэктомии, причем острицы были найдены в 15 случаях (7,5%), в том числе у мужчин в 7 случаях, у женщин—в 8 случаях (среди лиц мужского пола было двое детей). С острыми явлениями (в первые 24 часа) было доставлено 3 больных, которые и были оперированы; остальные больные были оперированы в хронических стадиях. Кроме *Oxyuris vermicularis* у 3 больных в удаленных отростках были найдены твердые каловые массы; в одном случае здесь были найдены 2 настоящих каловых камня, в другом—1.

Особенности паразита. Что касается научного названия остриц, то в настоящее время название *Oxyuris vermicularis* заменено термином *Enterobius vermicularis*. Самцы остриц достигают 3—5 мм. длины, тело их на конце дугообразно загнуто. Самки больше, достигают 8—12 мм. длины, они толще, задний конец их вытянут и напоминает шило; в передней трети тела можно видеть половую щель. Паразиты эти (зрелые в половом отношении) являются обитателями тонких кишек, слепой кишки и recti. Слепая кишка не является постоянным местопребыванием остриц. Копуляция последних происходит обычно в тонких кишках¹⁾. Паразиты эти, особенно самцы, как и все сосальщики, обладают присасывающимся ротовым аппаратом (глочный *bulbus*) и могут держаться в высоких отделах кишечника, а самки выносятся с калом. Яйца самки откладывают чаще, выйдя из прямой кишки, в окрестность заднего прохода. Здесь, т. е. вне организма носителя, происходит и созревание яиц. Для кладки последних самки иногда отыскивают более защищенные от прохождения кала места, для каковой цели избирают складки кишек и червеобразный отросток. На каждую самку приходится большое количество яиц. Главная масса остриц, пребывающих в кишечнике,—это самки, самцы же после оплодотворения умирают. Яйца остриц представляются в виде овальных, асимметрических образований с тремя нежными оболочками, зернистым центром—желтком, или с часто уже готовым эмбрионом (головастикообразное тельце). Иногда в кишечнике встречаются оставившие оболочки личинки остриц.

По некоторым авторам есть основание думать и о самостоятельном развитии личинок в зрелые формы в кишечнике человека без пассажа через рот (Trump, Leuckart, Langhans, Quast, Göbell, Koch); обстоятельство это доказано и экспериментально на человеке. Чаще всего, однако, происходит постоянная инфекция-инвазия носителя личинками при новом попадании их в рот. Интересно отметить, что в процессе развития остриц личинки должны два раза пройти стевку кишек и сосудов, чтобы через малый круг кровообращения пройти цикл своего развития (Нарбеков). По Скрыбину личинки мигрируют через стенки и тем самым открывают путь кишечным инфекциям. Острицы выделяют в большом количестве токсины, которые как-бы ферментативно влияют на кишечную стенку и, в частности, на эпителий слизистой оболочки, вызывая распад эпителия и слущивание его (Rheindorf). Несомненно, они оказывают отравляющее влияние и на мышечный слой, благодаря чему получается физиологическая усталость, недостаточность работы мускулатуры.

¹⁾ Один из наших случаев заставляет, однако, думать, что и червеобразный отросток является удобным местом для массовой копуляции остриц. Мы нашли в отростке как-бы два гнезда последних (всего 48 штук).

За последнее время биология *Enterobii vermicularis* изучалась Brünig'ом, Langhans'ом, Bodenwald'ом, Rёckemann'ом, Trumр'ом. Нами в настоящее время поставлены опыты над циклом развития остриц.

Проникновение остриц в стенки червеобразного отростка.

Вопрос о возможности проникновения остриц в стенки червеобразного отростка—вопрос первостепенной важности для патологии отростка; решение его в ту или другую сторону интересует сейчас многих наблюдателей, хотя окончательно этот вопрос до сих пор не разрешен. Что касается отдельных наблюдений, то проникновение остриц в стенки червеобразного отростка наблюдалось Edens'ом, Unterberger'ом, Latham'ом, Bossard'ом (острицы здесь были найдены в перитифлитическом гнойнике), а в последнее время Steichele и Rheindorf'ом (4 микроскопически доказанных случая), у нас—Себриковым и Аносовым, который при исследовании 5 удаленных отростков в одном детском доме, где развился эпидемически аппендицит, в 2 нашел микроскопически остриц в ткани у muscularis. Находки *Oxyuris vermicularis* в перитифлитических гнойниках еще не служат основанием для заключений о проникновении остриц через кишечную стенку,—здесь вполне возможно их проникновение после гнойного расплавления стенок и язвенных узур; это же можно сказать и относительно перипроктальных абсцессов.

Частота поражения червеобразного отростка глистами.

Если мы обратимся к работам авторов, сообщавших о находке глистов в appendix'e, то увидим, что это—сравнительно частая находка. Так, Нисск сообщает, что, при обследовании 78 удаленных червеобразных отростков, им в 14 случаях были найдены острицы и в 13—*Trichocephalus dispar*. Eastwood, исследовав 73 червеобразных отростка, удаленных при операции, и 50 удаленных при секции, нашел в первой группе *Oxyuris vermicularis* в 19,2%, во второй—в 28%, притом чаще всего у детей до 15 лет; во всех этих случаях автор не нашел повреждений слизистой оболочки; надо полагать, что здесь не было и припадков аппендицита, хотя бы ложного. Rheindorf на секционном материале, касающемся новорожденных и детей до 14 лет, нашел в 40% *Oxyuris vermicularis*, в 1,3%—*Trichocephalus* и в 0,6%—аскарид. Styll на 200 вскрытий детских трупов старше 12 лет нашел остриц в 38 случаях, в том числе 25 остриц были найдены в червеобразном отростке. В оперативном материале Rendle Short'a острицы встретились в 15 случаях, где был поставлен ошибочный диагноз острого аппендицита. У Гитеровича и Неверовича на 75 случаев аппендицита в 17 были обнаружены глисты типа *Oxyuris vermicularis*. Себриков, обследовав 32 случая, нашел остриц в 20 (68,9%). Давыдов на 31 случай удаления червеобразного отростка нашел *Oxyuris vermicularis* в 9, т. е. в 29%. По данным Нарбекова из 92 случаев аппендицита глисты были в 32. Интересно отметить, что в этом отношении известное значение имеет конституция организма: по Drygalsk'ому и Kosh'u острицы чаще всего наблюдались у астеников (73%), затем у детей смешанного типа (в 50%) и лишь в 16% у пикников. Что касается возраста детей, то у грудных детей это заболевание встречается крайне редко (известны 5 случаев Neumann'a и др.), а в раннем детском возрасте, до 12 лет, оно наблюдается чаще всего.

Количество находимых в appendix'e остриц. Некоторыми авторами сообщалось о большом числе остриц, найденных в червеобразном отростке. Так, в случае Styll'я их было до 111, в случаях Rumpf'a и Лесене'а—до 50. Среди нашего материала есть случаи, где остриц насчитывалось 11, 19 и 48 штук (в этом случае их было два клубка—один во вздутом конце appendix'a, а другой у основания); чаще всего острицы попадались нам в числе от 4 до 6.

Этиология. Глистная этиология аппендицитов пережила, можно сказать, несколько периодов. Было время, когда учесть влияние глистов авторы еще не могли, и глисты в appendix'e описывались, как случайная находка; этот период в хирургии надо считать до 1890-х годов; даже в крупных монографиях того времени не было указаний на серьезное патологическое значение глистов. Затем исследования биологов с Мечниковым во главе и многих врачей (Styll—1899 г., Girard, Грегори, Зарцин—1905 г., Каблуков, Зыков—1907 г.) заставили придавать известное значение в этиологии аппендицита глистам, особенно из группы сосальщиков, — *Oxyuris vermicularis* и *Trichocephalus dispar*. Последний период в истории данного вопроса начался совсем недавно, когда гельминтология стала на прочные научные основы, когда патология и патологическая анатомия аппендицита стали всесторонне разрабатываться, и когда от клинических данных хирургии перешли к патолого-анатомической критике связанных с присутствием глистов в червеобразном отростке явлений.

Начало этому периоду положено Rheindorf'ом, которому принадлежит солидный труд „Die Wurmfortsatzentzündung“ (1920), Ausschütz'ем, Hueck'ом, Brüning'ом, Läden'ом, французскими врачами, у нас Давыдовым, Нарбековым, Себриковым и Романцевым. Есть, однако, и много противников глистной природы аппендицита. На первом плане здесь надо поставить проф. Aschoff'a. Fischer также думает, что роль *Oxyuris vermicularis* в этиологии аппендицита преувеличена.

Говоря об этиологической роли глистов-сосальщиков в повреждениях и заболеваниях червеобразного отростка, можно прежде всего иметь в виду механические повреждения, затем—химические влияния и, наконец, биологические факторы. Механические повреждения могут состоять в дефектах слизистой оболочки, кровоизлияниях, внедрении остриц в стенку червеобразного отростка и даже ее прободениях. Для группы сосальщиков вида *Trichocephalus dispar* можно считать все изложенные моменты доказанными, для группы же *Oxyuris* доказать это не так легко. До последнего времени возможность механических повреждений острицами appendix'a оспаривалась (Aschoff). Острицы, находимые в отростках, считались инородными телами, притом сравнительно редко находимыми здесь. В настоящее время, благодаря исследованиям Rheindorf'a, Noack'a, Edens'a, Harris'a, Jaroschka, у нас Давыдова, Нарбекова, Себрикова, стало известно, что они могут давать обширные дефекты слизистой; штопорообразные ходы в бухтах последней (Wurmkanal Rheindorf'a) могут также вызывать отделение эпителия, кровоизлияния, могут вести к разрастанию лимфатических узелков, деструктивным процессам в фолликулярном аппарате и мелкоклеточковой инфильтрации слизистой и подслизистой appendix'a и т. п. При таких механи-

ческих повреждениях возможна и инфекция, — при проникновении остриц в мукозу и субмукозу appendix'a они могут нести с собой бактериальную флору, давая повод к развитию язвенного, гнойного аппендицита. Против такого влияния остриц высказываются Aschoff, Stammer, Drüner, а у нас Гейнац, который, исследовав 71 случай, ни разу не мог обнаружить внедрения остриц в стенку червеобразного отростка. По Aschoff'у и Brauch'у кровоизлияния и дефекты эпителия могут быть результатом неосторожного обращения с червеобразным отростком и его брызжейкой во время операции.

Химическое, ферментативное влияние ядов, выделяемых острицами, доказать, конечно, трудно, но есть указания на возможность такого влияния на эпителий (его разрушение, слущивание), мышечный слой отростка и пр.

Патологическая анатомия. В интересах получения бесспорных данных микроскопического исследования нужно, во-первых, брать препараты для исследования тотчас после операции или смерти, во-вторых, фиксировать их в 10% формалине, заливая потом в целлоидин или, маленькими кусочками, в парафин, в-третьих, не делать срезов на замораживающем микротоме, а применять быструю фиксацию.

Макроскопически отростки при нахождении в них остриц представляются несколько отечными, бледными, иногда содержащими то гноевидную, то кровянисто-гноевидную жидкость, иногда же гиперэмированными или с отчетливо выступающими на бледном фоне инъецированными сосудами. Слизистая представляется набухлой, местами потерявшею свой блеск, местами испещренною крововизлияниями, частью точечными. Иногда же (наблюдения Себрикова и одно наше) очень обширными. В нашем материале с кровоизлияниями было 10 случаев, без кровоизлияний — 4. Интересно отметить, что, как уже было упомянуто, в 3 наших случаях одновременно с острицами в отростке существовали каловые камни, а в нескольких случаях отростки были сплошь набиты твердым калом (3 случая). Дефекты в слизистой оболочке макроскопически нами были замечены только в некоторых случаях, а равным образом и распад, слущивание эпителия. Внедрения паразитов в стенку мы не наблюдали, что было-бы, конечно, особенно демонстративно и доказательно.

При микроскопическом исследовании, ходов, которые-бы несомненно принадлежали, как об этом говорят некоторые авторы, находившимся в appendix'e острицам, в ткани слизистой и подслизистой оболочек мы не видели, но за то в некоторых наших случаях мы наблюдали обширные дефекты слизистой, так что от последней или не оставалось ничего, или висели одни обрывки; оставшиеся участки слизистой были резко инфильтрованы, а иногда мы наблюдали вокруг дефекта инъекцию сосудов и кровоизлияния. Далее, здесь можно было констатировать гиперэмию и распад лимфатических узелков. Иногда можно было видеть разрастания молодой соединительной ткани в виде тяжей, считать которые последствиями бывших здесь ходов мы впрочем не можем. Гнойных аппендицитов при наличии остриц в червеобразном отростке в нашем материале не было.

Симптоматология и диагноз. Говорить о какой-либо специальной симптоматологии глистных аппендицитов очень трудно, — мы можем скорее говорить о симптомокомплексе глистных аппендикопатий подобно

тому, как есть основания говорить об явлениях ложного аппендицита, *appendicitis larvata* Ewald'a и невропатических формах аппендицита. Подход к диагнозу глистных аппендикопатий, в частности аппендикопатий, зависящих от остриц, может основываться, прежде всего, на анамнестических данных, указывающих на присутствие остриц (гельминтологический опрос). Нам известны своего рода эндемии аппендицитов на почве остриц в приютах, детдомах, общежитиях, военных командах. О таких эндемиях аппендицитов говорят и другие авторы, напр., Веергольд, у которого из 13 оперированных случаев аппендицита в 7 были найдены острицы в *appendix'e*, и Себриков, в практике которого из 7 случаев аппендицита (в том числе 5 оперированных) в 4 были найдены острицы. Вообще глистному анамнезу, при жалобах на заболевания слепой кишки и червеобразного отростка, надо всегда придавать известное значение.

Большим подспорьем для наличия остриц в кишечнике служит микроскопическое исследование, для которого обычно берется засохшая слизь из анальной области, или вагинальный секрет—при вульвовагините; добытый материал разводится водой и рассматривается под микроскопом. Можно пользоваться и т. наз. ногтевой пробой, дающей, по Wilhelm'у и Quast'у, положительный результат в 60%, реже носовой (слизь из носа), причем грязь и слизь разводятся 1% раствором натронной щелочи и центрифугируются. Можно применять и культуры яиц остриц в бульоне с пепсином и видеть, как выходят личинки (Grüning, Trump). При исследовании кала следует иметь в виду, что яйца остриц находятся не в самом кале, а в слизи, покрывающей этот последний.

Из припадков, свойственных глистным острым аппендикопатиям, отметим прежде всего появление внезапных резких спазмодических болей (больные не удерживаются от криков). Боли эти или точно локализируются в области известных нам болевых точек при аппендиците, или иррадиируют в разных направлениях, отдавая в область пупка, желудка, желчных путей, мочевого пузыря, у женщин—правого яичника. В редких случаях получается картина более широкого распространения болей, энтероспазма. Живот обычно не вздут. Перитональных явлений нет. *Défense musculaire* при внезапных, впервые появляющихся болях может и не быть. Резко заметно урчание. Рвоты обычно не бывает. Температура всегда нормальная. Пульс не изменен. Иногда бывает резко выражена *urticaria*, которая держится долго, пропадая после операции (если таковая предпринимается). Один крайне демонстративный случай такого рода наблюдали мы в нашей клинике: *urticaria* держалась здесь в течение часа, пока больной готовился к операции; после операции *urticaria* стала проходить и через 5 часов исчезла совершенно. Отметим еще в симптоматологии острых глистных аппендикопатий появление ничем не объяснимых поносов (в 2 наших случаях). Иногда, наконец, наблюдаются жалобы на боли в области мочевого пузыря и пупка (симптом Artusi), растяжение пузыря (наблюдение Романцева), парезы кишечника.

Клиническая картина хронически протекающих глистных аппендикопатий или характеризуется периодически повторяющимися острыми припадками, или приближается к обычной картине аппендицита, причем иногда эта картина бывает настолько неясной и неполной, что можно говорить как-бы об „аппендиците без аппендицита“. Исследование крови

на эозинофилию при глистных аппендикопатиях, вообще говоря, большого значения не имеет. Хотя отдельные авторы и считают эозинофилию важным симптомом (Schmidt), за то другие, наоборот, относятся к эозинофилии; как симптому ненадежному (Härle, Brüning, Zeiss). В наших случаях эозинофилии ни разу не наблюдалось (не обследованы в этом направлении только 3 случая).

Вообще, к сожалению, диагноз *appendicopathiae oхуриcae* пока приходится чаще ставить предположительно, и острицы являются лишь случайной находкой. Из наших случаев мы только в двух могли с уверенностью поставить такой диагноз.

Лечение. Лечение больных, страдающих острицами вообще и острицами червеобразного отростка в частности, не может считаться в настоящее время хорошо разработанным. Лечение это затруднительно, во-первых, из-за постоянной реинфекции (аутоинвазии), во-вторых, из-за трудности удалить остриц из червеобразного отростка терапевтическими приемами; наконец, хотя острицы и удаляются, но остаются их яйца.

При подозрении на присутствие остриц в червеобразном отростке правильнее всегда оперировать—как в острых, так и в хронически протекающих случаях, так как присутствие остриц может служить поводом к инфекции и от аппендикопатии ведет к аппендициту.

Из внутренних средств, помимо таких изстари известных, как пиварное семя, сантонин, назначается углекислый висмут в больших дозах—до 100,0 *pro die* (по Soueux), β -нафтол (взрослым по 5,0—6,0, детям по 0,5 на год возраста), нафталин. Местно делаются клизмы: мыльные, чесночные, глицериновые (пополам с водой), соленые (из 2,0 NaCl на 200,0), сахарные (4—5 кусков на кружку Esmerch'a), креолиновые, 1% укусные. Из средств, предложенных в последнее время, укажем на *Oxylax Koch'a*, в виде таблеток, принимаемых в течение 15 дней. Это послабляющее средство, содержащее ялану и *dihydroxyphthalophenon*, испытано с успехом уже многими авторами (Buchholz, Neubert, Brüning и др.). Профилактически, во избежание возможной аутоинвазии, рекомендуются чистота содержания тела, рук, белья, удаление выходящих из *anus'a* остриц и частиц слизи; на ночь детям лучше надевать купальный костюм, у девочек необходимо обмывать вход во влагалище.

Упомянем в заключение, что, тогда как нахождение в червеобразном отростке остриц представляет нередкое явление, членики ленточных глист, в общем, встречаются здесь очень редко. Среди нашего материала был только один случай нахождения членика *Taeniae solium*. В русской литературе нахождение члеников плоских глист (*Taenia solium*, *Taenia mediocanellata*), отмечено в случаях Княсова, Аносова (2 членика), Дивавина, проф. Мыша (3 членика *Taeniae solium*). В иностранной печати, по Дивавину (1912 г.), были опубликованы подобные случаи Davis'ом (2 членика), Martin'ом (также 2 членика и 3 острицы), Israel'em (1 членик *Taeniae mediocanellatae*).

На основании изучения собственного материала и литературы вопроса мы могли-бы сделать следующие выводы: 1) Нахождение в удаленном червеобразном отростке остриц—нередкое явление. 2) За последние годы, с успехами гельминтологии, в этиологии аппендицитов известное, особенно предрасполагающее значение должно придаваться глистам, в частности глистам из группы сосальщиков (острицы, власоглав). 3) Желательно,

чтобы обнаружение глистов в червеобразном отростке не было случайной находкой при операциях, а наличие их диагностировалась заранее. 4) В настоящее время патология и клиника глистных аппендикопатий еще нуждаются в дальнейшей разработке. 5) Для аппендикопатий этого происхождения в клинической картине надо считать характерными: внезапные, резкие боли (спазмы), отсутствие температурной реакции, перитонеальных явлений и рвоты, резкое урчание, иногда поносы, крапивницу, явления со стороны мочевого пузыря (боли, растяжение). 6) Патолого-анатомические изменения при глистных (вызываемых острицами) аппендикопатиях сводятся к следующему: мелкие кровоизлияния в слизистой appendix'a, дефекты в ней—иногда обширные, отечность и бледность всего appendix'a, иногда присутствие в стенках его паразитов, дефекты в фолликулах, разрастание лимфатических узелков. 7) При собирании анамнеза у больных аппендицитом надо иметь в виду возможную гельминтогенную природу болезни. 8) Удаленные отростки всегда надо исследовать на присутствие остриц и их яиц. 9) При подозрении на глистную природу аппендикопатий и аппендицитов необходимо оперативное лечение. 10) В виду широкого распространения глистных заболеваний, в частности в Сибири, желательно принять заранее меры дегельминтизации населения, особенно в приютах, детдомах, казармах и семьях, где есть страдающие присутствием остриц (домовые эндемии).

Литературные источники.

а) Русские: Аносов. Хирургия, 1911, № 74.—Брюнинг. Врач. Обзор., 1926, № 5.—Гитерович и Неверович. Врач. Газ., 1926, № 20.—Говоров. Ibid., 1925, №№ 7, 8.—Гейнап. Нов. Хир. Арх., 1923, т. IV, кн. I.—Давыдов. Русск. Журн. Троп. Мед., 1924, № 23.—Зыков. Хир., 1907.—Зарцин. Практ. Врач, 1905.—Каблуков. Мед. Обзор., 1903, № 10.—Левит. Практ. Врач, 1911, № 29.—Морковитин. Хир., 1901, № 55.—Морковитин. Русск. Врач, 1904, № 9.—Мошковский. Вестн. Совр. Мед., 1924, №№ 7, 8.—Нарбеков. Русск. Клиника, 1925, № 14.—Романцев. Об appendicopathia oхуриса, отд. оттиск.—Себриков. Мед. Арх., 1924, № 2.—Скрябин. Гиг. и Эпидем., 1925.

б) Иностранные: Aschoff. Berl. kl. Woch., 1920, № 44.—Anschütz. Klin. Woch., 1922, № 44.—Artusi. Прив. по Романцеву.—Brauch. Beitr. z. path. An. u. allg. Path., 1923, Bd. 71, H. 2.—Buchholz. Deut. med. Woch., 1925, № 46.—Eastwood. Brit. med. Journ., № 3233.—Jaroschka. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 183, H. 1.—Fischer. Ibid.—Hueck. Frankf. Zeit. f. Path., Bd. XIII, H. 3.—Harris Donovan. Прив. по Романцеву.—Drygalski u. Koch. Deut. med. Woch., 1925, № 8.—Hase. Münch. med. Woch., 1926, № 5.—Langhans. Arch. f. Kinderh., 1926, Bd. 77.—Läwen u. Rheinhardt. Münch. med. Woch., 1919, № 50.—Neubert. Deut. med. Woch., 1926, № 6.—Rheindorf. Die Wurmfortsatzentzündung. Berlin, 1920.—Rheindorf. Virchow's Arch., Bd. 240, H. 1, 2.—Steichele. Arch. f. kl. Chir., Bd. 135, H. 1—2.—Weigmann. Berl. kl. Woch., 1921, № 27.

К вопросу о легочных грыжах.

М. С. Знаменского.

Легочная грыжа, т. е. выпячивание легочной ткани через отверстие в стенке грудной полости под кожу груди, — страдание чрезвычайно редкое. В противоположность стенке брюшной полости, здесь условия возникновения грыжевого отверстия весьма неблагоприятны, так как прочная костно-мышечная стенка грудной клетки представляет к тому серьезные препятствия. Неудивительно поэтому, что для возникновения легочной грыжи требуются особые условия. Такими условиями являются: 1) врожденное недоразвитие грудной стенки, напр., дефект межреберных мышц. 2) резкие повторные повышения внутригрудного давления, напр., при кашле, игре на духовых инструментах и пр., 3) травма, сопровождающаяся нарушением целостности грудной стенки с последующим замещением дефекта рубцом. Последний фактор в происхождении легочной грыжи является преобладающим.

До сих пор в русской литературе было описано три случая легочной грыжи.

1. Случай д-ра Замуравкина, касающийся запасного солдата 28 лет, получившего за 4 года до того удар в грудную клетку ручкой носилок; впоследствии здесь, в VП межреберье, образовалось грыжевое отверстие, чрез которое при кашле и натуживанье выпячивалась легочная ткань (Военно-Медицинский Журнал, июнь 1913 г.).

2. Случай д-ра Байрашевского, в котором легочная грыжа была обнаружена при телесном осмотре у солдата 23 лет. Грыжа образовалась после ножевой раны в грудь над правым соском за 3 года до осмотра и была не замечена при призыве на военную службу (Военно-Медицинской Журнал, октябрь 1910 г.).

3. Случай д-ра Корнева, где грыжа образовалась вследствие обширной резекции ребер по поводу гангрены легкого. Случай этот был продемонстрирован в заседании Русского Хирургического О-ва Пирогова 7 дек. 1911 г. (по отч. во Врач. Газ., 1912 г. № 4).

Что касается иностранной литературы, то по данному вопросу имеется обширная статистика Urbach'a в Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 102 (по реф. во Врач. Газ., 1910 г., № 44), в которой в дополнение к старой статистике Adler'a, обнимавшей 51 случай, собраны еще 33 новых случая.

Такая исключительная редкость страдания побуждает меня описать случай легочной грыжи, наблюдавшийся мной на амбулаторном приеме в Свердловской Центральной амбулатории, в январе 1926 г.

Девочка 2½ лет прислана в амбулаторию для вскрытия нарыва. По рассказу матери, девочка больна 1½ недели, все время лихорадит, все время в тяжелом состоянии. Районный врач колебался в диагнозе, допуская, как более вероятное.

воспаление легких. Дней 5 тому назад в правой подмышке у больной появилась припухлость, которая с каждым днем увеличивалась и была принята за нарыв.

При осмотре девочки обнаружено: общее состояние тяжелое, ясно выраженный цианоз губ, ушных раковин и кончиков пальцев, резкая одышка, частый и слабого наполнения пульс; ребенок все время плачет и мечется на руках у матери. В правой подмышечной области, тотчас кзади от края большой грудной мышцы, находится ясно очерченная, круглой формы опухоль величиной с яблоко средних размеров, покрытая нормальной кожей, не спаянной с опухолью. Ощупывание опухоли болезненно, дает впечатление эластичности. При более сильном надавливании опухоль уменьшается в своих размерах, при кашлевых же толчках она заметно толчкообразно выпячивается и скоро достигает прежней величины. Перкуторный звук над опухолью легочной. Сделана пункция в центре опухоли шприцем „Рекорд“ емкостью в 5,0 с толстой иглой; при этом никакой жидкости не добыто, но обратило на себя внимание любопытное явление: поршень шприца выталкивался из цилиндра на 1—2 деления силой воздуха, очевидно, находившегося в опухоли под некотором давлением. Когда шприц был снят с иглы, то совершенно отчетливо ощущался выходящий из опухоли воздух, который производил звук лопающихся пузырьков, благодаря присутствию в просвете иглы капли жидкости после стерилизации.

Девочка была направлена в детскую больницу, где у нее констатирован выпот в правой плевральной полости. За ночь в состоянии больной наступило ухудшение; несколько раз введена камфора под кожу. Утром на следующий день пункция; выкачано около 100 кб. см. серозной жидкости; по мере выкачивания опухоль постепенно уменьшалась и, наконец, исчезла. Вскоре после выкачивания смерть. Родители не согласились на вскрытие¹⁾.

Из описания картины страдания (опухоль на грудной стенке, появившаяся у ребенка в результате заболевания, сопровождавшегося сильным кашлем, содержавшая воздух, увеличивавшаяся при кашле, уменьшавшаяся от надавливания и исчезающая после опорожнения эксудата из плевральной полости) очевидно, что мы здесь имели случай т. наз. самопроизвольной легочной грыжи, которая, в противоположность грыжам травматического происхождения, является исключительно-редкою, а в русской литературе, повидимому, описывается в первый раз.

¹⁾ Сведения о судьбе больной любезно сообщены мне д-ром Зеттель-Коган, за что приношу ей глубокую благодарность.

О зависимости развития плода от продолжительности менструального периода матери.

Старшего ассистента **В. Д. Чернояровой.**

(С 6 кривыми).

Довольно старое (1882 г.) наблюдение Guzzi, заметившего, что вес и длина новорожденных прямо пропорциональны числу дней менструального периода у матери, в последнее время вновь привлекает внимание исследователей. Так, Revelli на 2500 случаях, а Szepesi и Mondré на 739 случаях могли в общем подтвердить данные Guzzi в то время, как La Tarke, наоборот, пришел к отрицательным данным. Наша работа была уже закончена, когда появилось сообщение д-ра Агабекова, который на основании разбора 462 случаев тоже примыкает к мнению Guzzi. Считая, что проверка наблюдений Guzzi имеет большой интерес, в особенности в связи с учением о конституции и внутренней секреции, мы предприняли настоящее исследование, результаты которого доложены были нами в Научном Собрании врачей Института 12 марта прошлого года.

Появляющаяся в печати с некоторым опозданием наша работа, которую мы с чувством глубокого уважения посвящаем глубокоуважаемому профессору Викторину Сергеевичу Груздеву в день 35-летия его научно-преподавательской и практической деятельности, выполнена нами на материале родильного отделения Акушерско-Гинекологической клиники Ин-та с мая месяца 1923 г. по апрель 1925 г. и на материале Казанского Городского Родильного приюта за 6 мес. 1924 г. и 3 мес. 1925 г., любезно предоставленном в наше распоряжение старшим врачом приюта д-ром Е. Д. Рузским, которому и считаем приятным долгом выразить здесь нашу благодарность.

Чтобы исключить влияние моментов, могущих привести к неправильным выводам, нами при изучении историй родов и составлении статистики не принимались в расчет следующие случаи: 1) случаи, в историях которых не было всех нужных нам данных; 2) случаи с неправильным типом менструаций; 3) случаи многоплодных или преждевременных родов; 4) все случаи с такими осложнениями беременности, которые могли бы отразиться на степени развития плода (напр., placenta praevia, кровотечения при беременности, нефрит и т. п.).

Собранный указанным образом материал обнимает 2161 случай, из которых 1244 наблюдались в клинике Ин-та и 917 — в Родильном приюте.

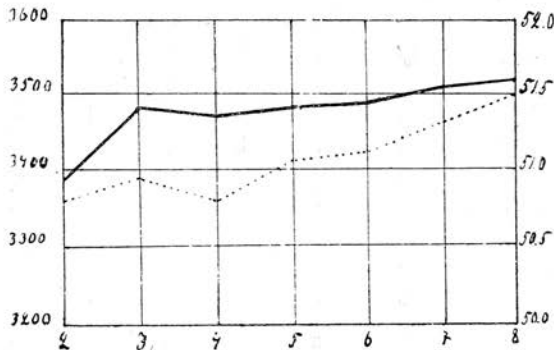
Для удобства сравнения полученных нами данных с данными вышеупомянутых авторов мы приняли аналогичную схему для подразделения

всех случаев на разные категории, соответственно числу менструальных дней. В виду того, что случаев с 3- и 4-дневной менструацией наблюдается обычно значительно больше, чем случаев с более или менее продолжительной менструацией, Szepes и Mondré в отношении рубрики с 3- и 4-дневной менструацией ограничили свою статистику включением лишь 150 случаев каждого рода, считая дальнейшее включение подобных случаев ненужным и нецелесообразным. Мы же, основываясь на том, что статистика больших цифр есть наиболее верная, брали все случаи с 3- и 4-дневной менструацией, так что в таблице I, напр., у нас

ТАБЛИЦА I.

Число дней менструации	Число случаев	Средние	
		вес	длина
1	8	3493,8	50,88
2	63	3391,1	50,84
3	908	3474,0	50,95
4	506	3465,1	50,84
5	342	3479,8	51,14
6	155	3487,7	51,26
7	171	3533,4	51,37
8	8	3536,3	51,50
	2161		

число случаев однодневной менструации равно 8, а 3-дневной—908. Но, как показало вычисление среднего веса и длины новорожденных, это совсем не отразилось на кривых. Случаев с 9-дневной менструацией



Кривая № 1.

в разобранных нами историях родов не было ни одного, а случаев с однодневной менструацией очень мало, так что в двух таблицах однодневной менструации совсем нет; поэтому такие случаи и не включены в наши кривые.

Определение средней длины и веса новорожденных делалось обычным способом: общая цифра веса или длины новорожденных данной категории делилась на число случаев.

Полученные нами данные мы, наглядности ради, представим в приводимых ниже кривых, в которых сплошная линия обозначает вес, пунктирная—длину плодов. На абсциссах отложена продолжительность менструальных периодов в днях, а на ординатах—вес плодов в граммах и длина их в сантиметрах.

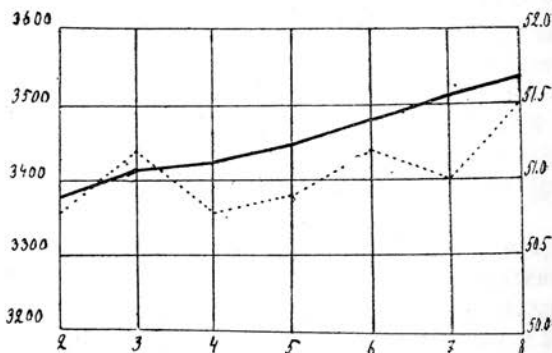
В таблице I и на кривой № 1 мы представили среднюю длину и вес новорожденных всех разобранных нами случаев (2161) без различия по возрасту матери, по числу родов и полу новорожденных.

ТАБЛИЦА П.

Число менструальн. дней	Число случаев	Средние	
		вес	длина
1	8	3493,8	50,88
2	63	3391,1	50,84
3	150	3414,4	51,22
4	150	3424,6	50,84
5	150	3446,2	50,91
6	150	3496,7	51,29
7	150	3507,7	51,09
8	8	3536,3	51,50
	829		

Из приведенной кривой видно нарастание веса и длины новорожденных соответственно повышению числа дней менструальных периодов от 2 до 8 с одним лишь исключением: как кривая веса, так и кривая длины показывают незначительное понижение соответственно 4-дневному типу менструации.

Чтобы избежать ошибок, которые могли получаться на основании различного числа случаев в отдельных категориях, в таблице II и на кривой № 2 мы редуцировали наиболее крупные группы до величины в 150 случаев, как это делали Szenes и Mondré. При этом никакого подбора историй родов нами не производилось, — они брались случайно. Категории с 1-, 2- и 8-дневной менструацией остались с малыми числами за отсутствием соответствующего материала. Таблица II и кривая № 2, составленные таким образом, показывают, что кривая веса обнаруживает равномерное повышение, а кривая длины дает некоторые колебания с понижением соответственно 4-, 5- и 7-дневной менструации.



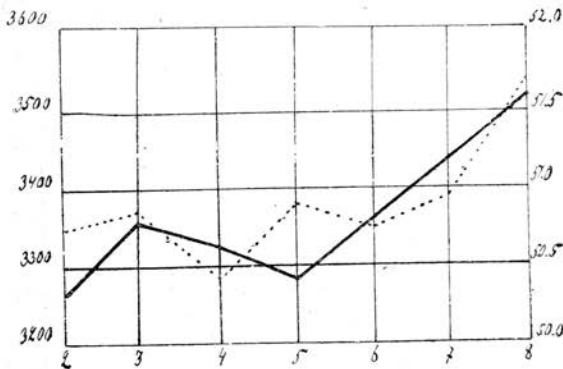
Кривая № 2.

Так как известно, что вес новорожденных увеличивается с числом родов, то, чтобы избежать влияния предшествующих родов, мы на таблице III и кривой № 3 представили 872 случая среднего веса и длины новорожденных у первородящих женщин без различия их возраста. Кривая веса здесь дает колебание с понижением соответственно 5-дневной менструации; кривая длины показывает также два уклонения с понижением соответственно 4- и 6-дневной менструации. В общем же обе кривые неуклонно повышаются с увеличением продолжительности менструального периода.

ТАБЛИЦА III.

Число дней менструации	Число случаев	Средние	
		вес	длина
1	1	4000,0	52,00
2	32	3270,9	50,75
3	382	3355,2	50,83
4	209	3331,1	50,44
5	124	3282,5	50,89
6	61	3354,1	50,79
7	60	3433,3	50,97
8	3	3516,7	51,67
	872		

Принимая во внимание, что в большинстве случаев мальчики имеют больший вес, чем девочки, в следующих двух таблицах сделано подразделение среднего веса мальчиков и девочек у 872 первородящих, упомянутых в таблице III. Таким образом таблица IV и кривая № 4 представляют средний вес и длину у 476 мальчиков.



Кривая № 3.

Кривая веса этой категории дает почти равномерное повышение с несколько большим подъемом соответственно 3- и 4-дневному типу менструации; кривая же длины представляется более равномерной, с незначительным понижением соответственно лишь 4-дневной менструации. Понижение, соответствующее 8-дневному типу, нельзя принимать во внимание, так как имеется только один случай этой категории.

На таблице V и кривой № 5 представлены средний вес и длина 396 девочек у тех же 872 первородящих.

На кривой № 5 видно почти равномерное повышение среднего веса с очень незначительным понижением соответственно 5-дневной менструации.

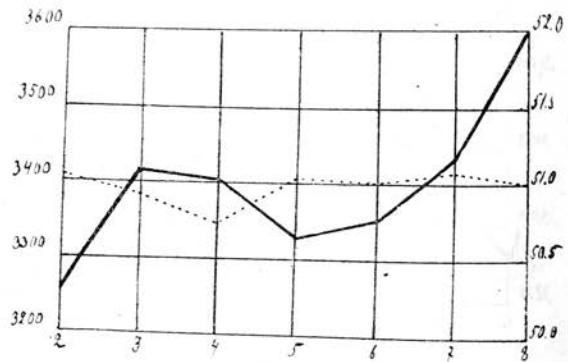
ции. Кривая длины показывает более резкие колебания с понижениями соответственно 4- и 6-дневной менструации.

Чтобы исключить влияние возраста матери на средний вес и длину новорожденных, на таблице VI и кривой № 6 взяты случаи первородящих от 20 до 30 лет. Эта таблица обнимает 609 случаев, выбранных из всего числа 2161, вошедших в таблицу I. Кривая веса дает здесь незначительные понижения соответственно 5- и 6-дневной менструации, в остальном же представляет почти равномерный подъем. Кривая длины дает более заметные колебания с понижением соответственно 4- и 6-дневному менструальному периоду.

ТАБЛИЦА IV.

Число дней менструации	Число случаев	Средние	
		вес	длина
1			
2	19	3267,8	51,05
3	228	3413,3	50,93
4	107	3404,9	50,77
5	49	3336,1	51,04
6	33	3376,0	51,00
7	39	3435,4	51,10
8	1	3600,0	51,00
	476		

Рассматривая приведенные кривые, мы видим, что все они, изображая соотношение, существующее между продолжительности менструальных периодов матери и развитием плода в различных комбинациях, дают более или менее равномерное повышение среднего веса и длины новорожденных, причем более равномерное повышение кривой замечается там, где взято большее число случаев (кривые №№ 1 и 2). Кривые средней длины представляют менее равномерный подъем, что можно, кажется нам, объяснить большей точностью, которая может быть достигнута при измерении веса, чем длины плода.



Кривая № 4.

Если в приведенных таблицах не обращать внимания на рубрики, содержащие малое количество случаев, напр., меньше 10, что в наших сопоставлениях относится к случаям с 1- и 8-дневной продолжительностью менструаций, и соединить точки, обозначающие 2- и 7-дневную менструацию, то мы еще рельефнее увидим подъем кривых, указывающий на нарастание веса

и длины новорожденных в зависимости от увеличения числа менструальных дней матери.

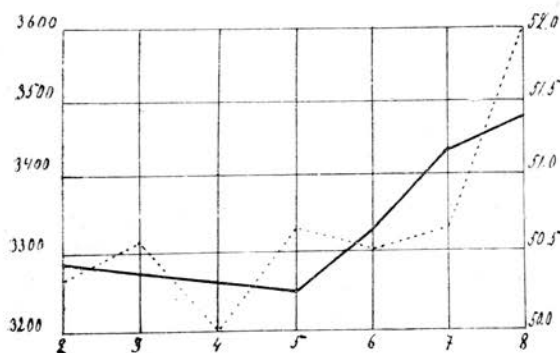
Вместе с Szenes и Mondré мы тоже думаем, что вычисления подобного рода суть вычисления со многими неизвестными; так, напр., в разобранном нами материале мы не в состоянии были иногда определить, отчего зависит продолжительная менструация, — от конституции-ли данной женщины, от заболевания-ли яичников или матки, или от неправильного положения последней. Заведомо патологические случаи, как

ТАБЛИЦА V.

Число дней менструации	Число случаев	Средние	
		вес	длина
1	1	4000,0	52,00
2	13	3275,4	50,31
3	154	3269,2	50,67
4	102	3253,8	50,08
5	75	3247,6	50,77
6	28	3328,9	50,54
7	21	3429,5	50,71
8	2	3475,0	52,00
	396		

было упомянуто выше, не входили в счет. Кроме того в весе и росте новорожденного, как известно, играют роль рост и вес родителей, что также при подобных вычислениях приходилось игнорировать, ибо подобных данных мы не имели не только относительно отца, но и отно-

сительно матери, и если, несмотря на все это, у нас получились такие же результаты, как у других авторов, то этим только подтверждается, что неизвестные нам факторы при большом числе случаев приводятся к уравниванию при вычислениях средних цифр.



Кривая № 5.

Подводя итог сделанным нами наблюдениям, мы вправе заключить, что нарастание среднего веса и

длины плодов с увеличением продолжительности менструальных периодов у матерей, которое получается с большей или меньшей наглядностью на всех наших кривых, не может быть явлением случайным, — тем более, что наши результаты стоят, повторяем, в полном соответствии с данными других авторов, работавших по тому же плану.

Придя к необходимости признать, что между степенью развития плода и продолжительностью менструальных периодов матери существует прямая зависимость, мы, естественно, должны задаться вопросом,—как об'яснить эту зависимость?

G u z z i исходит из того простого соображения, что вместе с менструальной кровью женщина теряет питательные вещества, находящиеся у ней в крови. Когда, с началом беременности, менструация прекращается,

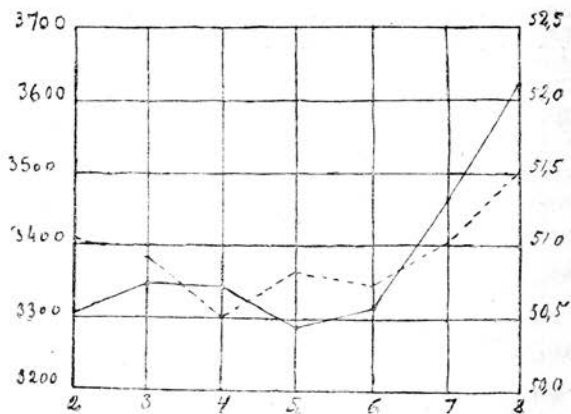
ТАБЛИЦА VI.

Число дней менструации	Число случаев	Средние	
		вес	длина
1			
2	21	3303,3	51,05
3	271	3349,1	50,92
4	146	3343,0	50,53
5	89	3278,7	50,79
6	40	3319,5	50,68
7	40	3457,5	51,03
8	2	3625,0	51,50
	609		

то в организме получается прибыль питательных веществ, причем эта прибыль будет, конечно, больше у женщин, сильно и долго менструирующих. В этой задержке питательных веществ G u z z i и видит причину большего поступления этих веществ к плоду от матери, долго менструирующей, чем от матери, имеющей непродолжительную менструацию. Это положение, как думают S z e n e s и M o n d r é, могло бы быть подтверждено тем фактом, что женщины, менструирующие во время беременности, рождают особенно слабых детей, так как теряют нужные для их развития питательные вещества.

S z e n e s и M o n d r é в яичнике видят центр, который стимулирует продукцию нужных для плода питательных веществ.

Гипо- или гиперфункция желтого тела, выявляющаяся в более короткой или продолжительной и более сильной менструации, должна оказывать влияние не только на более или менее сильное развитие матки перед беременностью, но и на образование большего или меньшего количества питательных веществ, которые при наступающей беременности необходимы плоду. Кроме того, по мнению этих авторов,



Кривая № 6.

если здесь играет роль конституциональный момент, то мы можем допустить, что гипергормональная в отношении ее яичников и желтых тел женщина будет частью сильнее менструировать, т. е. гарантировать оплодотворенному яйцу лучшее питание уже в стадиях, предшествующих беременности, частью же и в течение беременности будет лучше обеспечивать питание своего плода.

На основании изменений, которые происходят в организме женщины как во время менструального периода, так, и особенно, во время беременности,—изменений, которые касаются не только наружной, но и всей внутренней жизни организма,—уже *à priori* трудно, однако, предположить, что они зависят от функции какого-либо одного гормона, напр., гормона желтого тела, как предполагают вышеназванные авторы.

Современное учение о внутренней секреции, по которому каждый орган, каждая ткань суть гормонообразователи, между которыми должно существовать взаимное регулирование (корреляция), гласит, что циклом периодических явлений в женском организме правит не только одно желтое тело. Многими исследованиями (Steinach, Wallart, Seitz, Aschner, Fellner и др. ¹⁾, кроме желтого тела, найдена в яичнике другая гормонообразовательная железа,—т. наз. интерстициальная железа, состоящая из группы атрезированных фолликулов. Steinach ²⁾ называет ее „железой зрелости“ и ставит в зависимость от нее высокие жизненные функции. По Biedl'у она оказывает влияние на циклические явления в половой сфере женщины. Гормон этой железы—пропроварин по Репреву ³⁾—управляет созданием женской морфологической и физиолого-химической конституции. Этот гормон, по мнению того же автора, является дезассимиляционным, тогда как гормон желтого тела—лютеоовар—сеть гормон ассимиляционный, синтетический. Отсюда Репрев заключает, что циклом периодических явлений в жизни женщины правят не один, а два гормона яичника. В недавно вышедшей работе д-ра Маллинна ⁴⁾ указывается, что в смысле инкреторной интерстициальная железа, особенно при беременности, служит тем же целям, что и желтое тело, являясь его подкреплением, а иногда полной заменой. Проф. же Сердюков ⁵⁾, подтверждая, на основании своих исследований, идентичность функции этих двух желез, считает необходимым указать и на особенности их инкретарной деятельности; так, напр., интерстициальная железа, по Сердюкову, оказывает влияние на характер, на *libido sexualis*, на развитие вторичных признаков и т. д.

Один из основателей теории о внутренней секреции, Halban, говорит, далее, что „яичники не могут считаться первоисточником происхождения менструации, и роль их заключается только в том, чтобы вызываемые неизвестным началом циклические явления достигли полного развития“ ⁶⁾.

В настоящее время можно считать доказанными гипертрофию и гиперплазию многих желез внутренней секреции как во время менструаль-

¹⁾ Halban u. Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes.

²⁾ Ibid.

³⁾ Репрев. Внутренняя секреция.

⁴⁾ Журнал Акушерства и Женских болезней, 1925, кн. 6.

⁵⁾ Врачебное Обозрение, 1925 г., № 6.

⁶⁾ Судаков. Руководство общей гинекологии.

ного периода, так и во время беременности, причем функция одних желез направлена к урегулированию обмена веществ, сильно изменяющегося особенно при беременности, другие же эндокринные железы служат для нейтрализации ядовитых продуктов, накапливаемых в организме беременной женщины. Особенно большое влияние на развитие и функцию половых желез, по опытам Aschner'a¹⁾ на собаках, оказывает гипофиз: полная экстирпация передней доли его ведет к долго длящемуся инфантилизму половых органов; при удалении гипофиза он никогда не наблюдал зачатия, беременные же собаки после экстирпации мозгового придатка, как правило, абортiroвали втечении 3 дней. Hofbauer²⁾ также указывает, что при частичной экстирпации передней доли гипофиза созревание яйца останавливается, и примордиальные фолликулы не развиваются; после же введения экстракта гипофиза наблюдается ускорение созревания половых органов. По Berlingerу при инфантилизме наблюдается недостаточное развитие эпителия передней дольки гипофиза.

Действие гипофиза отличается от функции большинства других эндокринных желез тем, что задняя доля его находится в анатомической и, вероятно, в функциональной связи с центральной нервной системой, именно, с дном третьего желудочка; поэтому секрет ее попадает в лимфатические пути мозга, так что общее действие на организм и половые органы происходит не только через кровь, но и через продолговатый мозг. Гипофиз и продолговатый мозг, говорит Hofbauer³⁾, являются трофическими, центральными органами для всех половых органов и для яичника в частности, они регулируют циклические явления. Дальше он говорит, что правильный ход функциональных проявлений органа размножения обуславливается, во-первых, деятельностью самого органа, во-вторых, путем влияния со стороны нервной системы и, в-третьих, руководством эндокринного аппарата.

На основании всего вышесказанного надо предположить, что весь периодический цикл жизни женщин находится под влиянием нервной системы и гармонической деятельности многих желез внутренней секреции, а не только яичника. Качественная и количественная разница в функции этих желез и в их взаимоотношениях должна обуславливать разницу в наружных проявлениях жизни, почему женщина, находящаяся под большим влиянием желез ассимиляционного характера, будет иметь более продолжительный менструальный период и более развитого ребенка; женщина же, у которой преобладает функция желез дезассимиляционного характера, будет иметь менее продолжительный менструальный период и менее развитого ребенка.

Наконец, самая же разница в преобладающем развитии и функциональном влиянии той или другой группы эндокринных желез обуславливается, очевидно, конституцией данной женщины.

¹⁾ Halban und Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes.

²⁾ Zentralblatt f. Gyn., 1924, № 3.

³⁾ Ibid.

К вопросу о менотоксикозах и лечении их аутогемотерапией *).

Старшего ассистента А. И. Малинина.

До сих пор все попытки доказать наличие определенного специфического яда при менструации надо признать неудачными. Даже вообще вопрос о таком специальном токсине ставится под сомнение, и подход для решения этой задачи должен быть совершенно иной, чем тот, который до сих пор пользовались различные авторы. Gengenbach, подробно разбирая литературные данные по этому вопросу, приходит к выводу, что правильнее говорить не о специфическом гипотетическом менструальном яде, но об известном токсикозе. Такие токсикозы наступают не благодаря вторжению яда извне, но вследствие нарушения равновесия или регуляции в организме биохимических процессов. Все жизненные процессы в организме зрелой женщины носят известный циклический характер в связи с половым циклом. Те или иные нарушения обмена веществ количественного характера в менструальном периоде могут давать различные клинические проявления. Поэтому можно говорить лишь о токсикозах в связи с половым циклом или о менотоксикозах, понимая приставку „meno“, как указание на половой цикл. Термин же „menotoxin“ пока должен быть оставлен, в виду недоказанности соответствующего токсина.

Повидимому, клинические проявления менотоксикозов не менее разнообразны, чем проявления т. наз. токсикозов беременности. Три таких случая, где был довольно ярко выражен периодический характер менструотоксикозов, нам пришлось наблюдать, причем во всех 3 случаях нами была с успехом применена аутогемотерапия.

Случай I. Больная 22 л., поступила 30/V 1925 г. с жалобами на тошноту, которая обычно начинается за неделю (иногда за 2 дня) до менструации и с началом последней исчезает; протекает она весьма мучительно, нередко сопровождаясь рвотой и всегда ознобом и головной болью, что вынуждает б-ную лежать в постели. Во время менструации боль в пояснице. Запоры. Замужем 5-ый год, не рожала. Menses с 13 лет, по 4—7 дней; последний раз 2 недели тому назад. В детстве перенесла корь, коклюш, 12 лет—паратиф. Отец умер от туберкулеза, прочие члены семьи и муж здоровы.

Кожа и слизистые оболочки бледно-розовые. Питание умеренное, телосложение правильное. Тип конституции инфантильно-астенический. Б-ная первична и нередко плачет без всяких видимых причин. Матка обнаруживает признаки ин-

*) Сообщено в Гинекологическом об-ве при Саратовском Ун-те, в феврале 1926 года.

фангилизма в виде конической шейки и ясно выраженной anteflexio. Придатки без изменений. При исследовании желудочного сока оказалось: до пробного завтрака получено 2,3 куб. см. прозрачной жидкости кислой реакции; после пробного завтрака жидкий сок перемешан с большим количеством слизи, общее количество 105 куб. см., свободной HCl 15 куб. см., связанной—80 куб. см.

8/VI: из локтевой вены взято 5 куб. см. крови и впрыснуто под кожу живота. 10/VI: общее состояние стало хуже, тошнота, головная боль. 12/VI: началась менструация, самочувствие плохое. 13/VI: тошнота и головная боль, больная нервничает и плачет; 5 куб. см. крови, взятой из локтевой вены, впрыснуто под кожу живота в несколько мест. 15/VI: тошнота и головная боль меньше, и вообще все явления при этой менструации слабее выражены, чем раньше; опять впрыснуто 5 куб. см. крови под кожу живота. 17/VI: самочувствие удовлетворительное; 10 куб. см. крови из локтевой вены впрыснуты под кожу живота в разные места. 18/VI: менструация кончилась: продолжалась она на 1 день меньше, чем всегда, и самочувствие было лучше. Больная показала 13/X и сообщила, что первая менструация после выписки ее из больницы прошла совершенно без тошноты, а перед последующими менструациями тошнота, хотя и отмечалась, но была настолько кратковременной и незначительной, что переносилась очень легко. Больной дан совет еще раз проработать курс аутогемотерапии.

Случай II. Больная К., 14 лет, учится в школе II степени, жалуется на обильную сыпь на лице и груди (acne vulgaris), появившуюся более 3 лет тому назад, с началом менструации. Б-ая лечилась у дерматологов, но пользы от лечения никакой не было. Месячные появились с 11 лет, шли раньше по 5 дней, теперь продолжаются по 3 дня, в значительном количестве, с болями внизу живота. Боли обычно появляются за сутки до начала менструации. Последняя менструация была в начале октября. Пациентка высокого роста, правильного телосложения. Наружные и внутренние половые органы, соответственно возрасту 6-ной, отклонений от нормы не представляют. Грудь и спина покрыты сыпью, высыпание которой обычно усиливается за две недели перед менструацией. После менструации сыпь несколько уменьшается, но никогда не исчезает совершенно.

Предполагая, что данное заболевание представляет собою одно из проявлений менотоксикозов в вышеуказанном смысле, мы и здесь решили провести аутогемотерапию, получив в результате положительный эффект. Лечение производилось амбулаторно и начато 31/X 1925 г.,—под кожу живота в разные места впрыснуто 15 куб. см. крови, взятой из локтевой вены. 5/XI: замечается уменьшение сыпи на груди и на лице; впрыснуто 30 куб. см. крови. 10/XI: дальнейшее уменьшение и измельчание отдельных эфлоресценций; введено 35 куб. см. крови под кожу живота в разные места. 16/XI: сыпь на груди почти совершенно исчезла; введено 40 куб. см. крови под кожу живота в разные места. 21/XI: сыпь на щеках почти исчезла, на лбу и на подбородке прогрессивно уменьшается; улучшение особенно резко отмечается через день после впрыскивания крови, а затем сыпь понемногу усиливается; впрыснуто 30 куб. см. крови под кожу живота. 30/XI: опять введено 30 куб. см. крови под кожу живота. С 7/XII по 9/XII была менструация совершенно без болей и каких-либо других побочных явлений, сыпь почти повсюду исчезла, лишь на лбу имеется незначительное ее количество. 14/XII: 25 куб. см. крови под кожу живота; на щеках и подбородке сыпь почти исчезла, а на лбу остаются лишь следы ее. Больная показывалась в конце февраля, т. е. почти через 2 месяца после лечения: лицо у нее совершенно чистое, свободное от сыпи.

Случай III. Больная С., жена профессора, 33 лет, обратилась с жалобами на сыпь на лице и на локтях. Менструация с 14 лет, через 28 дней, по 3 дня, последний раз—26/II 1926 г. Замуж больная вышла 22 лет, имела двой срочных родов (последние роды 1 год 4 мес. тому назад) и 4 искусственных аборта (последний 13/II 1926 г.). Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, тип конституции приближается у ней к астеническому. При объективном исследовании со стороны половой сферы особых отклонений не имеется. Все поверхность носа резко красна, усеяна высыпью типа acne vulgaris; поверхность кожи на локтях—резко-шероховатая, покрытая шелушащимися чешуйками. Сыпь впервые появилась перед первой менструацией; после менструации она обычно уменьшается, никогда не проходя совершенно, а за 2 недели до менструации опять начинает усиливаться, занимая нередко все лицо; по выходе больной замуж сыпь исчезла и не появлялась в течение 4 лет, но с наступлением первой же беременности снова появилась и с тех пор уже не исчезала совсем. Помимо сыпи больная отмечает боли внизу живота, появляющиеся за 2 дня перед менструацией, и тошноту.

ту; с появлением менструации означенные явления обычно исчезают. Пациентка лечилась в течение 7 лет у видных дерматологов, но улучшения не получила. Считая указанные расстройства проявлением периодического полового токсикоза (менотоксикоза), мы и в данном случае применили аутогемотерапию.

23/III: под кожу живота врыснута 30 кб. см. крови, взятой из локтевой вены. 25/III: впрыскивание повторено. 30/III: поверхность носа стала бледнее, сыпь подсохла, образовались корочки; на локтях чешуйки сошли, сохранившись лишь в незначительном количестве по периферии пораженного участка; поверхность кожи стала почти нормальной; новое впрыскивание. 2/IV: отмечается дальнейшее улучшение; аутогемотерапия; лечение временно прервано в виду болезни (грипп). Полагаем, что окончательный успех терапии здесь также обеспечен.

В виду применения сравнительно больших количеств крови при аутогемотерапии мы выработали несколько своеобразную технику. Толстую иглу мы вкалываем в локтевую вену при наложенном жгуте и выпускаем надлежащее количество крови в стаканчик, куда налито небольшое количество (3—5 кб. см.) 5% раствора *Na citrici*. Этим путем предотвращается свертывание крови, и вся манипуляция прodelьвается без особой поспешности и каких-либо неудач. Из стаканчика кровь набирается в шприц емкостью не менее 5 кб. см. и впрыскивается порциями в 4—5 кб. см. в различные места под кожу живота. Недостатками этого способа являются сравнительно большое количество уколов и некоторая болезненность, скоро впрочем проходящая.

Благоприятные результаты применения аутогемотерапии при менотоксикозах позволяют нам высказать кое-какие соображения по существу данного вопроса. Как известно, в основе полового (менструального) цикла лежит, несомненно, влияние яичникового гормона. Каков механизм его действия,—нам неизвестно; неизвестно и то, играют-ли здесь роль периодические колебания чувствительности самого субстрата, или периодические накопления гормональных масс.

Менотоксикозы связаны, по видимому, с расстройством действия яичникового гормона. В чем сущность этого нарушения,—сказать точно пока нельзя; но, в связи с положительным эффектом аутогемотерапии, надо полагать, что в крови у женщин при менотоксикозах циркулируют вещества, адсорбирующиеся красными кровяными шариками и обладающие антигенными свойствами.

Отсюда не исключается возможность коррегировать путем аутогемотерапии и различные другие виды эндокринных расстройств. Попытка эта, во всяком случае,—не лишняя, тем более, что, по нашим наблюдениям, метод надо считать совершенно безвредным.

Насколько прочны и продолжительны результаты аутогемотерапии при указанных расстройствах в женском организме? Пока еще фактических данных, в виде длительных наблюдений, у нас нет, и высказаться в этом отношении так или иначе мы считаем преждевременным. На основании уже имеющихся данных мы считаем себя, однако, вправе сделать следующие выводы:

- 1) Токсикозы женского организма в связи с половым циклом зависят, надо полагать, от расстройства взаимной регуляции различных органов, причем в основе этого расстройства лежит гормональная дисфункция яичника.

- 2) Дисфункция эта выражается в разнообразных клинических формах т. наз. менотоксикозов.

3) Токсическая субстанция (яичниковый гормон или тот или иной продукт его метаморфоза), возможно, адсорбируется красными кровяными шариками, почему аутогэмотерапия и дает в подобных случаях положительный эффект.

4) Рекомендую последнюю при менотоксикозах, мы советуем вводить под кожу сравнительно большие количества крови, но малыми порциями, в различные места, где богато выражен подкожный слой клетчатки.

5) Полагая в основу этой терапии принцип аутоиммунизации, мы тем самым обнаруживаем, что токсические субстанции, причастные к происхождению менотоксикозов, обладают антигенными свойствами.

6) Относительно стойкости положительных результатов указанной терапии мы не можем еще с определенностью высказаться за отсутствием надлежащей длительности наблюдений.

Новая система конституциональных типов женщины.

Д-ра И. Б. Галанта (Москва).

Пытаясь дать здесь новую систему конституциональных типов женщины, я тем самым вызываю у читателей мысль, что существующие в настоящее время системы недостаточны, почему и предлагается новая система. Не будь налицо этого аргумента, читатели имели-бы полное основание возразить: Зачем нам новая система конституций? У нас и без нее достаточно обоснованных, великолепно на практике применяемых систем! Зачем нагромождать совершенно лишний балласт и путать и без того сложную и запутанную науку о конституциях?

Чтобы охранить себя от подобного рода возражений, я должен прежде всего доказать недостаточность существующих систем конституциональных типов. Для доказательства этой недостаточности я остановлюсь на критическом разборе одной только системы Kretschmer'a, ибо именно эта система пользуется в настоящее время наибольшим признанием и широким применением на практике.

Как известно, система Kretschmer'a состоит всего из трех основных конституциональных типов: астенического, пикнического и атлетического. Кажется-бы, чего проще? Однако, эти кажущиеся несложностью и простотой Kretschmer'овской системы—одна только видимость. Полное разочарование охватывает нас, когда мы начинаем ближе знакомиться с Kretschmer'овскими типами конституции и узнаем, что чистые типы диагностируются сравнительно редко, в большинстве же случаев встречаются т. наз. смешанные, диспластические и нерубрифицируемые формы. Н. Hofmann, положив в основу своих исканий эпилептического типа конституции учение Kretschmer'a о конституции, нашел среди 40 эпилептиков в возрасте выше 30 лет: астеников 6 (15,0%), атлетиков 8 (20,0%), смешанные астенико-атлетические формы 7 (17,5%), пикников 6 (15,0%), смешанные пикнические формы 2 (5,0%), диспластические формы 2 (5,0%), нерубрифицируемые формы 9 (22,5%).

Итак чистых типов,—астеников, атлетиков и пикников,—мы имеем всего лишь 60%, остальные же 40% падают на смешанные, диспластические и нерубрифицируемые формы.

И тут начинается главная беда, делающая систему конституциональных типов Kretschmer'a, при всех ее достоинствах, невозможной. Если Kretschmer дает нам более или менее удачные характеристики основных своих трех типов конституции, оговариваясь лишь (см. стр. 16 3 го нем. издания его книги „Строение тела и характер“), что он не прочь был-бы признать и „средний“ тип, отличающийся стройностью фигуры и сильным развитием сухожилий и переходящий либо в более грацильный, худощавый, либо в более крепкий, мышечный тип, то смешанных форм он совершенно не характеризует, предоставляя каждому автору фантазировать здесь по своему. Что такое, напр., „сме-

шанная пикническая форма“? Этого Kretschmer не говорит, и этого никто определенно не знает. Мы можем себе представить астенико-пикнический, атлетико-пикнический, инфантильно-пикнический и вообще двепластически-пикнический тип конституции и т. д. Но где граница, отделяющая пикнический тип от бесчисленных возможных смешанных пикнических форм? Этого никто не знает, и каждый по своему может проводить эту границу. Одним словом, тут существует полный произвол, совершенно недопустимый в науке и значительно обесценивающий Kretschmer'овскую систему, которой с первого же дня ее появления ставили в упрек чрезвычайный субъективизм.

То, что мы сейчас сказали относительно смешанных пикнических форм, можно повторить и относительно смешанных астенических форм, и в результате получается не система, состоящая из трех вполне определенных типов конституции, а система с неопределенным числом плохо или совсем не характеризуемых смешанных форм, в которых теряются, как капля в море, три основных типа и один „средний“ тип, который остается у Kretschmer'a невыявленным плодом.

Но я еще не дошел до того пункта, который окончательно развенчивает систему конституциональных типов Kretschmer'a, совершенно лишая ее научной обоснованности и возможности практического применения. Система эта допускает еще т. наз. нерубрифицируемые формы, это — сверх множества возможных смешанных и диспластических форм! Каждый раз, когда я задумываюсь над этими нерубрифицируемыми формами, моя логика ученого отказывается признать систему Kretschmer'a хотя сколько-нибудь логичной с научной точки зрения. Нерубрифицируемая форма! Это что же такое? Неразрешимая загадка? И эта неразрешимая загадка встречается, по Hofmann'у, в 23 случаях на сто! Но ведь это же обозначает полный крах конституциологии, как науки! На каждые 4 случая мы будем, значит, наталкиваться на пятый нерубрифицируемый случай, которого нельзя отнести ни в диспластическую, ни в какую-либо смешанную форму конституции. И что же это, наконец, за неразрешимая загадка? Ведь ни Kretschmer, ни его последователи никогда не сочли нужным, хотя-бы приблизительно, познакомить нас с психо-физическими, эндокринными и вегетативными особенностями того загадочного явления, которое они называют „нерубрифицируемой формой конституции“. И что делать конституциологу, применяющему систему Kretschmer'a на практике, с нерубрифицируемым типом?

Нам не остается ничего другого, как объявить систему Kretschmer'a совершенно недостаточной и неприменимой на практике. Учение о конституциональных типах человека, которое в 23 случаях на 100 видит себя поставленным перед якобы неразрешимой засадкой, которое так и остается бессильным в попытке объяснить как-нибудь загадочность явления и дать ему соответствующее место в системе, теряет право на существование.

Вот, в самых кратких чертах, те мотивы, которые при изучении системы Kretschmer'a и при попытке применить ее на практике заставили меня отказаться от нее и сделать попытку создать новую систему конституциональных типов.

Приступив к этому, я старался, по легко понятным причинам, не отграничивать себя совершенно от Kretschmer'a и положить в основу

своей системы те безусловно плодотворные начала, которые имеются у последнего, отказавшись лишь от тех сорных трав, которые губят его систему. Я признаю существование астенического, пикнического и атлетического типов, хотя и не в таком виде, как их описывает Kretschmer, но отказываюсь совершенно от всяких смешанных, а тем паче нерубрифицируемых форм. Так как, однако, разнообразие нормальных конституциональных типов человека не вмещается в „тройственную систему“ астенического, пикнического и атлетического типов, то я, установив эмпирически существование семи различных конституциональных типов у женщины, остался при тройственной системе конституциональных типов, размещая семь моих конституций, по степени их родства, по трем основным группам, которые я называю: 1) лептозомные, или узкосложенные, типы, 2) мезозомные, или широко сложенные, типы и 3) мегалозомные, или атлетически сложенные, типы.

Для обозначения четырех типов, имеющихя в моей системе сверх трех типов Kretschmer'a, я заимствовал у Бунака термины: стенопластический, мезопластический и европластический типы конституции. Сверх того я создал свой во всех отношениях оригинальный субатлетический тип. Моя система конституциональных типов представляется, таким образом, в следующем виде:

А) Лептозомные конституции.

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. Астенический | } типы конституции. |
| 2. Стенопластический | |

Б) Мезозомные конституции.

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Пикнический | } типы конституции. |
| 2. Мезопластический | |

С) Мегалозомные конституции.

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Атлетический | } типы конституции. |
| 2. Субатлетический | |
| 3. Европластический | |

Для различения и правильного диагноза каждого из семи этих типов я пользуюсь прежде всего определенными, чисто-внешними морфологическими признаками. Однако моя система конституциональных типов не есть система только морфологических конституций, а система *психофизических* типов конституции, ибо я характеризую каждый тип не только соматически, но и психически, видя в каждом из них результат взаимодействия специфических для каждого типа соматического и психического начал. Кроме того, я имею, на основании своих исследований, право думать, что каждый из моих конституциональных типов имеет свои специальных эндокринные и нервно-вегетативные особенности, хотя в настоящее время и не в состоянии точно охарактеризовать эндокринно-нервно-вегетативную картину каждого из своих типов.

Все же я могу утверждать, что при астеническом, мезопластическом и атлетическом типах конституции мы имеем дело с конституциями, у которых щитовидная железа играет как-бы руководящую роль в то время, как при других конституциях, особенно пикнической и европластической, эту роль играет гипофиз. Принимая во внимание то совер-

шенно различное коррелятивное влияние, которое оказывает каждая из двух упомянутых внутрисекреторных желез на всю эндокринную систему, мы легко поймем, до чего морфологически и функционально различны должны быть между собой конституции с преобладанием щитовидного или гипофизарного влияния, и как, с другой стороны, морфологически и функционально родственны должны быть конституции с одной и той же сферой влияния эндокринной системы при различных ее степенях и комбинациях.

После этой общей характеристики всей моей системы конституциональных типов перейду теперь к характеристике отдельных типов.

Определения конституционального типа мы начинаем с *измерений*. Производить последние важно и тогда, когда мы легко ориентируемся в случае, и у нас нет никакого сомнения о принадлежности его к тому или другому конституциональному типу. Измеряя, мы в состоянии лучше ориентироваться о некоторых, ускользающих даже от зоркого взгляда, деталях, которые при всей своей кажущейся мелочности часто бывают очень характерны и позволяют ярче и определеннее рисовать морфологические особенности каждого типа. Благодаря систематическим измерениям, мне удалось открыть,—правда, как потом оказалось, во второй раз,—т. наз. акромальные ямки на спине женщины, встречающиеся главным образом у пикничек, реже у стенопластичек и никогда у астеничек и мезопластичек. Ямки эти являются т. о. характерной особенностью пикнического типа, и, найдя их, мы, в сомнительных случаях, склоняемся к диагнозу: „пикничка“.

Измерения свои я производил по Kretschmer'у, так что всякий, изучавший до сих пор конституциональные типы женщины по системе последнего, легко может перейти на предлагаемую мною,—как мне кажется, более простую и удобную,—систему. При этом я должен обратить внимание читателей на некоторые весьма важные мои отступления от Kretschmer'a.

Я не придерживаюсь тех средних цифр, которые дает этот автор для своих типов. Те, кто долго и тщательно измерял своих больных, могли легко убедиться, что они лишь редко достигали полного совпадения с этими цифрами. Ктому же последние иногда нетипичны и отчасти даже ошибочны, по крайней мере, что касается астенического типа женщины. Предпринимая те же самые измерения, что и Kretschmer, я руководствовался совершенно другими принципами, о которых теперь и скажу.

Я различаю двоякого рода измерения: т. наз. мягкотелые и скелетные. Скелетные измерения—это те, которые производятся непосредственно на костяке. Так, напр., рост, окружность и другие размеры головы и лица, где с мягкими покровами тела не приходится почти считаться, представляют собой скелетные размеры индивида в то время, как окружность предплечья, живота, икр и т. д., где измеряются главным образом мягкие ткани тела, являются мягкотелыми его размерами. Смысл этого подразделения заключается в следующем:

Некоторые авторы, напр., Aschner, думают, что производить измерения при изучении конституции женщины вряд-ли имеет смысл. Aschner указывает, что нередко у одной и той же женщины в течение короткого времени размеры тела меняются много раз. Женщина

в начале беременности, к концу беременности, после родов и т. д., будучи всякий раз точно измеряема, дает совершенно различные цифры. Эти наблюдения *Aschner'a* отчасти правильны, — т. наз. гистотрофолябильность, или сильные, постоянные колебания в росте тканей женского организма, представляет собою конституциональную черту женщины. Однако эта гистотрофолябильность касается не всех тканей женского организма в равной мере: костяк остается почти вне сферы влияния момента гистотрофолябильности, и размеры его отличаются, в противоположность мягким частям организма, большим постоянством. Таким образом конституциональные особенности тканей женщины естественным путем ведут нас к предпринятому нами подразделению измерений тела женщины на мягкотелые и скелетные, причем особенно важны и решающее значение имеют здесь именно скелетные измерения, как отличающиеся большим постоянством. При антропологических измерениях мы, не пренебрегая совершенно мягкотелыми размерами, будем поэтому обращать главное внимание на скелетные размеры, как основные.

Важно при этом отметить, что у родственных типов конституции, напр., у астенического и стенопластического, скелетные измерения колеблются в одних и тех же границах; мягкотелые же размеры у родственных конституциональных типов обыкновенно абсолютно или относительно различны. Зная, насколько мягкотелые размеры у одного и того же типа конституции женщины могут меняться, мы не будем удивляться, что у родственных типов конституции эти размеры будут сильно расходиться. Совпадения скелетных размеров у родственных конституций вполне достаточно, чтобы судить по измерениям об их родстве.

Характерные для каждого конституционального типа размеры приведены в таблицах, имеющих в серии моих статей по данному вопросу, которые напечатаны в *Archiv f. Frauenkunde und Konsitutionsforschung* за 1925 и 1926 гг. Содержащиеся здесь цифры получены от измерения идеальных случаев. Мы допускаем колебания в границах $\pm 1-3$ ст. для скелетных измерений кроме роста, где эти колебания содержатся в границах $\pm 5-10$ ст. и даже больше. Колебания мягкотелых размеров более значительны, но, в виду второстепенного значения этих измерений, указание точных границ их не является необходимостью.

Покончив с измерениями, мы приступаем к точной инспекции тела женщины и изучению его морфологии. Предварительно следует ориентироваться в физиологическом состоянии тканей в качественном их отношении.

Морфологическое изучение конституциональных типов мы начинаем с головы. Череп и особенно лицо, — „конституциональная визитная карточка“, как выражается *Kretschmer*, — не могут быть исключены из схемы морфологического изучения конституциональных типов человека, как это, напр., случилось в системе конституциональных типов *Бунака*. Физиономия человека, пожалуй, — один из самых существенных признаков, по которым мы можем судить об общей его конституции, и исключать ее из схемы морфологического изучения конституции женщины значит лишить себя весьма важного орудия в борьбе с трудностями разрешения проблемы.

У узкопостроенных типов женщины, у астеничек и пикничек череп обыкновенно долихоцефалический, а лицо — узковатое удлиненное,

Особенно характерна для этого лица та форма профиля, которую Kretschmer называет „угловым профилем“. Угловой профиль получается при продолговатом лице с длинным, прямым или горбатым носом, с несколько уходящим взад лбом при соответственно-укороченном гипопластическом подбородке. Если провести линию от границы волос на лбу через нос к подбородку, то линия эта будет ломаной, идя со лба к верхушке носа вперед, а отсюда к укороченному подбородку назад. Верхушка носа есть та точка, где обе части ломаной линии образуют угол, который особенно доступен глазу при профильном положении лица. Отсюда обозначение „угловой профиль“ для лица, где отмечается сильное несоответствие между удлиненным от природы носом и укороченным гипопластическим подбородком.

Лицо астенички—бледноватое, сухое, худощавое, так что рельефы лицевых костей ясно вырисовываются, ограничивая нередко глубокие впадины глаз. Рот нередко наполовину или $\frac{2}{3}$ лишен зубов, в том числе и передних, и переполнен кариозными корнями гниющих и загнивших зубов. Эта *дентастения* очень характерна для астеничек, и, так как она у других авторов совершенно не упоминается, то я обращаю на нее особенное внимание читателей.

Выражение лица астенички—скудное, печальное, иногда как-бы задумчивое, страдальческое. Накопления дегенеративных черт у астеничек обыкновенно не отмечается. Если абстрагироваться от малозначущих признаков дегенерации, нехарактерных даже для астенической аномалии конституции (*epicanthus*, *heterochromia iridis*, Darwin'овское или Mogel'евское ухо, ладьеобразное нёбо, приращение мочки уха, маскулинизм, *vitiligo*, альбинизм, *naevi vasculosi* и т. д.), то для астенической женщины остаются характерными слабые гнилые зубы, которые мы определили, как характерную для астеничек дентастению. Голова астеничек сидит на длинной, тощей шее, на которой легко рассмотреть все детали ее строения.

Все тело астенички отличается худобой, которая особенно рельефно выявляет характерные морфологические стигмы астенического *habitus'a*, каковы: плоская, узкая, длинная грудная клетка, над- и подключичные впадины, выпяченное второе реберное кольцо, втянутый живот, выпуклость очертаний таза (*spinae*, *cristae*, симфиз вырисовываются из-под тонкой, прозрачной кожи), длинные, тощие ноги с бедрами, не имеющими характерной женской округленности. Внутренняя сторона бедер несколько искривлена, и бедра оставляют при смыкании ног свободное пространство, никогда не наблюдающееся у хорошо сложенных женщин. Плечи и руки слабо свисают по обеим сторонам туловища и отличаются, как и все другие части тела, крайне бедной и тощей мускулатурой.

На туловище—спине, поясице, крестце—у астеничек отсутствуют те модуляции, которые придают телу женщины настоящую женственность. Хотя у нормально построенной астенички на границе шейного и грудного отделов позвоночника и нет кифотического искривления, но все же она часто имеет походку с наклоном вперед верхней части тела—*attitude voûtée*. Эта *attitude voûtée* часто встречается у „высокорослых“¹⁾ астеничек (162 ст. и выше) со слабо свисающими плечами

¹⁾ Даже среднего роста астенички кажутся высокими из-за своей тонкости (недостаточные размеры ширины).

и руками, и она очень характерна для этого типа. Таз большею частью сравнительно узкий, приближающийся по своей форме к мужскому тазу (недостаточная ширина, бо́льшая, чем обыкновенно, высота, бо́льшая крутизна подвздошных костей, острая лонная дуга), и, при сравнительно малой окружности бедер, которая иногда лишь на 2—3 ст. превосходить окружность груди (есть среди наших астеничек такие, у которых окружность бедер равна 73 ст. при окружности груди в 71 ст.), *habitus* астенички производит удручающее впечатление отсутствием всяких смягчающих черт женственности. Если к этому присоединяются еще недоразвитие грудных желез, сильное развитие терминальной волосатости и костяк, имеющий мужскую конфигурацию не только в области таза, но и в различных других местах тела, то мы получим выраженный маскулинный тип астенички, принадлежащий уже к аномалиям конституции (интерсексуализм).

Имея пред собою эту морфологическую картину астенического типа, мы можем в нескольких словах охарактеризовать морфологически и стенопластический тип. Стенопластичка—это пышущая здоровьем, отличающаяся настоящей женственностью, но узкосложенная женщина. Несмотря на то, что стенопластичка имеет большинство стигм астенического телосложения, как-то: долихоцефалию, нередко намеченный угловой профиль лица, плоскую, узкую грудную клетку, *attitude voûtée* и т. д., она, благодаря качественно и количественно лучшему развитию всех тканей организма, может при первом, поверхностном осмотре до неузнаваемости отличаться от астенички, и лишь точное исследование и наблюдение делают возможным найти близкое родство стенопластического с астеническим типом.

Цветущее здоровье стенопластичек, здоровый цвет лица, хорошая общая упитанность, подчеркнута—типичная психофизическая женственность—побуждают думать, что стенопластический тип женщины приближается к идеалу женской красоты и здоровья, ибо у стенопластичек мы почти не встречаем тех дегенеративных черт, с которыми нам так часто приходится сталкиваться у астеничек. Тем не менее приходится сказать, что пикнический тип конституции вступает в серьезную конкуренцию со стенопластическим типом, поскольку дело касается признания первенства в смысле истинной, первобытной женственности того или другого типа.

Дело в том, что пикнический тип конституции более всех других конституциональных типов женщины выдвигает характерную конституциональную черту женского организма, состоящую в общем умеренном отложении жира, служащего для округления форм тела и выгодно отличающего женский организм от мужского. Вся красота и женственность тела женщины получаются именно благодаря этому округляющему формы тела жиру, и есть возможность характеризовать красоту женского тела, выражаясь физиологически, как „жировую красоту“,—в противоположность красоте мужского тела, являющейся „мышечной красотой“, т. е. благодаря именно сильному развитию мышц и рельефной их выпуклости на всем теле получается характерная атлетическая красота тела мужчины.

Несмотря на то, что пикнический тип конституции женщины, как одна из мезозомных конституций, отличается ростом, идущим больше в ширину, чем в длину,—все ткани пикнического организма, в том числе и костяк, отличаются женскою нежностью. Особенно легко отметить неж-

ность строения тела пикничек на конечностях, которые в сравнении с конечностями стенопластичек скорее укорочены и, при всей своей пухлости или даже благодаря этой пухлости, напоминающей детскую, бросаются в глаза нежностью скелета и покровов.

Переходя от этой краткой общей характеристики пикнического типа женщины к более детальному морфологическому его описанию, отметим, что голова у пикничек круглая с уклоном более в брахи-, чем в долихоцефалию. Лицо полное, округленное, имеющее очень часто, форму щита с пятью более или менее ясно выступающими геометрическими точками, из которых две находятся по латеральным сторонам глаз, две других, соответствующих им, лежат на нижней челюсти; пятая, замыкающая точка находится на подбородке. Эта форма щита особенно ясно выступает у пожилых пикничек, у которых контуры костяка начинают яснее выделяться. У молодых пикничек „щит“ труднее видеть на лице, хотя и можно себе его при желании вырисовать.

Шея у пикничек—полная, укороченная, плечи—широковатые, круглые, грудная клетка—цилиндрическая, живот—круглый, таз—широкий, типично-женский; на нижней части живота, на лоне, бедрах, *pates* имеются характерные для женщины отложения жира. Бедра—круглые, замыкание ног полное, кожа везде нежная, гладкая. Все же у пикничек отмечается склонность к гипертрихозу, но лишь редко переходящему в таковой мужского типа.

Везде на теле пикничек выступают характерные для женщины модуляции. На спине мы встречаем,— правда, в редких случаях,— акромиальные ямки, которые, кроме эстетического своего значения, имеют и практическое значение, поскольку они облегчают нахождение акромиальных точек при измерении ширины спины. Хорошо также выражены у них и крестцовые ямки с очертаниями *Michaëli's*овского ромба, изгибы позвоночного столба и т. д.

В противоположность пикническому типу, другой мезозомный тип женщины, мезопластический, отличается не нежностью, а известной, несколько даже повышенной силой сопротивления, выносливостью и приспособленностью к физическому труду, так что этот тип конституции может быть охарактеризован, как тип женщины-работницы, которой никакой физический труд не бывает не по силам, и которая с радостью и рвением бросается на каждую представляющуюся ей работу.

Соответственно специальной приспособленности мезопластички к тяжелому физическому труду мы отмечаем у нее строение тела, которое не имеет ничего существенно-общего с другим мезозомным типом—пикническим, кроме лишь роста всего организма и его частей больше в ширину, чем в длину. Мезопластички—это приземистые, коренастые фигуры с подчеркнутым развитием сухожилий, с умеренно развитой, но крепкой мускулатурой и развитым костяком при слабом развитии столь характерного для пикнического типа жирового слоя. Лицо мезопластичек—широкое, часто шире, чем у пикничек, и никогда так правильно не округлено, как у этих последних. Вообще черты лица и лицо, как целое, у мезопластичек редко бывают правильными: у них очень часто отмечается гипоплазия нижней части, или средней и нижней частей лица.

Главная особенность мезопластического лица—это сильное развитие скул, благодаря чему оно кажется очень широким. Гиперплазия скул

до того характерна для мезопластического лица, что может считаться основной морфологической его особенностью, — все равно, как угловой профиль для астенического лица. Мезопластическое лицо так и может быть обозначено, как скуластое лицо.

Все полости тела мезопластички широки, об'емисты, череп брахицефаличен, и развитие черепных костей не кажется, как у других типов, сильнее, чем развитие костей лица.

Несмотря на то, что жировой слой, столь необходимый для выявления женственных черт строения тела женщины, у мезопластичек сравнительно слабо развит, мезопластички в огромном большинстве случаев не оставляют ничего желать в смысле их женственности и являются типичными представителями женского тела. У большинства мезопластичек есть достаточное количество жира для того, чтобы достигнуть характерных для женщины округлений тела. Маскулинные черты в строении тела и характере, а также дегенеративные черты, сравнительно редко встречаются у мезопластичек, являющихся, как мы уже сказали, типом приспособленной к физическому труду женщины, что опять-таки указывает на то, что мезопластический тип конституции есть основной женственный тип среди конституций женщины.

Это нам делается особенно ясным, если мы начнем наше описание мегалозомных (атлетических) типов конституции женщины с атлетического типа *sensu stricto* и сравним с ним мезопластический тип.

Мегалозомные типы женщины отличаются, в отношении общего роста всего организма и отдельных его частей, от лептозомных и мезозомных конституций тем, что у мегалозомных типов обыкновенно не отмечается врожденной тенденции роста более в длину (лептозомные типы) или более в ширину (мезозомные типы), а они растут одинаково в длину и ширину, превосходя в своих размерах, иногда очень значительно, лептозомные и мезозомные типы. Исключения встречаются, конечно, и у мегалозомных типов, представляясь нам особенно в виде низкорослых атлетичек и нередко низкорослых эвропластичек.

Что касается атлетического типа женщины, то он отличается тем, что в нем в большинстве случаев отсутствует почти всякая женственность, и атлетички представляют собой тип *маскулинно вырожденной женщины*. Такие женщины поражают исключительно-сильным развитием мускулатуры и костяка и, благодаря рельефной выпуклости мускулов, маскулинным чертам костяка и отсутствию жира, сильно приближаются к мужчинам-атлетикам, особенно, если при этом имеется налицо отсутствие или слабое развитие многих вторичных женских половых черт. Обыкновенно у таких женщин наблюдается мужской тип терминального волосяного покрова, некоторое недоразвитие наружных половых органов, низкая промежность, таз мужского строения, мужские черты лица и характера, мужской тембр голоса и т. д. С функциональной стороны у них часто замечаются позднее наступление регул и дисменоррея, наблюдающаяся почти поголовно у всех атлетичек.

В противоположность атлетическому типу субатлетический тип женщины представляет собой настоящей женственный тип конституции при атлетическом строении тела. Это — высокие, стройные, крепкосложенные женщины с сильным костяком при сравнительно умеренном развитии мускулатуры и жира. Чтобы не утомлять читателей длинными описа-

ниями и все же поставить перед ними живую картину субатлетического типа, будет довольно, если я скажу, что субатлетический тип конституции—это стенопластический тип женщины, взвинченный на атлетические размеры, и что субатлетический тип женщины нелишен тех же прелестей женственно построенного тела, что и стенопластический тип.

Что касается, наконец, европластического типа конституции, то он может быть кратко охарактеризован, как *тип тучной атлетички*. У европластички мы, при подчеркнута выраженных атлетических стигмах со стороны скелета, мускулатуры и пр., отмечаем сильное развитие жира, приближающее европластичку к пикническому типу, как к своему прототипу в мезозомной группе,—все равно, как атлетический тип имеет в мезозомной группе свой прототип в мезопластическом типе конституции. Таким образом наша система конституций представляется нам в виде лестницы типов, ибо есть основание думать, что атлетические типы развиваются из прототипных в лептозомной и мезозомной группе, а именно атлетический—из мезопластического, субатлетический—из стенопластического и европластический—из пикнического типа. К сожалению, мы не имеем возможности распространяться на эту весьма интересную и для понимания нашей системы конституциональных типов важную тему.

Я сказал вначале своей статьи, что наши типы конституции—не просто морфологические, а психофизические типы. Мне остается поэтому в самых общих чертах нарисовать *психоконституцию* каждого из различаемых нами конституциональных типов.

Астенички дают нам картину психических состояний, в которых стыдливость, боязливость, психинверсия, внутренний раскол и слабость воли, апатия и депрессия являются основными чертами, которые и характеризуют астеническую психику, как целое. Эти психические особенности астеничек предрасполагают их к душевным болезням, чем и объясняется сравнительно-высокий процент душевнобольных среди астеничек. У стенопластичек астенические черты психики или совсем отсутствуют, или только намечены, и стенопластички, отличаясь сильной энергией ума и воли, очень часто выдвигаются, как наиболее одаренные среди женщин. Мезопластичка—прилежная, увлекающаяся всякого рода физическим (реже умственным) трудом женщина. Она очень склонна к семейной жизни и нигде не чувствует себя так хорошо, как в кругу своих детей. Смотря по темпераменту и привычкам жизни, она или более общительна, или погружена вся в себя и свою работу. Одним словом, мезопластичка—это *рабочий тип женщины*. Мезопластичка все работает да работает, пока не достигнет глубокой старости, когда она ухаживает за своими внучатами, как когда-то ухаживала за своими собственными детьми.

Пикнички отличаются особенной нежностью чувств, высокою степенью пассивности с результирующей отсюда покорностью, средней интеллектуальной одаренностью и склонностями, предначертанными женщине природой. Любовь, в частности материнская любовь, играет в жизни пикнички преобладающую роль, и, если пикничка сублимирует любовь, направляя избыток своих психических сил на усовершенствование в искусстве и науках, то она достигает нередко в этих областях высокой степени совершенства.

Атлетички в собственном смысле отличаются мужскими чертами психики и характера; субатлетички психически близко стоят к стенопла-

стичкам; европластички отличаются известного рода неповоротливостью, тяжестью, неуклюжестью как в движениях, так и в аффективных своих проявлениях.—черты, когорые, чтобы подчеркнуть атлетическую их природу, лучше всего было-бы охарактеризовать, как „слоновую природу“ (Elephantennatur) европластички. Эта слововая неповоротливость психики европластички находит иногда свое выражение в непоколебимом упорстве, затрудняющем врачу лечебную его работу, если она состоит в том, чтобы заставить больную расстаться с некоторыми вредными для ее здоровья привычками. В общем эти европластички хорошо сживаются со средой, так как они общительны и дают мало поводов к трениям и жалобам. Выражение Heine: „Он был толстяк, следовательно хороший человек“ находит вполне свое применение к европластическим женщинам,—европластички представляют собой тип того, что в женском смысле понимается под „хорошей женщиной“.

Вот самое существенное, что я могу сказать о психо-физических конституциональных типах моей системы конституции. Для первого ознакомления я считаю данное мною здесь описание конституциональных типов вполне достаточным. У кого имеется желание более детально познакомиться с моей системой конституциональных типов женщины, того отсылаем к уже цитированным выше статьям в Archiv für Frauenkunde, где имеется, между прочим, ряд фотографий, иллюстрирующих каждый из наших конституциональных типов.

В Ы В О Д Ы.

1. Система конституциональных типов Kretschmer'a недостаточна, и применение ее на практике ведет к весьма сомнительным результатам. Наличие в этой системе неограниченного числа т. н. смешанных форм, на которых, при отсутствии их общепризнанных признаков, лежит печать крайней субъективности авторов, в особенности же наличие загадочных нерубрифицируемых случаев, число которых доходит до 23 на сто, делает эту систему совершенно неприменимой на практике.

2. Предлагаемая новая система конституциональных типов, состоящая из 3 групп с семью подвидами, исключает совершенно недопустимый субъективизм Kretschmer'овской системы. Давая точную психо-физическую картину каждого конституционального типа, она позволяет распределить всех встречающихся нормальных индивидов по различаемым ею типам, исключая произвол, неизбежный при применении системы Kretschmer'a. В этом главная заслуга новой системы конституциональных типов, которую мы, в отличие от Kretschmer'овской, определяем, как *естественную систему конституциональных типов*, ибо в этой системе мы можем легко доказать эволюцию одних типов от других, стоящих ниже по лестнице конституциональных типов, в смысле их переходов от астенического типа к атлетическому. Естественность нашей системы лучше всего говорит за высокое ее научное значение,—основное качество, которого мы имеем право требовать от системы конституциональных типов, претендующей на научное применение. В наличии этого качества в нашей системе мы видим оправдание нашей попытки ввести ее в употребление при изучении конституции человека.

К вопросу о лечении экземы внутривенными вливаниями бромистого натра.

А. С. Зенина.

В 1918 г. покойный проф. А. И. Лебедев применил лечение некоторых кожных заболеваний внутривенными вливаниями бромистого натра и получил прекрасные результаты: экземы, не поддававшиеся лечению, и годами мучившие больных, крапивница, герпетиформный дерматит, эксудативная эритема—в довольно продолжительное время излечивались исключительно этим средством. Во многих случаях больные избавлялись этим путем от упорных и неприятных рецидивов указанных дерматозов. Хотя лечение солями брома и другими *peruvia per os* кожных болезней, особенно острых экзем, имеет очень давнюю историю, но такого эффективного результата не приходилось отмечать ни одному автору. Заметим еще, что проф. Л. употреблял на каждое вливание по 10 куб. с. 10% раствора бромистого натра в физиологическом растворе, причем никаких побочных явлений, кроме некоторой сонливости, не отмечал.

Естественно, что этот метод лечения кожных заболеваний, в основе или патогенезе которых расстройства со стороны нервной системы играют доминирующую роль, нашел себе отклик как в иностранной, так и в русской литературе.

А. М. Б о б о в и ч, применив внутривенные вливания бромистого натра при чешуйчатом лишае и экземах, получала весьма хорошие результаты при этих последних, добившись их излечения. Напротив, ее попытки получить такие же результаты при чешуйчатом лишае не увенчались успехом.

Не менее эффективные результаты от лечения по методу проф. Лебедева получил у 25 больных И. А. М а т у с и с (Одесса). В случаях острых экзем (15) он наблюдал полное выздоровление от 3—4 вливаний бромистого натра, а в одном случае даже от одного! Подострые экземы (6 случаев) дали аналогичные результаты от 4—5 вливаний. Наконец, у 4 больных с *pityriasis rosea Gilbert'a* он получил прекрасные результаты от 3—4 вливаний.

А. А. Х р ш а н о в с к и й (Ленинград), применив бромистые вливания в 27 случаях экземы, только в 2 случаях получил совсем благоприятные результаты. Но, в противоположность предыдущему автору, ему приходилось делать для полного излечения экземы до 12 вливаний бромистого натра.

Н ü b s c h m a n n (Прага) испытал лечение экземы по методу проф. Лебедева бромистыми препаратами, приготовленными в растворе *ne ex tempore*, а заранее пражской фирмой *Pragochimia*, и остался доволен этим способом лечения.

Б. Н. Тониян (Ростов н/Д), проводя лечение кожного зуда, острой и хронической экзем, крапивницы, невродермита и аспе rosacea внутривенными введениями концентрированного раствора бромистого натрия (10—15—20%) в дистиллированной воде, получил тоже ободряющие результаты. На основании своих наблюдений он пришел к заключению, что вливания брома оказывают благотворное действие на кожные поражения, находящиеся в связи с первичным заболеванием нервной системы, оказываясь безуспешными там, где причиной болезни является страдание внутренних органов, рефлекторно раздражающих нервную систему. Здесь нужно отметить, что в прениях по докладу д-ра Тонияна в Донском Дерматологическом О-ве д-р Кожевников отметил, что у нескольких больных, леченных докладчиком, он наблюдал рецидивы.

Рецидивы отмечает в своих наблюдениях и С. Wolff (Альтона), который испытал внутривенные вливания бромистого натрия (10% раствор в физиологическом растворе) при себорройной экземе, экземе рук и крапивнице.

Д-р Л. Л. Каминский, из клиники проф. П. С. Григорьева, в своем докладе в Сиф.-Дерматологическом О-ве о лечении некоторых кожных заболеваний, в том числе экзем, внутривенными вливаниями бромистого натрия в дистиллированной воде, отметил, что он не получил таких прекрасных результатов, какие имели вышеуказанные авторы. Далеко не во всех случаях леченных им острых экзем, где этиологическим фактором можно было считать первичное заболевание нервной системы, он получил благоприятные результаты. Что же касается хронических экзем, то он не наблюдал ни в одном случае полного излечения от внутривенных вливаний бромистого натрия.

С октября 1925 г. мы во 2 Саратовской Сов. больнице приступили тоже к лечению дерматозов, главным образом экзем, внутривенными вливаниями бромистого натрия и склонны в своей работе по отношению к части случаев острых и хронических экзем в общем присоединиться к данным, полученным Саратовской Дерматологической клиникой.

Всего подверглось у нас лечению 40 человек, из них с острой экземой 20, с хронической—12, с чешуйчатым лишаем—3, с кожным зудом—4 и с крапивницей—1.

Мы применяли свежеприготовленный на стерильной дистиллированной воде 15% раствор бромистого натрия. Вливания делались ежедневно в локтевую вену то правой, то левой руки. В первый день вводилось 5 куб. см. раствора или 0,75 бромистого натрия, во второй—8 куб. см. раствора—1,2 бромистого натрия, в третий и последующие дни—по 10 куб. см., т. е. по 1,5 бромистого натрия. Последний мы растворяли в дистиллированной воде, а не в физиологическом растворе, как это делал проф. Лебедев, из тех соображений, чтобы исключить влияние второго компонента, а оставить в силе только действие бромистой соли.

Всего нами было сделано свыше 500 вливаний, причем ни в одном случае мы не заметили каких-либо неприятных побочных явлений: ни воспаления стенок вен, ни болезненности по ходу их, ни повышения температуры, ни явлений бромизма. Сонливость после вливаний мы наблюдали почти во всех случаях. Вливания больными переносились хорошо, и они охотно и аккуратно посещали амбулаторию. Попадание раствора бромистого натрия под кожу вызывало резкую болезненность, но она бесследно исчезала через 2—5 минут под влиянием холодных компрессов.

Все больные, леченные нами, подбирались с таким расчетом, чтобы в этиологии их кожных заболеваний наблюдалось, главным образом, расстройство со стороны нервной системы при отсутствии каких-либо отклонений от нормы со стороны внутренних органов. 75% наших больных составляли женщины, и только 25% было мужчин. Во время лечения бромистым натром местно применялись индифферентные мази и примочки.

Перейдем теперь к частному рассмотрению действия вливаний на бывшие под нашим наблюдением группы кожных заболеваний.

I. Острая экзема—20 случаев.

Во всех этих случаях мы получили довольно быстрый терапевтический эффект,—болезненный процесс купировался уже после 3—4 вливаний, причем зуд прекращался, воспаление и эксудация исчезали. По окончании лечения, т. е. после 6—16 вливаний, мы убедительно просили больных периодически являться к нам, чтобы видеть, не будет ли рецидива. В 4 случаях мы имели таковые через 3—4 месяца, причем по силе они не превышали тех, с которыми больные появлялись к нам в первый раз. В 6 случаях рецидивов не было до 10 ноября 1926 г. Наконец, в 9 случаях последующее состояние здоровья больных осталось для нас неизвестным.

В одном случае мы, несмотря на 16 ежедневных вливаний бромистого натра, стойкого излечения не получили, и процесс всыхнул через 10 дней с ещё большей силой, заняв большую поверхность кожи, чем прежде.

Приведу несколько кратких историй болезни.

1. Б-ой Ш., 16 л., крестьянин, болен 3 недели мокнущей экземой локтевых сгибов. Сильный зуд. Лечение начато 27/X 1925 г. Зуд исчез после 2 вливаний, воспалительные явления с эксудацией исчезли после 4 вливаний. Полное излечение после 6 вливаний. Рецидива нет до сих пор.

2. Б-я Х., крестьянка, 17 л. Острая мокнущая экзема лба, щек, ушей и боковых частей шеи. Болея 2 недели. Зуд. Лечение начато 27/X 1925 г. После 2 вливаний уменьшение зуда, после 5—исчезновение воспалительных явлений с эксудацией. Полное излечение после 8 вливаний. Рецидива до сего времени нет.

3. Б-я Н., 45 л., больна 1 месяц. Острая мокнущая экзема кожи в области epigastrii. Сильный зуд. Лечение начато 12/XI 1925 г. После 5 вливаний зуд исчез, мокнутие незначительное. Полное излечение после 16 вливаний. Рецидива до настоящего времени нет.

4. Б-й Ш., 25 л., болен 2 недели. Острая мокнущая экзема мошонки и кожи penis'a. Нестерпимый зуд. Лечение начато 28/XI 1925 г. Зуд и воспалительные явления уменьшились от 4 вливаний. Полное излечение после 12 вливаний.

Считаю нелишним привести еще две краткие истории болезни случаев, где мы наблюдали рецидивы болезненных изменений кожи.

1. Б-я М., 40 л., больна 1 месяц острой мокнущей экземой обоих предплечий и лица. Зуд. Лечение начато 19/XII 1925 г. Зуд ослабел после 4 вливаний, воспалительные явления исчезли после 9 вливаний. Клиническое излечение после 18 вливаний. Через 3 месяца рецидив с поражением тех же областей и с той же силой. Приступлено к аутогемотерапии.

2. Б-й Ш., 50 л., болен 3 недели. Острая мокнущая экзема кожи левой голени. Сильный зуд. Зуд и воспалительные явления с эксудацией значительно уменьшились после 6 вливаний. Рецидив с той же силой и на том же участке кожи. Приступлено к аутогемотерапии.

II. Хроническая экзема—12 случаев.

Все случаи экзем были в стадии обострения. Вливаниями бромистого натра нам удалось лишь ослабить несколько субъективные ощущения и уменьшить воспалительные явления. Количество вливаний колебалось от 20 до 30. Все больные направлены на лечение лучами Röntgen'a.

1. Б-я Х., больна 2 года. Обострившаяся экзема на обеих голених. Сделано 25 вливаний. Мокнутие приостановлено. Зуд слабый. Направлена для лечения х-лучами.

2. Б-й К., болен 5 лет. Обострившаяся экзема кожи обоих предплечий и тыльной стороны обеих кистей рук. Зуд, мокнутие. Зуд и явления воспаления уменьшились от 7 вливаний; после 20 вливаний явления зуда незначительны, мокнутие приостановлено, инфильтрат несколько ослаблен. Сделано еще 5 вливаний. Но процесс остался без изменения. Больной направлен для лечения лучами Röntgen'a.

III. Чешуйчатый лишай — 3 случая.

Все больные с чешуйчатым лишаем имели поражения в стационарном стадию; давность заболевания 1—3 года. В каждом отдельном случае было сделано до 10 вливаний бромистого натра, но безуспешно: не только излечения, но даже улучшения в этих случаях мы не наблюдали.

IV. Кожный зуд — 4 случая.

Стойкого исчезновения зуда мы ни в одном случае не получили. Правда, мучительный зуд, существовавший в течение многих лет, успокаивался после нескольких вливаний, больные начинали чувствовать себя хорошо, выглядели бодрее, но достаточно было пройти 7 дням в одном случае (больному вливания возобновлялись нами еще два раза) и 1—2 месяцам — в других, как зуд вновь появлялся и с той же силой. Число вливаний было 7—10, в одном случае 24. Краткую историю болезни одного больного с кожным зудом я позволю себе привести.

Б-й Д., 24 л. Сильный зуд в течение 4 лет, высыпных элементов нет. Сон плохой, общее состояние неудовлетворительное, нервен. После 5 вливаний зуд уменьшился, больной сделался спокойнее, сон хороший. После 8 вливаний зуд исчез. Больной отпущен. Через 7 дней — вновь зуд по всему телу. Сделано 10 вливаний, и зуд исчез. Через 2 недели рецидив. Сделано еще 6 вливаний, зуд опять исчез. Судьба б-го в дальнейшем неизвестна, так как он уехал из Саратова.

V. Крапивница — 2 случая.

В обоих этих случаях мы имели хроническую, упорно рецидивирующую крапивницу (в одном случае давность заболевания — 4 года, в другом — 5 лет), при лечении которой вливаниями бромистого натра мы получили хороший эффект. Волдыри в обоих случаях держались 2—4 недели, а рецидивы повторялись 3—4 раза в год. Во время появления сыпи был очень сильный зуд, сон беспокойный. Состояние обоих больных подавленное. После 10 вливаний элементы сыпи и зуд исчезли.

Таким образом, подводя итоги нашим наблюдениям, можно сказать, что внутривенные введения бромистого натра не вызывают у больных побочных явлений и в случаях острой экземы и кожного зуда оказывают терапевтический эффект, но не предохраняют от рецидива. Что касается хронической экземы и чешуйчатого лишая, то этот метод лечения не дает здесь желательных результатов.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Лебедев А. И. Туркест. Мед. Журн., 1922, № 4.—2) Бобович А. М. Русск. В. Дерм., 1924, № 3.—3) Хршановский А. А. Русск. В. Дерм., 1925, № 5.—4) Матусис П. А. Там же.—5) Тонян Б. Н. Там же, 1925, № 7.—6) Wollff. Реф. Дерм. и Венер., 1925, № 5.—7) Hübschmann. D. W., 1925, № 24.

Реакция Маноилова в свете современной критики ¹⁾.

Пр.-доцента А. Д. Гусева.

В 1923 году Маноилов сообщил об открытой им химической реакции, при помощи которой можно отличить кровь мушвы от женской. Вполне понятен тот глубокий интерес, который был вызван этим сообщением. За последние годы целый ряд работ был посвящен реакции Маноилова, но только в самое последнее время, когда несколько улеглось увлечение этой пробой, химизм реакции до известной степени выяснился.

Маноилов предложил три модификации своей реакции, но предпочтение, по его словам, должно быть отдано последнему, третьему видоизменению, как дающему наиболее верные результаты. Реактив, применяемый для этой модификации, состоит из пяти отдельных растворов, постепенно прибавляемых к эмульсии крови, или к раствору сыворотки, приготовленным по определенному стандарту.

Автор приготавливал эмульсию крови из сгустка, разбалтывая его в 4—5 объемах физиологического раствора NaCl до получения полупрозрачной смеси, из которой и делал дальнейшие разведения, приблизительно до цвета 50% раствора гемоглобина. К 2—3 куб. сант. полученной эмульсии прибавляется, в порядке постепенности, 10 капель 1% водного раствора папайотина Мерск'a, 2—3 капли 10% спиртового раствора дали (Grübler), 10 капель 1% водного раствора $KMnO_4$, 3 капли 40% раствора HCl и 5 капель 2% раствора тиозинамина. Если была взята эмульсия женской крови, то смесь остается окрашенной в лилово-коричневый цвет, если же кровь была мужская, то смесь обесцвечивается.

Маноилов получил в результате исследования крови 3000 людей 88,6%, а с применением корректуры—96% верных ответов. Таким образом в руках автора реакция эта давала настолько ясные указания, что он не мог сомневаться в полной пригодности ее для практических целей. Даже полученные автором ошибки еще более утверждали его в таком мнении; так, напр., в первом ряде своих опытов с кровью коров Маноилов в большом % получил мужскую реакцию, причем оказалось, что все давшие мужского типа реакцию коровы были стельны, и плод у всех был бычек.

Первым, проверившим методику Маноилова, был Егоров. В результате своих исследований он пришел к выводу, что реакция

¹⁾ Доложено в заседании Физиологической Секции О-ва Врачей при Казанском У-те 2/III 1927 г.

Маноилова неточна, дает только около 62% правильных ответов и поэтому непригодна для практических целей. Но Егоров нестрого придерживался правил Маноилова,—при его опытах отсутствовала стандартизация реактивов и эмульсии, и вместо папайотина он применял пенисин. Все это, вместе с небольшим числом опытов Егорова, было поставлено ему в вину, и его критическое отношение к пробе совершенно затерялось в ряде отзывов других авторов, получивших вполне удовлетворительные результаты с реакцией Маноилова.

Сюда следует отнести проверку реакции Маноилова, произведенную Исаевой, Щегловой, Гуревич, Поповым, Лифшиц, Соловцовой—с кровью, и работы S. Jatin'ой, а также Грюнберг, с растениями. Все эти исследователи были вполне удовлетворены полученными результатами; в то же время они пытались научно обосновать реакцию Маноилова.

Прежде всего у них возник вопрос о связи реакции с половыми гормонами, оказывающими столь сильное влияние на весь организм животного. Маноилов сам сделал предположение, что результаты его реакции зависят от этих гормонов. Клинические наблюдения, а затем и ряд опытов, казалось, вполне подтверждали это предположение. Так, реакция Маноилова (которая в дальнейшем везде будет обозначаться нами, для сокращения, буквами RM) получается наиболее типичной с кровью нормальных людей в расцвете сил, у стариков же и детей она нетипична.

Особенно интересны в этом отношении наблюдения д-ра Феокритовой, получившей целую гамму цветов при RM с кровью 180 детей в возрасте от 9 до 15 лет. Феокритова отметила, что вполне типичная RM получается у нормально развитых детей старшего возраста, из чего она и сделала вывод, что RM зависит от количества гормонов в крови, и ею можно пользоваться для установления степени сексуального развития ребенка.

С другой стороны Попов у глубоких стариков всегда получал нетипичную RM, из чего, а также на основании своих опытов над кастрированными кроликами и кроликами с пересаженными половыми железами, он тоже пришел к заключению, что RM находится в связи с продукцией половых гормонов.

Такая же связь обнаружилась и в опытах Опеля. У него 6 кастрированных самцов стали давать или нетипичную мужскую, или женскую RM. При пересадке же яичек старым, а также кастрированным самцам, у них вновь стала получаться типичная RM, а у двух кастрированных самок—нетипичная мужская реакция после пересадки яичек превратилась в типично-мужскую.

Вполне согласовались с этим и результаты наблюдений д-ра Орлова над 4 гомосексуалистами, кровь которых давала ему обратного типа RM, в чем Орлов видел проявление нарушения половых факторов. Но Орлов отмечает, что RM не является только отражением деятельности половых желез, а указывает еще на какие-то глубокие биохимические явления. В параллель с этим надо отметить, что и Попов, кроме влияния на RM половых гормонов, указал на связь ее с окислительными процессами организма, менее интенсивными у стариков и женщин. Такую связь Попову удалось подтвердить исследованием крови

133 терапевтических больных,—у больных мужчин при понижении окислительных процессов RM получалась женского типа, а у лихорадящих женщин—мужского типа.

Особенно горячей сторонницей гипотезы о непосредственной связи RM с половыми гормонами является д-р Соловцова. При своих опытах Соловцова подметила, что RM изменяется под влиянием K и Ca как *in vivo*, так и *in vitro*, что она объясняет двухфазным действием гормонов под влиянием электролитов. Далее, Соловцова указывает, что RM изменяется под влиянием специфических гормонов в зависимости от количественных отношений,—она получается только с кровью, плацентой и слабо с мочей, но не получается с вытяжками из органов и мышц (?), в которых, по Loeuwe, нет половых гормонов. Белок, по мнению Соловцовой, только активизирует действие гормона.

Выводы Соловцовой как будто-бы несколько противоречат сущности RM. Если связь последней с половыми гормонами находит некоторое подтверждение в опытах с животными и растениями, то отчего же может зависеть получение ее с кристаллами неорганических тел, в которых безусловно нет гормонов? Между тем автор реакции и с кристаллами получил типичную реакцию, именно, он нашел, что вещества, кристаллизующиеся в формах куба и декаэдра, дают мужскую RM, кристаллы же ромбической формы—женскую. Такое явление явно противоречит заключению о непосредственной связи RM с гормонами.

С другой стороны наблюдения Маноилова и Грюнберг показали, что RM получается только с неподогретыми эмульсиями крови или вытяжками из растений. В опытах Грюнберг нагревание вытяжек до 60°, продолжительное хранение их, действие на них CaF_2 и сернистого ангидрида—нарушало ход реакции: мужская вытяжка не обесцвечивалась, и реакция была одинаковой с вытяжками обоих полов. Эти данные как будто-бы подтверждают возможность связи RM с половыми гормонами.

В общем гипотеза о такой связи RM с половыми гормонами была принята большинством авторов, почему RM и была выдвинута в качестве реакции, определяющей нормальное состояние половых желез. Так, напр., проф. Брейтман указывает, что она служит ценным подспорьем для диагностики инкреторной недостаточности половых желез.

Если вполне согласиться с мнением Соловцовой, что RM исключительно связана с половыми гормонами и изменяется в зависимости от количественных отношений гормонов, циркулирующих в крови, то становится непонятным, почему мужская кровь, взятая в концентрации, предлагаемой Маноиловым, дает мужскую реакцию, а если ту же кровь взять в несколько большей концентрации, то получается негипичная реакция, несмотря на то, что количество гормона, вступающего в реакцию, в последнем случае будет большим. Оппель, исходя из этого факта, делает определенный вывод, что RM не есть реакция на половой гормон.

Как мы уже упоминали, первоначальное увлечение RM в последнее время сменилось более критическим отношением к ней, и, вместе с этим, начались попытки выяснения химической стороны реакции. Результаты этих попыток особенно интересны, ибо они более выясняют сущность RM, чем теория связи ее с половыми гормонами.

Особенно детальной критике подверглась RM на II Всесоюзном Съезде Физиологов, бывшем в 1926 г. Галвяло, Владимиров, Виноградов и Опфель в своих опытах определяли роль всех в отдельности составных частей RM. При этом названные авторы, считая капельный метод слишком неточным, перешли к несколько видоизмененной методике Попова с определением объемных отношений составных элементов реакции.

В то время, как Маноилов придает большое значение папайотину, расщепляющему белковую молекулу, названные авторы своими опытами доказали, далее, что такое расщепляющее действие папайотин производит только при t° от 80 до 90°, а при температурных условиях RM переваривающее действие его столь незначительно, что он не может оказать существенного влияния на исход реакции, и применение его не необходимо. Сущность реакции, по мнению авторов, заключается в том, что $KMnO_4$ в кислой среде быстро окисляет далию, которая при этом обесцвечивается. В присутствии веществ, которые окисляются легче, чем краска, небольшого количества $KMnO_4$ может не хватить на окисление далии, и исследуемая жидкость при этом не обесцветится. HCl необходима потому, что окисление происходит энергично только в кислой среде. Наконец, тиозинамин необходим потому, что он редуцирует образующуюся при реакции и выпадающую в виде темн-коричневого осадка перекись марганца.

Кроме того, авторы показали, что RM неспецифична и получается с целым рядом других веществ, способных легко окисляться $KMnO_4$. К таким веществам авторы относят белки, гемоглобин, фенол и его дериваты, причем главную роль в этом отношении играют некоторые группы веществ, именно, тирозин, триптофан, дериваты пиррола (пролин, оксипролин) и целый ряд других веществ.

Авторам удалось доказать и полную пропорциональность между концентрацией применяемого для исследования вещества и количеством $KMnO_4$, необходимым для обесцвечивания далии в условиях RM.

В заключение авторы приходят к выводу, что RM неспецифична, результаты ее изменяются в зависимости от концентрации исследуемого раствора и реактивов, и задержка обесцвечивания далии стоит в связи с преимущественным окислением тирозиновых, пиррольных и триптофановых групп белка. По мнению авторов такие вещества, которые входят в исследуемую жидкость в незначительном количестве (напр., аминокислоты и гормоны), не оказывают никакого влияния на исход RM.

К таким же выводам пришли Шмидт и Перевозская. Они указывают, что RM не может зависеть от действия половых гормонов, так как 1% раствор $KMnO_4$, применяемый для нее, является столь сильным окислителем, что под влиянием его гормоны мгновенно разрушаются, не успев проявить характерного для них действия. Шмидт и Перевозская указывают на исследования Callisto, пришедшего к заключению, что RM неприменима для определения пола даже при самом строгом соблюдении методики Маноилова и употреблении химически-чистых реактивов. Между прочим Callisto при исследовании цельной крови морской свинки получил RM женского типа, а при исследовании одной только плазмы крови той же свинки — мужского типа. Этот факт Callisto объясняет, конечно, не наличием мужского гормона

в сыворотке и женского—в цельной крови, а тем, что цельная кровь богаче органическими веществами.

Шмидт и Перевозская получили правильные результаты при RM только в пределах от 50 до 60%. Они поставили ряд опытов с разными разведениями сыворотки и эмульсии крови барана и овцы, причем оказалось, что в зависимости от степени разведения, т. е. от количества белков, как у овцы, так и у барана получалась то мужская, то женская RM. Затем авторы исследовали удельный вес сыворотки людей и кроликов и получили разницу его для мужского и женского пола. Так, удельный вес мужской сыворотки приблизительно равен 1,024—1,029, причем в большинстве мужские сыворотки имеют удельный вес 1,025—1,027; удельный же вес женских сывороток колеблется в пределах от 1,025 до 1,031, причем большая часть этих сывороток имеет удельный вес 1,028—1,029. Параллельно с колебаниями удельного веса идет и различие в количестве белков сыворотки, причем в женской крови их на 8,5% больше, чем в мужской, в чем авторы и видят причину различного исхода RM.

Приблизительно к таким же результатам пришли Alstersberg и Hakansson. Они проверили RM на большом количестве материала, взятого как от животных, так и от растений, и пришли к совершенно неутешительным выводам. Механизм реакции они освещают совершенно так же, как и Галвяло, Владимиров и др., причем тоже отмечают, что папайотин не играет той роли, которую приписывает ему Маноилов. Разбираемая реакция, по мнению авторов, есть количественная, а не качественная, зависит исключительно от способности органических тел редуцировать $KMnO_4$ и не находится ни в какой связи с половыми гормонами.

Реакция, далее, неспецифична и для органических веществ,—добавлением к смеси реактивов Маноилова 2% водного раствора Natriumbisulfita в разных количествах Alstersberg и Hakansson получили все оттенки реакции от бесцветного до густо-фиолетового. Колебания в количественных соотношениях реактивов совершенно изменяли, затем, ход реакции. Так, напр., увеличение числа капель дали превращало мужскую реакцию в женскую, а увеличение числа капель $KMnO_4$ —действовало обратным образом. На основании целого ряда опытов авторы, наконец, пришли к заключению, что RM не дает возможности определять пол животного.

Подобная же оценка была дана RM Schratz'em. Папайотин, по его мнению, играет совершенно ту же роль, что и белки крови и никакого расщепляющего действия не производит. Между прочим, Schratz'y, путем введения в RM различного числа капель папайотина, удалось при отсутствии крови получить все переходные оттенки реакции от мужского до женского типа.

Определяя схему хода RM, Schratz производит расчет на единицы редукиции, причем считает, что введенное Маноиловым количество $KMnO_4$ способно окислить 50 единиц редукиции (другими словами—содержит в себе 50 окислительных единиц). В связи с этим Schratz указывает, что женская кровь содержит в объеме, применяющемся для RM, 45 RE (редукц. единиц), мужская—35 RE, а папайотин—10 RE. Из этой схемы ясно вытекает ход реакции,—если взять только женский

экстракт или кровь с их 45 RE и добавить 50 OE (окислительных единиц) KMnO_4 , то оказывается избыток окислителя, и происходит обесцвечивание далии. Если, далее, к женскому экстракту добавить папайотин с имеющимися у него 10 RE, то 50 единиц KMnO_4 окажется недостаточно для окисления получившихся в смеси 55 RE, и смесь останется окрашенной. Мужской экстракт вместе с папайотином имеет только 45 RE, т. е. такое количество, которое заключается в одном женском экстракте без папайотина, почему далия и здесь будет обесцвечена.

На основании своих опытов Schratz заключает, что RM не должна применяться для установления пола, имеет только сравнительное значение, а все, сделанные ранее, выводы, относящиеся к этой реакции, должны подвергнуться тщательной проверке.

Итак более точные испытания RM лишили ее того значения, которое придавали ей Маноилов и его сторонники. RM не есть реакция на пол, а только реакция на количество белка. Опыты, поставленные в нашей лаборатории, дали результаты, совершенно совпадающие с этими выводами. Нами была исследована кровь 9 мужчин и 7 женщин, причем RM ставилась с кровью каждого субъекта в среднем не менее 5 раз.

Реактивы были сначала приготовлены нами точно по указаниям Маноилова, только папайотин был фабрики Gehe, а не Grübler'a, но затем пришлось несколько видоизменить концентрацию растворов.

Разведения крови готовились сначала по указаниям Маноилова таким образом, что сгусток крови взбалтывался и размешивался стеклянной палочкой в 4—5-кратном объеме физиологического раствора NaCl , а затем полученная эмульсия вновь разбавлялась физиологическим раствором до получения цвета 50% раствора гемоглобина, причем % гемоглобина определялся с помощью гемоглобинометра Ehrlich-Tälquist'a. Такое разведение крови, независимо от пола, всегда давало нам RM женского типа, почему в дальнейшем насыщенность растворов крови определялась нами, согласно указаниям Маноилова, по определенным стандартам мужской и женской крови. Стандарт мужской крови имел несколько более бледную окраску, чем стандарт женской крови, что получилось и у Маноилова, и что он считает вполне естественным. С такими разведениями, приготовленными по стандартам, нам удалось получить реакции типичные как для мужчин так и для женщин.

Точно также нам пришлось опытным путем в дальнейшем определить и число капель реактивов. Наиболее отчетливые результаты получались при применении реактивов в следующих отношениях: папайотина 10 gtt, далии—5 gtt, KMnO_4 —7 gtt, HCl —9 gtt и тиозинамина—10 gtt. При применении 40% HCl (как это рекомендует Маноилов) всегда получалась, даже и с женской кровью, реакция мужского типа, почему пришлось вместо 40% HCl применять 5% (по весу) раствор кислоты, как это указано в работе Галвяло и др.

При этих условиях, если эмульсия крови бралась в количестве 3 куб. сант., RM всегда давала точные указания, но при изменении концентрации эмульсии крови результаты реакции тоже менялись, и из одной и той же крови удавалось получать все цветовые оттенки от типично-мужской до типично-женской RM.

Изменение числа капель далии тоже значительно влияло на исход реакции, а именно, при увеличении числа капель этой краски получалась женского типа RM и с мужской кровью.

Изменение числа капель $KMnO_4$ действовало обратным образом. Реакция без папайотина шла обычным порядком.

Кроме исследования свежей крови, нами была поставлена РМ и с хранившейся 14 лет сухой кровью коровы, а также с кристаллическим гемоглобином. С обоими этими веществами в крепких растворах (насыщенные растворы, разведенные равным количеством физиологического раствора $NaCl$) была получена РМ женского типа, при постепенном же разведении растворов окраска смеси делалась все более и более бледной, и, наконец, получался мужской тип реакции (приблизительно при разведении насыщенного раствора гемоглобина в 6 раз).

Два последних опыта с несомненностью показывают, что РМ не находится в связи с половым гормоном, так как нельзя предполагать существования такового в кристаллическом гемоглобине или в очень старой крови.

Таким образом и наши опыты приводят к тем же заключениям, — что РМ есть реакция количественная, а не качественная. Параллельно с изменением количества редуцирующих веществ она меняет свой характер, а так как в объектах судебно-медицинских исследований эти вещества находятся в неопределенных количествах, в зависимости как от времени хранения крови, так и от различных внешних влияний, то отсюда естественно вытекает сомнение в пригодности РМ для судебно-медицинских целей. Сомнение это должно еще более усиливаться, если принять во внимание указания Кузнецова, что кровь, взятая у одного и того же животного, но из разных частей тела, дает различный тип РМ.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Маноилов. Врач. Газ., 1923, №№ 15, 21, 22.—2) Егоров. Ibid., № 24.—3) Исаева. Ibid., 1924, № 14.—4) Щеглова. Ibid., № 5.—5) Гуревич. Ibid., 1923, №№ 15, 22; 1924, № 1.—6) Попов. Совр. Хир., 1924.—7) Он же. Журн. для усоверш. врачей, 1926, № 1.—8) Лифшиц. Врач. Газ., 1925, №№ 15—16.—9) Она же. Журн. для усоверш. врачей, 1926, № 1.—10) Соловцова. Реакция Маноилова, ее биологическое значение и перспективы. Ленинград, 1927.—11) S. Jatina. Цит. по Соловцовой.—12) Грюнберг. Врач. Газ., 1924, № 5.—13) Феокритова. Цит. по Соловцовой.—14) Орлов. Цит. по Соловцовой.—15) Брейтман. Болезни органов внутренней секреции, 1926.—16) Оппель. Эндокринологические хирургические наблюдения, 1926.—17) Galwjaló, Wladimirow, Winogradow und Ooppel. Biochem. Zeitsch., Bd. 176, H. $\frac{1}{3}$.—18) Schmidt und Perewosskaja. Ibid., Bd. 176, H. $\frac{1}{3}$.—19) Alstersberg und Hakansson. Ibid., Bd. 176, H. $\frac{4}{6}$.—20) Труды II Всесоюзного Съезда Физиологов. Ленинград, 1926.

О содержании иода в воде Ижевского минерального источника.

Ассистента **З. Н. Блюмштейна.**

(Предварительное сообщение ¹⁾)

За последние 3—4 года, после долгого перерыва, вновь начал широко ventilироваться в литературе т. н. „иодный вопрос“—вопрос о распространенности иода в природе и его биологических влияниях в минимальнейших количествах, измеряемых миллионными долями грамма (γ).

В качестве примеров, иллюстрирующих значение таких количеств иода, укажем 1) на общезвестный факт искусственного иодирования поваренной соли в местностях, пораженных зобом, в целях его профилактики, 2) на факт, установленный E. Mauger'ом и St. Diez'ом (Biochem. Zeitschr., Bd. 178, N $\frac{1}{3}$), что содержание иода как в молоке только что отелившихся коров, так и в молоке только что родивших женщин, проявляет одинаковую тенденцию к падению в первые часы лактации, начиная же со вторых суток, устанавливается почти одинаковым у тех и у других (около 3 γ на 100 ч.), тогда как содержание солей Са и Р в молоке коров почти вчетверо превышает таковое же у женщин.

Занимаясь исследованиями в области изучения биогенных свойств иода, мы, между прочим, произвели ряд анализов воды Ижевского минерального источника и получали при этом такие результаты, которые считаем нелишним опубликовать.

Исследование минимальных количеств иода производилось нами по микроколориметрическому способу, предложенному M. T. Lesso (в 1896 г.) и детально разработанному Th. v. Fellenberg'ом (в 1923 г.). В основе своей методика эта состоит в связывании всего J, независимо от его состояния (свободный J, иодид, иодат, вод-органическое соединение), углекислой щелочью и переводе его в иодид (KJ), который, при действии на него азотисто-кислого калия вместе с серной кислотой выделяет свободный иод, окрашивающий хлороформ в красно-фиолетовый цвет. Имея раствор KJ определенной концентрации, так же разлагая его и освобождая иод, мы, путем сравнения окраски одинаковых объемов хлороформа в испытуемом и титрованном растворах, устанавливаем количество освобожденного иода. Точность этого способа—громадна (десятые доли γ), но при условии, конечно, весьма тщательной установки.

Ниже мы приводим результаты наших анализов Ижевской минеральной воды, сопоставляя с ними, для сравнения, произведенные нами

¹⁾ Доложено в Физиологической Секции Общества Врачей при Казанском Университете 18, IV 1927 г.

определения иода в воде р. Казанки и Казанского Городского водопровода (питание из ключей):

- | | | |
|--|---|-------|
| 1) Средний результат анализа воды Ижевского минерального источника розлива 1925—1926 г.г., доставленной в Лабораторию Татмедторгом | Содержание J, в $\gamma\gamma$, в 1 литре. | 58,67 |
|--|---|-------|

Примечание. Колебания отдельных анализов отмечаются в пределах от 56,2 γ до 61,2 γ J в литре.

- | | | |
|---|--|------|
| 2) Купленная в аптеке № 8 Ижевская вода. | | 61,2 |
| 3) Ижевская вода очень старого розлива (до революции), сохранившаяся на складе Татмедторга. | | 61,8 |
| 4) Тоже розлива 1924 г. | | 55,5 |
| 5) Вода р. Казанки (проба взята 6/IV тек. г. до смешения в весенними водами). . . . | | 2,28 |
| 6) Водопроводная вода г. Казани (проба взята 25/III тек. г.). | | 0,8. |

Почти одинаковые количества иода в Ижевской воде разных лет розлива, конечно, исключают случайность, а равно и возможность случайного подбирания при газировании воды, абсолютное же количество иода, несомненно, безразлично в бальнеотерапевтическом отношении.

На этикетках бутылок с Ижевской водой перечислены многие западно-европейские источники, которые она яко-бы заменяет. Со своей стороны отметим, что в водах этих источников, как Contrexeville, Vichy, Marienbad, Vittel,—совершенно нет иода, Racoszy содержит следы его, Fachingen—9 γ на 1 литр, из 5 источников группы Vildungen только в 2 (Georg-Victor-Quelle и Königsquelle) найдены следы иода, источник же Baden-bei-Zürich,—совершенно, собственно говоря, несравнимый с Ижевским источником, как имеющий t° 48°—49° C.,—содержит всего 14 γ J в литре, а Baden-Baden совершенно не содержит иода.

С другой стороны своеобразный минеральный состав Ижевского источника, не позволяющий отнести его к тому или иному классу известных минеральных вод (солянощелочная вода плюс сульфаты щелочных земель),—а, следовательно, и говорить о замене их,—и зависящий, конечно, от геологического происхождения, выдвигает, естественно, необходимость самого широкого и всестороннего изучения Ижевской воды и самого Ижевского источника, от чего можно ожидать весьма ценных практических результатов.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

О предоперационной подготовке больного¹⁾.

Ассистента Фак. Хирургической клиники Казанского Университета
д-ра мед. **С. А. Флерова.**

Жизнь подвергающегося операции больного зависит от интенсивности болезненного начала, степени сопротивляемости организма, предоперационной подготовки, оперативного вмешательства и послеоперационного ухода.

Все члены этой пятерки, может быть, одинаково важны, но, во всяком случае, неодинаково разработаны, и всего менее разработано учение о предоперационной подготовке. Здесь, кроме удовлетворительно изученной подготовки покровов операционного поля, все остальное еще до того неясно, что даже не приняло характера систематического учения,—вопросы этого рода затрагиваются лишь в отдельных работах, разбросанных и тонущих в общей массе хирургической литературы.

В результате—в жизни этот вопрос разрешается чисто-эмпирически. Врачи поневоле следуют традициям, преемственно передаваемым старыми врачами, старыми фельдшерицами и, *horribile dictu*,—старыми сиделками.

В истории этого вопроса мы должны отметить труды XXII Съезда Французских Хирургов, в 1909 г., где в его разработке участвовал цвет французской хирургии. Далее этим вопросом занялись американцы, причем в особенности необходимо отметить имена *Crile'a* и *Alvarez'a*. Частично этому вопросу отведено место в солидном руководстве *Haubold'a* по подготовке и послеоперационному уходу. Наконец, он стал предметом широкого обсуждения и у нас на III Съезде Хирургов Одесской губ. в 1925 году.

I.

Наиболее злободневным в этой области является пересмотр вопроса об очистке перед операцией кишечника. Оказывается, что вопрос этот тоже имеет свою историю и корни в самом отдаленном прошлом.

Древние, с их гуморальными представлениями, не могли мириться с наличием в их прекрасном теле таких непрекрасных, неблагородных материй, как кишечное содержимое и т. под., и, если они хотели свой организм в соматическом и психическом отношении привести в возможно лучшее состояние, то прибегали к слабительным. По Геродоту египтяне принимали слабительное раз в месяц; принимали его также, отправляясь в путешествие. Карнеад, академик, очищал свой кишечник всякий раз, когда отправлялся на диспут со стойком Зеноном. Слабительные давали перед допросом и пытками для того, чтобы, выгоняя дурные соки, избежать со стороны обвиняемых ложных показаний.

Таким образом ко многим важным моментам в своей жизни древние готовили себя слабительными. Операция—тоже важный в жизни момент. Отсюда и возник обычай дачи слабительных в предоперационном периоде. Так, это практиковалось у древних перед кровопусканием. Гален рекомендовал слабительное перед удалением рака грудной железы. После открытия *Jenpeg'a* очищали кишечник перед оспириванием, а после изобретения сальварсана—даже перед вливанием этого последнего.

Из этой краткой истории вопроса видно, что мы теперь, в сущности, находимся во власти традиций, имеющих свои корни более двух тысяч лет назад. Но древние заботились только об изгнании дурных соков; мотивы же у наших современников более разнообразны.

Во-первых, дача слабительного перед наркозом считается необходимой, чтобы избежать рвоты, особенно рвоты пищей с аспирацией в легкие. Но нам известно,

¹⁾ Пробная лекция на звание приват-доцента, прочитанная в заседании Медфака Казанского Университета 15/X 1926 г.

что желудок в норме и без слабительного опорожняется через 2—3 часа. Если же в желудке имеется задержка пищи, а тем более, если операция производится на самом желудке, то мы промываем последний. Далее, мы знаем, что при наркозе рвота бывает и при не содержащем пищи желудка. Мы часто видим, что оперированного рвет не пищевыми массами, а зеленоватой жидкостью, которая есть ничто иное, как нормально забрасывающийся в желудок секрет 12-перстной кишки. Таким образом на слабительные мы невправе смотреть, как на средство против рвоты, причем, если они излишни в этом отношении при наркозе, то тем более не нужны при операциях под местной анестезией.

Вторым мотивом для дачи слабительных перед операцией является боязнь аутоинфекции и интоксикации из кишечника. Но это еще вопрос,—что больше даст микробов и токсинов, разжиженное-ли после действия слабительного, хотя-бы и скудное, содержимое кишек, или спокойно лежащие в кишечнике плотные массы. В последних большая часть микробов мертва или малодетельна, тогда как при разжижении кал кишит живыми микробами (Kocher, Meyer). Кроме того предохранительный барьер слизистой оболочки, если его не нарушать, обычно микробов не пропускает. Но он настолько деликатен, что как раз слабительные-то его и нарушают. Это доказал Meyer, который давал кроликам слабительное и затем исследовал на содержание бактерий их кровь, причем в большинстве случаев получал положительный результат. Отмечено, далее, что многие люди после действия слабительного чувствуют себя как-бы отравленными, а у некоторых наступает даже резкая слабость. Поэтому такая подготовка,—говорит Alvarez,—скорее увеличивает опасность аутоинфекции и интоксикации, чем уменьшает ее.

Третьим мотивом дачи слабительных пред операцией служит боязнь наступления в послеоперационном периоде метеоризма и связанных с последним болей. Но хорошо известно, что после лапаротомий, даже при тщательном очищенном кишечнике, метеоризм до конца вторых суток—явление обычное. Неортом, в литературе уже имеется порядочно указаний, что без слабительных метеоризм бывает выражен меньше (Tagnowsky, Alvarez, Целларийс и др.). Оказывается, что в происхождении метеоризма главным виновником является не кишечное содержимое, а растройство мезентериального кровообращения—чаще вследствие травматизации кишечника (Tagnowsky) и инфекции брюшины (Leichtenstern). Kato говорит, что главная масса газов освобождается не чрез задний проход, а всасывается чрез кишечную стенку в кровь и выделяется легкими; растройство кровообращения в системе воротной вены препятствует такому всасыванию. Kadeg изолировал два участка кишки, причем один участок был пуст, а другой с содержимым. Разница между этими участками в отношении количества газов была ничтожна; но если он перевязывал вены у эти участков, то последние сразу вздувались до громадных размеров. Leichtenstern подметил то обстоятельство, что у людей громадные скопления кала перед местом хронического стеноза обычно метеоризмом не сопровождаются; но достаточно сюда присоединится небольшому перитониту, или ущемлению, и сразу получится громадный тимпанит. Наконец, оказывается, что слабительные у ряда лиц сами по себе способны вызывать метеоризм,—обстоятельство, вынудившее ряд рентгенологов отказаться от них перед рентгеновским исследованием.

Четвертым мотивом дачи слабительных перед операцией является боязнь по вскрытии кишечника загрязнить содержимым последнего брюшную полость. Но, во-первых, применение кишечных клемм, после предварительного отжимания содержимого в стороны, не делает никакой разницы между подготовленным и не подготовленным больным, так как и в том, и в другом случае данный участок будет относительно пуст. Далее, плотные каловые массы гораздо безопаснее, чем жидкое, легко выступающее чрез края разреза пенистое содержимое, для которого законы тяжести как-бы не существуют. Кроме того, я уже упоминал что микробы в плотном кале большею частью мертвы, а в жидком живы, многочисленны и вирулентны. В плотном кале кокки группируются в кучки, а в жидком—в цепочки (Karl Meyer, Kocher).

Следует отметить, что такой всемирно авторитетный хирург, как W. Mayo, прямо заявил, что опасность при операции на толстых кишках от дачи слабительных усиливается.

Слабительные в большинстве случаев являются и излишними, так как у большинства больных желудочно-кишечный тракт ко времени операции освобождается самостоятельно. Желудок освобождается чрез 2—3 часа, а тонкие кишки—чрез 7—9 часов после еды. „За 7 лет рентгеноскопии пищеварительного тракта,—говорит Alvarez,—я, может быть, видел только с дюжину случаев, где ileum сохра-

няла свое содержимое после 15 часов.“ Единственное место, добавляет он, где пища застаивается, есть colon, но и та в большинстве случаев опорожняется утром в день операции. А если она не опорожнится, то клизма утром в день операции опорожняет ее полностью, в чем можно убедиться рентгеноскопически.

Задержка содержимого в colon компенсируется за то тем, что, по Gilbert'y и Dominici's'y, в толстых кишках микробов гораздо меньше, чем в концевом отделе тонких кишек, пред ileo-coecal'ной заслонкой. Желудок и duodenum, за исключением случаев непроходимости, практически можно считать от микробов свободными. В jejunum количество микробов постепенно повышается до ileo-coecal'ной заслонки, а затем очень резко падает (Haubold).

Но бесполезность и вредность слабительных сказанным не исчерпываются. Они ослабляют еще организм, отнимая у последнего воду, повышая концентрацию солей и нарушая химическое равновесие организма.

Если-бы слабительные действительно способствовали увеличению жизненной энергии организма, то почему,—спрашивает Alvarez,—их не употребляют атлеты и спортсмены перед выступлением? Мы-бы добавили от себя: почему их не дают лошадям перед бегами? Если-бы борец в течение 2—3 дней перед борьбой принимал слабительное,—говорит Oliver Holmes,—то, вне всякого сомнения, он-бы эту свою борьбу проиграл. Если это справедливо в отношении сильного и здорового человека, то насколько же это более справедливо в отношении человека ослабленного, больного, который тоже готовится к борьбе, но только... за свою жизнь.

В последнее время на слабительные смотрят, как на одну из причин развития послеоперационного ацидоза (Заблудовский, Целлариус, Войташе в с к и й). Наоборот, без слабительных, по данным Целлариуса, ацидоз случается на 17% реже.

В силу принципа, что за действием следует противодействие, тонус кишечника после слабительных резко понижается. Во время операции вздутые кишечные петли загромаждают поле действия, выпираются наружу и плохо вправляются. Наконец, разрез, сделанный для соустья на вздутой, атоничной кишке по спадении последней может оказаться недостаточным по размеру.

Наоборот, лабораторный опыт над животными, по Fletcher'y, Taylor'y и Alvarez'y, учит, что без подготовки слабительными кишки, в смысле тонуса, не оставляют желать ничего лучшего. Я могу это подтвердить своими наблюдениями. Изучая патогенез круглой язвы, я поставил на собаках две серии экспериментов. В первой из них я давал собакам перед операцией слабительное; кишки при этом оказались умеренно наполнены газами. Во второй же серии я нарочно слабительных собакам не давал и впервые, кажется, увидел именно те „нормальные“ кишки, о которых говорит школа проф. Образцова: кишки были в поперечнике не круглые, а в виде лент. По вскрытии брюшной полости в последней было очень просторно; кишки послушно перекладывались с места на место, не выпирая наружу. Нужно добавить, что на голодную диету я собак перед операцией не сажал.

Но, может быть, вопрос о подготовке без слабительных стоит еще в стадии лишь теоретической и экспериментальной разработки? Нет. У нас есть данные, говорящие о том, что в клинике так начали поступать давно, и теперь этот образ действий практикуется в размерах довольно широких. Так, на XXII Съезде Французских Хирургов в 1909 году красной нитью проходило стремление или совсем обходиться без слабительных, ограничиваясь клизмами, или, если давать слабительные, то за два дня до операции,—для того, чтобы кишечник успел вернуться к физиологическому состоянию. В настоящее время из французов против слабительных восстают Faure и Lardenois (Корнман).

У немцев тоже, судя по руководству Biera, Braun'a и Kimmel'a, видно стремление к ограничению слабительных. Англичанка E. Clagmont, путешествуя по Западной Европе в 1922 году, не видела, чтобы в тех клиниках, где она была, кишечник перед операцией очищали слабительными. Так поступали в Цюрихе у Paul'a Clairmont'a, в Вене у Eiselsberg'a, в Гейдельберге у Enderlin'a, во Франкфурте у Smieden'a. И все те многие хирурги, с которыми она говорила, высказывались о таком методе весьма благоприятно.

В Америке, по свидетельству Alvarez'a, оперирование без слабительных принято многими хирургами, которые в восторге от того, что послеоперационные результаты у них улучшились. Известный хирург Grile высказывается против неумеренного очищения кишечника. Tagnowsky (из Чикаго) говорит: „В настоящее время имеется хорошая тенденция не прибегать к священному очищению кишечника“.

У нас, на III Съезде Одесских хирургов, выяснилось, что, наконец, и некоторые наши хирурги подготовку слабительными тоже оставили (Заблудовский, Целларнус и Корганова-Мюллер). Последняя уже говорит о 2-летнем опыте в больнице имени Тимирязева в Москве. В этой больнице применяют слабительные лишь перед операциями на прямой кишке. Бывший на Съезде проф. С. П. Федоров, хотя и не рекомендовал придерживаться шаблона, но считал доказанным то положение, что можно с успехом делать лапаротомию и без подготовки слабительными. Наконец, мы все знаем, что экстренные лапаротомии без подготовки проходят несколько не хуже обычных случаев с подготовкой.

Если так поступают при лапаротомиях, то зачем, спрашивается, прибегать к слабительным при других многочисленных видах операций?

Мой личный семилетний опыт интензивной хирургической работы на войне дал следующее: никого к операции мы слабительными не готовили; наркоз был исключительно эфирный; несмотря на довольно разнообразный возрастной состав, усталость и обилие бронхитов у солдат, пневмонии у нас почти не было, а если и было несколько случаев, то чрезвычайно легких. Других каких-либо неудобств, — вроде того, напр., чтобы больного прослабило на операционном столе, — также не наблюдалось. В последние 2½ года мы в клинике проф. А. В. Вишневского тоже переходим, постепенно и осторожно, к подготовке к операциям без слабительных, и, хотя наш опыт еще невелик, но впечатление создалось ободряющее.

Из всего сказанного можно было-бы вывести заключение, что египетские традиции низвергнуты окончательно и бесповоротно. Но это совсем так. Если позволительно очистить кишечник перед операцией грубо и внезапно, то регулировать его работу методически и нежно, может быть, даже обходясь и без слабительных, — необходимо.

Если современные хирурги восстали против слабительных, то только слабительных современных. Эти слабительные, конечно в разной степени, грубы и нефизиологичны. Известный специалист по хроническим запорам проф. Gant тоже не любит лечить своих больных слабительными, предпочитая диету и физиотерапию; если же, по необходимости, он назначает слабительное, то, судя по его рецептам и по тем слабительным средствам, которые мы получили от американцев, в самой сложной комбинации. Комбинируя, он, очевидно, ищет слабительного совершенного, и в этом искании, может быть, залог будущего возвращения к тем египетским традициям, от которых мы в настоящее время вынуждены временно полностью, или частично, отказаться.

II.

Вторую задачу, стоящую пред хирургом, является задача, если не привести желудочно-кишечный тракт перед операцией в совершенно стерильное состояние, то, по крайней мере, уменьшить его патогенную флору.

Что слабительные в этом отношении бесполезны и даже вредны, мы уже говорили. Были многочисленные попытки обеззаразить кишечник и с помощью антисептических веществ, куда относятся салол, бензоафтол, каломель и др. Но нет ничего более противоречивого, как результаты наблюдения за действием этих средств: в то время, как одни наблюдатели признают их действие, другие совершенно отрицают. Так, напр., Stern наблюдал после каломеля в кале полное исчезновение микробов, а Schütz и Strassburger, наоборот, — их увеличение. Higata в нижнем отделе тонких кишек от дезинфицирующих средств не видел никакого дезинфицирующего действия.

Большее значение, повидимому, имеет здесь перемена диеты. Каждой диете соответствует определенная кишечная флора, и, если больного перевести с мясной пищи на молочно-растительную, то свойственная мясной пище флора должна погибнуть (Herter).

Стерильность пищи также имеет здесь значение. Я приведу тот *usus*, который практикуется Naubold'ом в его клинике. Там приносимая с кухни пища вторично нагревается в палатах, на глазах у больных, затем разливается стерильной ложкой в стерильные тарелки. Больной ест также стерильной ложкой.

Тщательное внимание должно быть уделено состоянию рта больного, его носа и придаточных полостей. В особенности должны быть опасны скрытые гаймориты, способные своим гноем инфицировать кишечник непрерывно.

III.

Всестороннее обследование больного и исправление терапевтическим путем имеющихся в его организме недочетов составляет тоже важный отдел предопера-

ционной подготовки. Наше обследование должно быть направлено прежде всего на то заболевание, из-за которого приходится оперировать, затем—на заболевания сопутствующие (тбс, малярия, диабет, сифилис и др.), потом—на установление коэффициента жизненной сопротивляемости организма и, наконец, на изыскание мер для повышения этой последней (К о р н е в).

Если мы не распознаем и не излечим бронхит перед операцией, то получим пневмонию после операции. Малярия дает нередко послеоперационные поднятия температуры; кроме того при ней противопоказан хлороформный наркоз; поэтому ее тоже необходимо распознать и лечить до операции. При сердечной слабости необходимо поднять тонус сердечной мышцы и т. д. При этом настоятельно необходим самый тесный контакт хирургов с терапевтами и др. специалистами. При некоторых болезнях, напр., при круглой язве, в последнее время принято, чтобы предоперационный период больной провел в терапевтическом отделении. Последней новинкой в этой области, создающей, можно сказать, новую эпоху в хирургии, явился почин W. Mayo, который в своей хирургической клинике недавно создал терапевтическое отделение—специально для подготовки больных.

Известно, что организм и его органы могут казаться видимо здоровыми, но быть в функциональном отношении недостаточными. Поэтому ценной является т. наз. «дыхательная проба», которую у нас опубликовал Штанге в 1913 году, но которая нам была известна раньше, по страхованию жизни. Если больной, набрав в себя воздух, задерживает дыхание менее 20 секунд, наркоз и операция становятся опасными. Постоянно применяя эту пробу, я убедился в ее большом значении и видел даже одну смерть от нескольких капель хлороформа, когда эта проба была неблагоприятной.

Общее впечатление, которое производит на опытного хирурга больной, тоже с пользой учитывается в предоперационном периоде. Типовой характер организма больного, улавливаемый до сих пор более интуитивно, в настоящее время, с развитием учения о конституции, все более и более переходит из сферы бессознательного в область сознания научного. Типы разнообразны; разнообразна должна быть и предоперационная подготовка.

В последнее время, когда на организм стали смотреть, как на электрическую машину, выясняется преобладающее значение для него не столько сердца и почек, сколько головного мозга и печени. Головной мозг обладает высшим электрическим потенциалом, а печень—самым низким. Разница потенциалов между ними дает жизнь, а равновесие—смерть, переходное же состояние дает истощение и шок. Так гласит теория крупнейшего из мировых хирургов, американского хирурга C r i l e'a, который уже давно разрабатывает ее совместно с представителями биофизических наук. Нас эта теория интересует в том отношении, что побуждает больше, чем прежде, уделять свое внимание, во-первых, функции мозга, во-вторых, функции печени.

Психическое состояние больного перед операцией для исхода последней имеет огромное значение. Известно, что боязливые больные неврастенического типа плохо переносят операции. У них нервная система под влиянием живых переживаний быстро истощается и к моменту операции и последующей борьбы за жизнь оказывается уже несостоятельной. Поэтому рекомендуется воздерживаться от операции у лиц с резко колеблющимся и ослабленным психическим тонусом, у остальных же необходимо этот тонус поддерживать, а не нарушать; словом, необходима психическая предоперационная подготовка, которая сводится к следующему (Д и т е р и х с):

а) Необходима вера в хирурга и необходимость операции. Отсюда соответствующая обстановка и поведение по отношению к больному.

б) Мучительное предоперационное ожидание должно быть сведено к минимуму. Если сказать больному, что операция будет в 9 часов, а начать часом позже, то этот час для многих больных будет долгим часом мучительных переживаний. Лучше больному сказать, что операция будет в 10 часов, а начать в 9.

в) Перед операцией больной должен хорошо выспаться (полезен веронал и др.). По C r i l e'у покой и обильный сон необходимы для устранения поляризации электродов.

г) Перед операцией перед наркозом надо вводить больному морфий, а перед местной анестезией—веронал и морфий.

д) В операционной,—говорит Д и т е р и х с,—больной не должен получать раздражений болевых, термических (охлаждение), зрительных (инструменты, остатки от предшествовавшей операции) и слуховых (К о р н м а н советует завязывать глаза

и затыкать уша ватой). Неосторожные и посторонние разговоры присутствующих,—говорит Д и т е р и х с,—являются часто для готовящихся к операции, как к важнейшему акту своей жизни, часто шокирующими. Еще в XVI столетии *Ambroise Paré* писал: «Спокойное настроение духа больного перед операцией необходимо для предупреждения развития бреда и других дурных последствий операции». Этим он, между прочим, намекнул и на возможность послеоперационных психозов, как-то *delirium tremens* и др. Во избежание их требуется не только психическая подготовка, но у алкоголиков—и профилактическая дача алкоголя. У наркоманов перед операцией дозволительно не лишать их привычных наркотиков, т. к. резкое лишение их сказывается на организме неблагоприятно (*Корман*).

Перейдем теперь к печени. Ее разностороннее значение для организма колоссально. Организм не может долго жить за счет тех запасов, которые хранит в себе печень,—наступит недостаточность сначала самой печени, а затем и всего организма. Поэтому сажать больных перед операцией на голодную диету в настоящее время считается непозволительным. В особенности необходима для печени подвозка углеводов. Грозниковый и, в особенности, виноградный сахар должны назначаться перед операцией широкой рукой.

Кроме мозга и печени, из других органов в последнее время выявляется также важное значение поджелудочной железы, которая является, собственно говоря, ферментативным центром организма. Ее ферменты действуют не только в просвете кишечника, но, всосавшись из последнего в кровь, участвуют в процессе синтеза и анализа внутри каждой клетки организма (*Болдырев*). Поэтому пища в предоперационном периоде должна соответствовать всем трем ферментам поджелудочной железы, т. е. она должна быть разнообразна.

В особенности нельзя лишать перед операцией организм воды, чтобы не нарушить нормальное солевое равновесие. Вода, кроме того, является, по *Crile*'у, переносчиком кислорода в клетки организма. Она дается, чаще в виде сладкого чая, многими (*Дитерихс*, *Girard*, *Hunter* и др.) за 1—3 часа до операции. Это поднимает тонус организма и, судя по экспериментам, благоприятно сказывается на тонусе кишечника.

Следует упомянуть еще и о переливании крови, которое практикуется не только после операции, но и в предоперационном периоде. Так, напр., *Crile* переливает кровь больному перед операцией, если процент гемоглобина у него ниже 75.

Я постарался изложить, приведя в систему, наиболее злободневное и наиболее, вместе с тем, неясное из области предоперационной подготовки. Но что же в современных методах предоперационной подготовки есть общего?

Общим является стремление—не класть больного на операционный стол в виде засушенного анатомического препарата. Поэтому не нужно изводить больного слабительными, не нужно морить голодом, нельзя лишать воды, необходимо поддерживать психический и физический тонус организма. Только при этом условии больной будет в состоянии перенести связанную с операцией психическую и физическую травму и побороть ту болезнь, которая привела его на операционный стол.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Болдырев В. Н.* Каз. Мед. Журн., 1913, № 9.—*Груздев В. С.* Гинекология, 1922.—*Губарев А. П.* Воспаление брюшины, 1926.—*Дитерихс*. Послеоперационный уход, 1924.—*Alvarez*. Surgery, gyn. and obstet., june, 1918.—*E. Claremont*. Lancet, march, 1922.—*Crile*. Surg., gyn. and obst., sept., 1923.—*Congrès français de chirurgie. Revue de chirurgie*, 1909.—*Haubold*. Preparatory and after treatment in operative cases, 1910.—*Herter*. Intern. Beiträge z. Ernährungsstörungen, 1910, B. I, H. 3.—*Hirata*. Ibid., 1911, B. II.—*Kato*. Ibid., 1910, B. I, H. 3.—*W. Mayo*. Surgery, gyn. and obstet., april, 1926.—*Tarnowsky*. I. A. M. Ass., may, 1924.

Продувание фаллопиевых труб и другие новые методы диагностики и терапии их заболеваний *).

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.

Ассистента Акушерско-гинекологической клиники Иркутского Гос. Университета **М. П. Бушмакиной.**

Заболеваниям придатков матки в этиологии бесплодия всегда отводилось известное место. Это были воспалительные и новообразовательные процессы, в результате которых получались изменения, в большинстве случаев констатируемые уже при бимануальном исследовании, как различного рода сактосальпинксы, фибромы труб, *salpigitis nodosa*, кистовидные изменения яичников, трубно-яичниковые кисты и т. д. Механизм бесплодия при таких изменениях ясен, но только с введением в гинекологическую практику метода Rubin'a выяснилась или, вернее, начала выясняться действительная роль фаллопиевых труб в происхождении бесплодия.

Метод Rubin'a—метод продувания труб (*perturbatio, insufflatio, perflatio*). Возможность естественного сообщения полости брюшины с внешним воздухом через половой канал женщины, через матку и трубы, навела Rubin'a на мысль воспользоваться этим путем сначала для целей хирургической диагностики—для рнешорегитонеш'a, и только потом он пришел к заключению, что метод этот может быть самоцелью и встать в ряды диагностических методов в гинекологии.

Для применения этого метода Rubin'ом был предложен специальный аппарат, состоящий, по Aldridge'y, из резервуара, наполненного CO_2 , приводящего клапана, сифона-измерителя течения газа, заключенного в трубку, погруженную в воду в широкогорлой склянке, вместимостью в 1 литр, ртутного манометра и внутриматочной канюли. Последняя представляет из себя металлический катетер, к которому приспособлен резиновый наконечник от мужского уретрального шприца так, чтобы плотно закрывать цервикальный канал. Горло литровой склянки туго закрыто резиновой пробкой с двумя отверстиями: через одно из них проходит трубка сифона, через другое—стеклянная трубка с двумя ветвями, которая соединена с одной стороны, посредством резиновой трубки, с ртутным манометром, а с другой—также посредством резиновой трубки, на протяжении которой помещен кран, соединяющий трубку с атмосферным воздухом,—с внутриматочной канюлей. Приводящий клапан соединен с трубкой сифона также резиновой трубкой, на протяжении которой находится зажим.

Техника пертубации при помощи этого прибора очень проста. Пациентка является с опорожненным пузырем и rectum, ей придается обычное положение для вагинальных операций, влагалищная часть обнажается зеркалами и смазывается, вместе с цервикальным каналом, *t-ra jodi*. Затем передняя губа влагалищной части захватывается пинцетом, и в цервикальный канал вводится канюля, надетый на которую резиновый наконечник должен плотно закрывать просвет канала, чтобы избежать утечки газа из полости матки. Когда это сделано, кран, соединяющий систему с атмосферным воздухом, запирается, и манометр начинает немедленно регистрировать внутриматочное давление. Само собою разумеется, что непременным условием успешности опыта является герметичность закрытия цервикального канала; немецкие гинекологи для контроля полной герметичности наполняют вагину стерильной жидкостью, дабы сразу отметить утечку газа по пузырькам его, проходящим через жидкость; большинство считает это наполнение вагины жидкостью, однако, излишним; не применяют его и русские гинекологи.

При таком исследовании трубы определяются, как проходимые, относительно-проходимые и совсем непроходимые, соответственно высоте внутриматочного давления, при которой газ проходит через трубные каналы в полость живота, а именно, 1) если газ проходит в полость живота при внутриматочном давлении ниже 150 мм., трубы считаются проходимыми; 2) при давлении 150 мм. и более—они признаются

*) Доложено в заседании Научно-Медицинс. О-ва при Ирк. У-те 27/II 1926 г.

относительно или частично проходими; наконец, 3) если манометр при повторных опытах показывает 200 мм., то это указывает на полную непроходимость труб.

Установка этих границ давления зависит от скорости течения газа. При нагнетании газа в полость матки он сначала скапливается здесь, так как маточные отверстия труб представляют очень узкий проход для него. Поэтому в начале опыта манометр указывает на ростание давления, а затем, когда газ проходит в живот, давление падает. Опыт показал, что, если форсировать нагнетание так, чтобы нагнетаемый газ не успевал проходить через нормальные трубы, то получится очень высокое давление в манометре и ложное представление, что трубы непроходимы или проходимы с трудом. Необходимо установить известную однообразную скорость течения газа. Последнее должно быть, по возможности, медленным. Для аппарата R. эта скорость установлена таким образом, чтобы давление в 100 мм. накапливалось в течение 20 сек. Следовательно, при проходимых трубах, т. е. при давлении ниже 150 мм., исследование должно продолжаться менее $\frac{1}{2}$ мин. Объем газа, который проходит в полость живота, может быть легко измерен посредством счета числа пульсаций или экскурсий газа в сифоне,—с каждой экскурсией в полость живота проходит 40 куб. с. газа. На исследование употребляется около 240 куб. с. Это, конечно, громадное количество и может быть введено в полость живота только потому, что CO_2 всасывается очень быстро,—в 15—30 мин. Такое же количество воздуха всасывается в течение нескольких дней и ведет к весьма неприятным ощущениям.

Что же является доказательством того, что газ действительно прошел через трубы в полость живота? По Rubin'у доказательством служат: 1) указания манометра,—падение внутриматочного давления во время исследования (если, конечно, нет утечки газа из цервикального канала) указывает, что газ проходит через одну или обе трубы; 2) боль в плечах, которая зависит от раздражения п. phrenici скопившимся под диафрагмой газом,—Phrenicussymptom; эта боль иногда бывает весьма значительна,—были случаи, когда, при введении в полость живота слишком больших количеств газа, больная втечение нескольких дней не могла переменить горизонтального положения на вертикальное, пока газ не рассасывался; 3) флюороскопическая проба, позволяющая видеть при помощи X-лучей скопление газа под диафрагмой у женщины в стоячем положении. Forsdike говорит, что, если-бы рентгенизация была непременным условием для определения проходимости труб, то это весьма умалило-бы ценность пробы; к счастью, как мы увидим ниже, это вовсе не необходимо.

Аппарат R. довольно сложен, громоздок, применение его требует большой ассистенции, исследующий должен иметь в своем распоряжении O или CO_2 . Вполне естественно поэтому, что тотчас по ознакомлении с ним гинекологи начали стремиться к его упрощению,—к тому, чтобы избежать фабричной изготовления аппарата в целом, заменив его таким, составные части которого можно было-бы найти в любой клинике. Это имело особенное значение для русских гинекологов по совершенно понятным причинам. В короткое время явилась масса различных модификаций этого аппарата, претендующих на упрощение. Замечается даже некоторое увлечение в этом направлении,—многие гинекологи как-бы считают своим долгом или делом чести внести нечто свое в модификацию прибора и технику его применения. Остановлюсь на некоторых из этих модификаций.

Прежде всего упомяну о приборе русского гинеколога, д-ра Мандельштама, представляющем подобие аппарата R., но в значительно упрощенном виде и с заменой O и CO_2 комнатным воздухом. Главная часть прибора—двугорлая склянка вместимостью в 200 куб. с. или просто колба с резиновой пробкой, в которую проходят две стеклянные трубки,—одна соединена посредством резиновой трубки с внутриматочной канюлей, другая—с резиновым баллоном для нагнетания воздуха; на пути резиновой трубки от баллона вводится манометр (ртутный или металлический). Нагнетаемый воздух проходит и очищается через 5% раствор перекиси водорода. Для нагнетания воздуха пользуются маленьким баллоном емкостью в 30—40 к. с. Количество вводимого воздуха измеряется по числу полных сжатий баллона. Мандельштам устанавливает минимальное давление, при котором воздух проходит в брюшную полость, у многорожавших в 60 мм., у нерожавших—в 100, максимальное—в 180—200 мм. Количество нагнетаемого воздуха он определяет в 50—70 куб. с.

Следующим этапом упрощения является предложение Sellheim'a употреблять для пертубации стеклянный шприц в 150 куб. с. с насаженной на него маточной канюлей и включенным в систему небольшим металлическим манометром.

Minimum внутриматочного давления при проходимых трубах Sellheim определяет в 50—100 мм. Он думает, что при известном навыке можно обойтись и без манометра, руководствуясь степенью сопротивляемости поршня, а также и значительно уменьшить количество вводимого воздуха. Эту мысль осуществил Gerpert, применяя 20-граммовый Lueg'овский шприц, но рекордного упрощения метод достиг в руках Легенченко, из клиники проф. Груздева, который употребляет 10-граммовый Lueg'овский шприц с насаженным на него наконечником от шприца Graun'a. Дальше этой простоты, кажется, идти некуда. Легенченко рассуждает так же, как и Gerpert,—следующим образом: полость матки без форсированного давления вмещает 1—3 куб. с. воздуха, maximum—5 куб. с. Если медленно и постепенно нагнетать воздух, то первые 3 куб. с. его заполняют свободно, без напряжения, полость матки, а следующие порции, при проходимых трубах, также свободно войдут уже в полость труб и оттуда в полость брюшины; следовательно 10 куб. с. будет вполне достаточно, ибо суть пробы—не в количестве скопившегося в полости живота воздуха, а в самом факте прохождения его из труб в полость живота; а для этого большого количества его не требуется.

С изменением аппарата изменились и способы доказательства прохождения воздуха через трубы. Jacoby ввел метод аускультации, которым определяется так называемый «звуковой феномен». Воздух, проходя из труб в полость живота, дает характерный звук, который трудно поддается определению: его называют то-клокочущим, то свистящим и т. п. Для проходимых труб он постоянен; выслушивается он стетоскопом со стороны брюшных покровов над паховой областью. Sellheim, придающий большое значение этому феномену, предлагает для более точного выслушивания его особого устройства ректальный стетоскоп с мембраной.

С уменьшением количества вводимого при пертубации воздуха потерял значение Phlegicussymptom, так как он зависит от раздражения п. phlegici большими количествами газа. Сделалась не нужна и рентгенизация для определения присутствия газа в полости живота. Остается звуковой феномен, главное же значение придается падению внутриматочного давления и указаниям поршня. Если трубы проходимы (одна или обе), то воздух, пройдя через них в полость брюшины, где давление при положении на спине равно почти 0, быстро весь всосется, а обратно не выйдет; поэтому в матке получается уже разреженное пространство, и, когда мы потянем за поршень, он с силой стремится обратно в сторону матки. Если же трубы непроходимы, то воздух скопится в полости матки и будет препятствовать дальнейшему нагнетанию, поршень даст ощущение сопротивления при попытках продвинуть его дальше, при прекращении же этих попыток иногда выталкивается обратно. Аускультация указывает, которая труба проходима.

Проф. Отт резко выступает против метода продувания фаллопиевых труб, говоря, что «это рискованный и небезопасный метод, при котором не обходилось и без тяжелых осложнений, включая даже смертельные исходы от эмболии, перитонита и др. причин».

Попробуем разобрать эти осложнения. Что касается воздушной эмболии, то единственный случай, который нашла я в литературе, просмотрев довольно большое количество работ,—это случай Engelmann'a. Этот же случай нашел Mandelштам, который специально просматривал литературу для возражения проф. Отту, и этот же случай цитируется и другими авторами. Engelmann получил при пертубации коляпс, применяя давление в 190 мм., причем затянул опыт, желая продемонстрировать нескольким коллегам звуковой феномен. Коляпс длился 15 м. и кончился благополучно. Нужно заметить, что в этом случае из цервикального канала, по сообщению Engelmann'a, выделилось немного крови, следовательно, произошла травма слизистой. Это обстоятельство очень важно: опытами Mandelштама и наблюдениями Sellheim'a установлено, что при непроизвольной слизистой воздух в сосуды не проникает, при повреждении же ее может проникнуть, особенно при форсированном нагнетании. Следовательно, надо избегать травматизации маточной мукосы—вводить канюлю осторожно, не поручать этого введения совершенно неопытному помощнику, если требуется dilatatio,—производить ее или после пертубации, или за несколько дней и т. д. Engelmann видел кровь и все-таки продолжал опыт, причем применил форсированное давление,—значит, был виноват он, а не метод.

Mandelштам приводит, далее, случай возникновения после пертубации подкожной эмфиземы, когда воздух проник в параметрий, а оттуда в подкожную клетчатку над паховой областью, а Lörincz указывает на случай, когда в параметрии образовалась большая полость, наполненная воздухом, давшая картину ост-

рого воспалительного процесса, исчезнувшего в несколько дней. Как тот, так и другой случаи обязаны своим происхождением разрыву трубы под влиянием слишком большого и продолжительного давления. Но мы видели, что такое давление совершенно не нужно, и, следовательно, этой опасности легко избежать, а если она получается, виноват сам исследующий, а не метод.

Перенесение, при пертубации, инфекции из матки и труб в полость брюшины, как показывают опыты Sellheim'a и Volkman'a, возможно, но его легко избежать, если в каждом случае производить тщательное бактериоскопическое исследование выделений. Соблюдение этого правила исключит возможность перитонита и обострения воспалительных процессов в придатках, каковые заболевания имели место, после продувания труб, в практике некоторых гинекологов.

Обзревая возможные при пертубации осложнения, упомянем, далее, об интересном случае Schalle'n'a, который затыкнул пробу, демонстрируя присутствующим звуковой феномен. Когда затем он с торжеством объявил пациентке о положительном результате пробы, больная радостно сокочила со стола, но в то же мгновение упала, как пораженная молнией, в состоянии глубокого коллапса. Последний зависел от значительного количества введенного в этом случае воздуха, который вызвал раздражение п. phrenici при переходе пациентки в вертикальное положение. Такие случаи не должны иметь места, так как нет необходимости вводить большого количества воздуха.

Наконец, опасности прерывания беременности (маточной и внематочной) можно избежать, не применяя пертубации в подозрительных случаях. Здесь кстати упомянем о 2 случаях, приводимых американским гинекологом Morgan'ом, где пертубация была по ошибке применена при беременности на 6-й и 8-й неделях. В обоих случаях проба была положительная, беременность не нарушилась, и пациентки родили в срок.

Из всего, сказанного выше, становятся ясными те противопоказания, с какими надо считаться при пертубации. К ним надо разве присоединить еще заболевания сердца, ибо в литературе описан один случай, где пертубация при миокардите повела к смерти больной. Если соблюдать эти противопоказания, тщательно подбирать случаи и точно выполнять технические правила пертубации, то опасность последней сведется к 0. Pribam говорит, что единственная опасность данного метода заключается в его чрезвычайной простоте, благодаря которой слишком велик соблазн применять его *largam manu*, на ходу, у амбулаторных больных, без необходимых предварительных исследований и предосторожностей.

Еще несколько слов о методе проф. Отта. Чтобы избежать опасностей, которые, по мнению проф. Отта, представляет продувание труб, он для определения проходимости последних применяет инъекцию в полость брюшины, через задний свод, взвеси мельчайшего порошка угля в стерильном физиологическом растворе. Из полости брюшины частицы эти заносятся в фаллопиевы трубы, а оттуда в полость матки и могут быть обнаружены в маточном секрете. Но результат этой пробы не всегда бывает надежен; так, при существовании спаек в заднем дугласе, порошок и при открытых трубах может в них не попасть; кроме того, направление тока жидкости может измениться, и порошок опять-таки минует трубы. Возникает вопрос, далее,—не может ли порошок, скопившись в узкой части трубы, вызвать реактивную закупорку ее, не может ли он, как постороннее тело, вызвать реактивное воспаление и повести к образованию спаек и т. д.? Способ этот применялся пока в очень небольшом числе случаев самим проф. Оттом и требует дальнейшей проверки. Возможно, что он и может оказать услугу при существовании противопоказаний к продуванию.

Упомянем еще о методе промывания фаллопиевых труб. Повидимому, первый начал его применять американский гинеколог Stone, из Вашингтона,—по его словам с 1890 г. Интересен его рассказ о первом случае применения промывания у молодой женщины, оперированной по поводу гнойного сальпингита, аппендицита и тазового перитонита. Больная желала иметь детей, и потому решено было сохранить левую трубу и яичник, промыв первую, несмотря на риск этого при имеющейся инфекции и наличии гноя в трубе. Stone говорит: „Я приступил к операции с полным сознанием риска и тяжелой ответственности, которую брал на себя“. После удаления правой трубы, яичника и аппендикса, левая была промыта раствором сулемы 1:1000, который был введен посредством шприца под сильным давлением в полость матки, а оттуда в трубу, причем жидкость собиралась на губку у абдоминального конца. Тем же раствором труба была промыта и через абдоминальный конец. Первая ночь после операции протекла для больной, мягко выра-

жаясь, весьма бурно. Тем не менее она выздоровела и имела впоследствии двоих детей. С этих пор метод стал довольно широко применяться в Америке, только вместо сулемы стали брать иод. Промывание производилось, как правило, при открытой брюшной полости. Stone смотрит на него, как на терапевтический метод при инфекции и бесплодии. Nürnberger предлагает влияние стерильной жидкости, как диагностический метод, взамен продувания, но существенных преимуществ его не указывает.

Вливание жидкости в матку и трубы применяется еще при т. наз. сальпингографии. Когда продуванием установлен факт непроходимости труб, в высшей степени важно, в целях терапии, точно определить, во-первых, одна или обе трубы являются непроходимыми, во-вторых, где локализуется непроходимость. Первый вопрос может быть решен при помощи аускультации. О локализации Легенченко судит по указаниям поршня: при зарощении маточных отверстий ясно ощущается, как пружинит поршень, стремясь занять прежнее положение с такой же силой, с какой мы стараемся вогнать его в шприц; при зарощении абдоминальных концов труб 8—10 куб. сант. воздуха вгоняются в трубы уже под небольшим давлением, но стоит только отпустить поршень, как весь воздух медленно начинает выходить обратно и отодвигать поршень на прежнее место (так как трубы сначала свободно растягиваются и вмещают воздух, а при вытягивании поршня получается разреженное пространство в шприце и в матке, и воздух из труб вытягивается вслед за поршнем). Но этот способ применим только в случаях, когда непроходимы обе трубы и притом или обе в маточных концах, или обе в абдоминальных. Для более точной дифференцировки Kennedy, американский гинеколог, предложил метод сальпингографии, который разрабатывается в Англии Forsdick'ом, в Германии Schöeber'ом и др.

Суть этого способа заключается в том, что в полость матки и в трубы под известным давлением (большим, чем для воздуха) инъецируется жидкость, дающая тень при просвечивании х-лучами. Kennedy применяет 20% раствор бромистого натрия, Forsdick'e—т. наз. липиодол, т. е. смесь йода с маслом (40%); после впрыскивания производится рентгенографирование. Полученные снимки почти не требуют объяснений. Нужно только отметить, что при открытой трубе с одной стороны жидкость может пройти через трубу в соответствующий отдел малого таза и здесь дать тень. При проходимости обеих труб жидкость может оказаться вся в заднем дугласе, а трубы и матка не дадут тени. Исследования, произведенные этим путем, показали, что в 1/3 всех случаев непроходимости труб зарощение существует в isthmus, в 2/3—в абдоминальном конце.

Что дал гинекологии метод пертубации? Весьма многое. Главная его ценность—в диагностическом значении. Этот метод выяснил, что непроходимость труб является причиной бесплодия более, чем в 50% всех случаев, не считая тех, при которых изменения могут быть установлены уже бимануальным исследованием. Это открытие заставило нас, далее, тщательно углубиться в изучение патологии труб. Те случаи бесплодия, при которых трубы оказывались проходимыми, привлекли внимание и интерес к выяснению соматических причин бесплодия. При помощи пертубации выяснилось существование временной физиологической непроходимости труб в связи с menses и предменструальным периодом, причем оказалось, что и нормальные трубы могут быть причиной бесплодия. Выяснилось затем, что проходимость для воздуха далеко не всегда означает проходимость и для оплодотворенной яйцевой клетки. Это возбудило интерес к более глубокому изучению физиологии, гистологии и анатомии фаллопиевых труб, а также и процессов оплодотворения. Благодаря этому методу, многие женщины избегли ненужных операций, предпринимавшихся втемную, наугад, без действительного основания, как dilatatio, abrasio, даже лапаротомии.

В кратком докладе нет возможности входить в детальное рассмотрение всех достижений, связанных с пертубацией, но и сказанного, я думаю, достаточно, чтобы оценить диагностическое и, если можно так выразиться, будирующее значение ее. Пертубация и связанные с нею находки в этиологии бесплодия внушили творцу ее, Rubin'у, мысль осветить полость матки, чтобы видеть маточные устья труб и попытаться, в случае нужды, сделать их проходимыми. В результате—метод гистероскопии или эндоутероскопии, для которой К. применяет эндоутероскоп—видоизмененный цистоскоп, более удлиненный, в котором лампочка помещается так, чтобы она не соприкасалась со стенкой матки. Вместо жидкости он наполняет полость последней воздухом. Я не буду подробно описывать техники этого метода, укажу только на значение его. Dickinson говорит, что до сих пор внутренняя

поверхность матки была для нас terra incognita, пока мы не вскрывали ее по удалении матки; теперь же мы можем изучать ее ad oculos. Если непроходимость обязана внутриматочным изменениям в области маточных отверстий труб,—эти изменения можно констатировать зрением и, если возможно, устранить, для чего сконструирована специальная модификация утероскопа. При помощи последнего можно также обнаружить наличие складок маточной мукозы, обуславливающих боли при некоторых формах дисменорреи,—можно распознать гляндюлярный эндометрит, полипы, задержанные части яйца, раки. Под контролем глаза из пораженных участков маточной полости могут быть извлечены кусочки для исследования, небольшие же патологические образования могут быть удалены целиком. При помощи утероскопии можно, затем, изучить последовательные стадии изменений маточной мукозы в менструальном периоде. При ранней беременности, где по каким-либо соображениям предполагается прерывание беременности, утероскоп может помочь изучению ранних стадий имплантации яйца. Вообще этот метод открывает новые горизонты в диагностике и терапии патологических изменений слизистой матки и в изучении физиологических состояний ее.

Возвращаясь теперь опять к пертубации, отметим, что в некоторых случаях она дает и терапевтический эффект, именно, в тех случаях, где непроходимость каналов труб зависит от закупорки их слизистой пробкой, от легких спаек по ходу трубы, от перегиба ее,—словом, от таких причин, которые могут быть устранены напором нагнетаемого воздуха. Это терапевтическое значение пертубации не так уже велико, что видно уже из того, что успешные случаи исчисляются здесь не в %, а единицами; но все же совершенно отрицать его нельзя. Зато во многих случаях пертубация указывает нам направление, в котором могут быть приняты попытки устранения непроходимости трубных каналов.

При зарощении фимбриального конца труб применяются операции, известные под общим названием сальпингостоматопластики. Суть этих операций заключается в том, чтобы открыть абдоминальный конец и предохранить вновь образованное отверстие от повторного зарощения, которое тем более возможно, что разделение спаек всегда сопровождается большим или меньшим кровотечением. Одни с этой целью выворачивают слизистую вновь образованного отверстия и пришивают ее к серозному покрову трубы. Sellheim проводит прямую иглу с двумя катетровыми нитями в новое отверстие на глубину около 1 сант., прокалывает стенку трубы и завязывает нити. Zimmegahn придает главное значение тщательной остановке кровотечения; он резцирует пораженные участки и накладывает на конец трубы катетровую лигатуру, которая потом рассасывается, и просвет восстанавливается. Другие резецируют стенку трубы вдоль и распластывают ее на яичнике, прикрепляя тонкими швами к брюшине. Döderlein вскрывает трубу и вшивает в ее отверстие яичник. Те, кто решается оперировать при незакончившемся воспалительном процессе, временно вшивают вскрытую трубу в брюшную рану, как Skutsch, или в паховой канал,—с тем, чтобы снова переместить ее на место по прекращении воспаления.

Операции разбираемой категории иногда дают положительный результат, т. е. беременность после них получается, но не всегда, и вообще результаты их должны быть призваны неслишком блестящими. Большую услугу, повидимому, оказывает и тут продувание, предпринимаемое после операции с целью поддержать просвет открытым,—то, что Sellheim называет гимнастикой труб. Я думаю, что во многих случаях стоматоластика не дает положительных результатов потому, что изменения в трубах не ограничиваются одним зарощением фимбриального конца, а бывают изменены и эпителий, и мускулатура труб, каковы изменения, конечно, стоматоластикой не излечиваются и служат препятствием для зачатия. Во многих случаях беременность после сальпингостомии наступала, но заканчивалась абортom. Мне кажется, что и это можно объяснить теми стойкими изменениями эндометрия, которые являются результатом воспалительного процесса, поведшего в зарощению абдоминального конца труб.

При зарощении маточного конца труб (isthmus'a) за последние годы стали предпринимать операцию имплантации труб, которая, по литературным сообщениям, дает благоприятные результаты. Операция эта возникла в Америке, потом ее стали практиковать немецкие авторы, и она с каждым днем получает все большее распространение. Между прочим, операция эта была произведена 2 раза и в нашей клинике. Техника ее ясна,—зарощенный отрезок трубы резецируется, проходимый же латеральный отдел трубы пересаживается так, чтобы канал трубы открывался в сагит. uteri. В послеоперационном периоде здесь также рекомендуется профилак-

тическое продувание, чтобы поддержать проходимость просвета. Наблюдавшиеся случаи беременности после этой операции свидетельствуют, что она действительно достигает цели. Strassmann в особенности рекомендует эту операцию в тех случаях, где раньше была произведена стерилизация женщины путем резекции перешейковой части труб, и женщина потом пожелала иметь детей. Мы знаем, как часто пациентки легкомысленно решаются на радикальную стерилизацию, а потом раскаиваются и готовы на какую угодно операцию, лишь-бы снова стать матерью. Поэтому Strassmann советует производить резекцию труб с целью стерилизации возможно ближе к маточному углу, чтобы иметь в запасе длинную культю.

В заключение считаю нелишним упомянуть о работе американского гинеколога Royster'a о новом направлении в терапии острых воспалительных процессов придатков матки, а именно, исходя из стремления сохранить придатки и не допустить до образования гноя в них, американцы устанавливают принцип возможно раннего оперативного вмешательства. Vonpey говорит: «Pyosalpinx или овариальный абсцесс есть позор для хирурга, если его промедление довело процесс до этого. Здесь можно провести параллель с аппендицитом: хирург находит безопаснее оперировать последний до образования абсцесса; так же и при сальпингите безопаснее оперировать до образования гнойника, причем при сальпингите есть и еще основание для ранней операции. Никто не желает сохранить аппендикс, здоровый или больной, но придатки матки — другое дело, и теперь ясно, что трубы могут быть сохранены, если оперировать достаточно рано».

Royster указывает, что дезинфекция и промывание труб, перемещение их и временное вшивание в брюшную рану, расщепление их с целью не допустить образования гноя, наконец резекция гнойной трубы — предпринимаются в настоящее время с хорошими результатами. В некоторых случаях наиболее радикальная хирургия состоит в высочайшем консерватизме, и раннее вмешательство может привести к сохранению органа вместо его разрушения.

Проф. Отт, критикуя метод продувания труб, отмечает, что до сих пор фаллопиевы трубы были органом «noli me tangere» — не тронь меня. Мы видим, как обращаются теперь с трубами, — от этого принципа не осталось и следа.

Sellheim со свойственным ему энтузиазмом восклицает: «Фаллопиевой трубе принадлежит ближайшее будущее!» В настоящий момент мы переживаем в этой области острый период исканий, с которым неизбежно связаны и ошибки, и излишнее увлечение; но, несомненно, эти искания выявят действительное значение труб и поставят терапию их заболеваний на строго-научное основание.

Рефераты.

а) Инфекционные болезни и иммунитет.

201. *Активная иммунизация против рака.* Nather и Schnitzler (Wiener kl. Woch., 1926, № 48) иммунизировали мышей повторными впрыскиваниями взвеси из раковых клеток. Опыты с прививкой рака таким животным показали, что такая иммунизация никакого профилактического значения не имеет, — привитые мыши оказываются столь же восприимчивыми к раку, как и непривитые. Р.

202. *Токсин пуэрперального стрептококка* найден Lasch'em, Abraham'om и Berth'oю Kaplan (по Ber. ü. d. g. Gyn., Bd. XI). Выделенная авторами из культур гемолитического пуэрперального стрептококка токсическая субстанция имеет все свойства токсина: она дает скрытый период между инъекцией и реакцией, она лабильна по отношению к нагреванию, нейтрализуется антитоксическим иммунной сыворотки, вызывает образование иммунных тел. Интракутанное введение токсина пуэрперального стрептококка дает реакцию отличную от таковой же токсина скарлатинозного стрептококка. А. Т.

203. *Диагностика брюшного тифа при помощи внутрикожной реакции.* П. А. Алисов и К. И. Морозкин (Микроб. Журн., 1927, № 1) применили у 262 лихорадочных больных с различными заболеваниями, в том числе и брюшным тифом, внутрикожное введение 0,1 куб. сант. брюшнотифозного эндотоксина, приготовленного следующим образом: суточная агаровая культура палочек

Eberth'a смывалась небольшим количеством физиологического раствора в колбу, которая ставилась на 3—5 недель в термостат, подвергаясь по временам встряхиванию; затем колба вынималась из термостата, в нее добавлялось 1/4% фенола, и колба на такой же срок оставалась при комнатной t°, причем мутная вначале жидкость просветлялась вследствие оседания микробных тел; верхний, прозрачный слой ее декантировался, разводился в такой степени, чтобы 0,1 куб. с. его вовсе не давала реакции у здоровой морской свинки, или давала лишь незначительный инфильтрат на следующие сутки после внутрикожного введения, и употреблялся для впрыскиваний у больных. Оказалось, что у больных брюшным тифом реакция в большинстве случаев (в 82,6%) являлась положительною, у больных же с другими лихорадочными заболеваниями—отрицательно. *P.*

204. *Биливакцинация per os против брюшного тифа.* Безредка (Нов. ин. мед. и биол., 1927, № 1) сообщает о результатах применения брюшнотифозной вакцины с желчью («биливакцины»), в качестве профилактического средства против брюшного тифа, полученных в С.-Паоло (Бразилия). Оказалось, что случаи, где вакцинация биливакциной производилась подкожно, дали 0,17% заболеваемости, случаи же, где вакцина вводилась per os,—только 0,01—0,006%. Лучший эффект пероральной вакцинации имеет, по Б., под собою и теоретические обоснования. *P.*

B. C.

205. *Лечение пчелиных укушений.* Рау Jones (Amer. Bee Journ., 1926, Nov.), приводит ряд опубликованных в литературе случаев, где пчелиные укушения вели к смертельному исходу, останавливается на разработанном Вгаупом способе иммунизации к пчелиному яду. Способ этот заключается в том, что кончик пчелиного брюшка растирается в физиологическом растворе, жидкость фильтруется и втирается в скарифицированную кожу. Увеличивая постепенно дозу, Вгауп добился того, что лица восприимчивые к пчелиному яду делались совершенно иммунными к нему. Практически провести этот способ в большом масштабе, однако, затруднительно, почему возникает вопрос о других, более удобных и, в то же время, действительных способах лечения пчелиных укушений. Наилучшим из них Рау Jones считает подкожное введение раствора адреналина 1:1000 в дозе 0,2—0,4; впрыскивания эти повторяются с промежутками в несколько часов до тех пор, пока все общие явления у укушенных не исчезнут. *P. Панин.*

б) Туберкулез.

205. *Симптом „вожжей“ при тbc спондилитах.* П. Г. Корнев (Вест. Хирург. и Погр. Обл., кн. 25, 1927) наблюдал при спондилитах своеобразную реакцию дорзальной мускулатуры, выражающуюся в том, что от вершины углового искривления позвоночника идут вверх, к внутреннему краю лопаток, два расходящихся мышечных тяжа, которые особенно рельефно выдаются на фоне атрофированной спинной мускулатуры. Для этого нужно положить больного на живот с вытянутыми вдоль туловища руками и опущенной головой; при этом все мышцы расслабляются, и никаких тяжей не видно. Заставляя затем больного поднять голову или верхнюю часть туловища, а также опереться на локти, можно видеть появление мышечных тяжей, идущих от вершины gibbus'a к верхней части внутреннего края лопаток; тяжи эти поднимают кожу, образуя треугольную площадку с приподнятой вершиной на gibbus'e, резко ограниченную с боков кожными складками, а верхним основанием постепенно сливающуюся с общей плоскостью спины. Этот мышечный симптом „вожжей“ наблюдается почти в 75% всех случаев тbc спондилита. *P.*

И. Цимхес.

207. *Исследование крови на присутствие тbc палочек при тbc поражениях женской половой сферы* производил Bacialli (Riv. ital. di gin., f. 4, 1926; по Ver. ü. d. g. Gyn., Bd. XI). К 5—10 куб. с. крови из локтевой вены последовательно прибавляется 3% уксусной кислоты и 50% антиформина и разводится абсолютным алкоголем. Осадок промывается дистиллированной водой и окрашивается по Ziehl'ю или Much-Weiss'y. В 20 случаях тbc придатков в крови больных таким образом были обнаружены кислотоупорные палочки, но, если дистиллированная вода пропускалась через свечу Chamberlanda, результат был отрицательный. После войны автор повторил свои исследования по двум методам: он производил посевы крови на среду Petraghani из молока, картофельной муки, пептона, яйца, глицерина и Malachitgrün, или делал прививки крови морским свинкам. Опыты дали отрицательный результат, даже в тех случаях, когда

свинкам предварительно вводился туберкулин. Невозможность обнаружить тbc палочки в крови больных даже с тяжелыми тbc поражениями автор объясняет не отсутствием их в крови, а тем, что они теряют свою резистентность и способность развития на искусственных и естественных питательных средах.

А. Тимофеев.

208. *Первичный тbc носа.* По А. Г. Уманской (Вест. Рино-лар.-от., 1926, № 6) первичный тbc носа—заболевание весьма редкое: в мировой литературе описано всего 117 случаев. Тbc палочки в полости носа развиваются исключительно в случае наличия там изъязвленной слизистой оболочки. Автором описаны два случая первичного тbc носа: в одном имела место туберкулезная гранулема в полости носа, откуда тbc перешел на слезо-носовой канал, слезный мешок и прилежащие участки кожи носа; в другом был изъязвившийся тbc инфильтрат носовой мукозы. В той же книжке В. П. Чекурин сообщает, что тbc поражение носа, по Ge r b e r g у, встречается у 0,28% общего количества ринологических больных. Русскими авторами описано всего 5 случаев. Такая редкость зависит от общей трудности диагноза данного заболевания, протекающего очень скрыто, особенно при редком посещении больными амбулатории. Автор наблюдал лично случай тbc носовой перегородки.

С. Яковлев.

209. *Лечение экспериментального тbc санокризином.* Madsen и M ö r s ch (Микробиол. Журн., 1927, вып. 1), поставив в этом направлении ряд опытов на животных, убедились, что, применяя санокризин, можно достигнуть полной стерилизации легких. При этом как потребная для излечения доза средства, так и реакция организма на последнее зависят в зависимости от формы тbc: при заражении слабо-вирулентными палочками животные сильно реагируют на введение санокризина, и для излечения их надо применять малые дозы последнего; если же заражение произведено вирулентной культурой,—для излечения требуются и хорошо переносятся большие дозы санокризина (2 стр. на кило веса).

Р.

210. *Лечение легочных каверн искусственным пневмотораксом.* По наблюдениям Ва e r a (Wiener kl. Woch., 1927, № 3), искусственный пневмоторакс может повести в относительно короткое время к бесследному исчезновению легочных каверн, что доказывается рентгеноскопическими картинками. Поэтому в каждом случае, где констатирована каверна, надо накладывать искусственный пневмоторакс,—при отсутствии, конечно, специальных противопоказаний к нему. Получаемый при этом эффект тем лучше, чем ранее применена эта мера.

В. С.

211. *Лечение туберкулеза у беременных и родильниц.* Menge (Zentr. f. Gyn., 1926, № 14) полагает, что при решении вопроса относительно показаний к прерыванию беременности у туберкулезных акушер не должен играть роли лишь технического исполнителя. Опыт показывает, что значительное число женщин, присылаемых для прерывания беременности по поводу туберкулеза, при тщательном наблюдении оказываются свободными от последнего. В специальном отделении Гейдельбергской клиники автора беременные с тbc в течение многих недель подвергаются выжидательному лечению (покой, питание), к которым присоединяется рентгеновское освещение большого легкого, проводимое малыми дозами с применением одного большого поля. Автор подчеркивает безопасность такого освещения и указывает, что неудачи других получались вследствие неправильной техники. Menge приводит историю одной, страдающей бугорчаткою, 25-летней беременной, которая при таком лечении получила полное излечение и родила здорового ребенка. При тbc беременных следует лечить основное заболевание, а не устранять сопутствующую ему беременность. Статистические исследования S u l t z e - R h o n h o f a (Zentr. f. G., 1926, № 13), основанные на очень больших цифрах, тоже позволяют думать, что беременность, роды и послеродовый период в большинстве случаев не оказывают влияния на имеющийся тbc.

А. Т.

6) Хирургия.

212. *Цитологические исследования перитонеальной жидкости* произвел V o g t (Arch. f. Gyn., Bd. 128) у 209 больных и приводит следующие данные: у 4 нормальных женщин он нашел 30% лимфоцитов и 70% лейкоцитов; при таких заболеваниях, как опухоли придатков, опухоли яичников и миомы, преобладают лимфоциты (50—90%); при раках маточной шейки цитологическая картина не изменяется. Наибольшей величины содержание лимфоцитов в перитонеальной жид-

косии достигает при туберкулезе, причем следует допустить, что лимфоциты эти — не гематогенного происхождения, а образуются в брюшной полости, т. к. кровь у этих больных повышенного содержания лимфоцитов не обнаруживает. А. Т.

213. *Значение стереоскопических рентгеновских картин.* Д-р Frey (Zentr. f. Chir., 1927, № 6) указывает на преимущества рентгеностереоскопии для определения положения инородных тел, положения отломков при переломах костей и повреждении суставов тел. Особенно ценна стереоскопия при исследовании ребер, позвонков, черепа, где многочисленные, одна на другую налегающие тени зацугивают картину, и незначительное отклонение от нормы не может быть определено рентгенограммой. Стереорафия очень ценна также для определения камней почек, пневмографии и энцефалографии. П. Цимхес.

214. *К патогенезу и клинике послетифозного воспаления реберных хрящей.* Д. А. Васильенко (Днепропетр. М. Ж., 1926, № 7—8) убедился, что в основе этого воспаления лежит внедрение паратифозной палочки N₁. Послетифозное воспаление реберных хрящей поражает суб'ектов лишь в возрасте старше 20 л., когда в хрящевой ткани образуются полости с капиллярными сосудами, способствующими оседанию и размножению здесь инфекции. С этих-то полостей и начинается воспалительный процесс, приводя далее к постепенному замещению хрящевой ткани костною, почему наиболее соответствующим патологической сущности процесса будет название chondritis profunda ossificans. С лечебными целями здесь лучше всего применять комбинацию радикального иссечения пораженных хрящей с аутовакцинацией, а в ранних случаях можно ограничиваться лишь этою последнею. В. С.

215. *О кровотечениях после гастро-энтеростомии.* Jungblüth (Zentr. f. Chir., 1927, № 10), наблюдавший кровавую рвоту через два часа после произведенной по Bierу операции, без сшивания слизистой, полагает, что кровотечение это было из желудочной стенки, а не из язвы, так как во время операции последней не касались. Появляющаяся через 2 часа рвота свежей кровью указывает на то, что перерезанные артерии, прижатые кишечными зажимами, не будучи замечены во время операции, не были перевязаны, что и дало позднее кровотечение. П. Цимхес.

216. *Желудочно-кишечные кровотечения после аппендэктомии.* Разбирая вопрос о ближайших осложнениях после операции аппендэктомии, М. В. Михайлов (Рус. Клин., 1926, № 29) обращает среди них внимание на желудочно-кишечные кровотечения. В материале Московской Басманной больницы такие кровотечения были 4 раза на 2000 аппендэктомий, т. е. в 0,2%. Для объяснения их происхождения предложены две теории: септико-инфекционная и тромбо-эмболическая, причем последняя является наиболее вероятною. Смертность после желудочных кровотечений достигает 58%, после кишечных — 28%. Терапия: покой, абсолютное голодание, лед на живот, морфий и адреналин под кожу, инъекции антидифтеритной сыворотки, внутрь желатину и др. кровоостанавливающие средства. Р.

217. *О лечении гнойных процессов на лице впрыскиванием собственной крови.* Д-р R. Hinz (Zentr. f. Chir., 1926, № 16; 1927, № 4) в 4 случаях карбункулов лица производил впрыскивание собственной крови больных в окружность нарывов и получал без разреза полное выздоровление. П. Цимхес.

218. *Лечение гнойных перитонитов* Ramperl (Med. Klin., 1926, № 37—38) проводит следующим образом: возможно ранняя операция, причем, если обстоятельства позволяют, полезно провести предварительную подготовку больного наперстянкой, кофеином и внутривенным введением 20 куб. с. 40% раствора виноградного сахара, чтобы уменьшить опасности наркоза для сердца; место разреза выбирается в зависимости от локализации процесса; перед вскрытием брюшины рана смазывается перувианским бальзамом; при разлитом перитоните брюшная полость промывается; если инфекционный очаг можно надежно выключить, дренаж не обязателен; швы проволочные. Осторожное растяжение жома прямой кишки после операции облегчает отхождение газов и кала. Полусидячее положение по Roseg'у уменьшает боли и облегчает дыхание. Дыхательная гимнастика, камфора, ингаляции физиологического раствора NaCl предупреждают развитие пневмонии и образование тромбов. Как профилактическое средство против тромбов, полезно обильное питье с лимоннокислым натром, а также перевязка v. saphenae magnaе.

Послеоперационные пневмонии нередко купируются введением 40 куб. с. собственной крови больного интрамускулярно. При коллапсах полезны капельные клизмы и капельные длительные внутривенные вливания физиологического раствора NaCl с примесью адреналина или камфарного спирта. Если, несмотря на глицериновые клизмы и применение питуитрина, опорожнения кишечника не наступает, показано наложение кишечной фистулы.

А. Тимофеев.

219. *К технике радикальной операции паховых грыж.* С. В. Гольдберг и В. И. Сухов (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1927, кн. 25) с успехом применили в 52 случаях паховых грыж у мужчин измененный способ Bassini, заключающийся в замене шва на мышечный пласт и апоневроз сшиванием однородной ткани—мышцы с мышцей. Для этого снятый во время операции с семенного канатика *m. cremaster* сшивался с *m. obliquus internus* и *rectus*, после чего канатик укладывался на созданное из мышц дно, и поверх его апоневроз *m. obliqui externi* сшивался с пупартовой связкой в виде двухбортного жилета.

И. Цимхес.

220. *О швах после удаления червеобразного отростка.* Д-р R. Frank (Zentr. f. Chir., 1927, № 8) предлагает после удаления аппендикса накладывать на слепую кишку нежный кишечный жом. Этот жом дает возможность подтянуть в рану и легко фиксировать необходимую нам стенку кишки, чтобы перитонизировать и наложить швы на культю червеобразного отростка.

И. Цимхес.

221. *Образование свищей и нагноение швов после операции зоба.* Eichelster (Arch. f. klin. Chir., Bd. 144, H. 1) наблюдал у 30—60% больных, оперированных по поводу зоба, раннее или позднее отхождение швов, в 74% ведущее к образованию свищей, не заживавших до 3-х лет. Для уменьшения процента такого рода осложнений автор предлагает применять катгутные лигатуры и обследовать состояние зубов, миндалин и лимфатических желез шеи, так как инфекция по открытии кровеносных и лимфатических путей легко проникает в операционное поле и может повести к вторичной инфекции.

И. Цимхес.

г) Офтальмология.

222. *О генезе глаукомы.* Nordenson (по реф. Zentr. f. g. Ophth.) обращает внимание на то, что лишь теория, кладущая в основу глаукомы изменения стекловидного тела, удовлетворительно объясняет происхождение мелкой передней камеры глаза при этой болезни. Именно, диафрагма линзы, вследствие набухания стекловидного тела, отодвигается вперед, стесняет угол передней камеры и т. д. Причиной набухания и увеличения объема стекловидного тела при глаукоме служит задержка в нем воды или механическое затруднение оттока последней через диафрагму линзы. Если диафрагма линзы поддается давлению со стороны стекловидного тела, то угол передней камеры, как сказано выше, будет закрыт, и развивается острая глаукома. Если же диафрагма линзы выдерживает это давление, то сила обращается на задние отделы глаза, преимущественно на область решетчатой пластинки, внутриглазное деление является менее повышенным, т. е. угол передней камеры свободен, и получается форма простой глаукомы. Наконец, в тех случаях, где диафрагма мало по малу поддается давлению со стороны стекловидного тела, развивается хроническая воспалительная глаукома. С точки зрения этой теории будет совершенно понятна польза операции иридэктомии при острой глаукоме и отсутствие ее эффекта при хронической глаукоме. При этой последней форме теоретически должна быть полезна задняя склеротомия, которая, к сожалению, опасна; точно также здесь уместны пункции стекловидного тела, высасывание его и удаление линзы. Удачные же результаты циклодизализа не находят себе объяснения с точки зрения этой теории. Что касается лекарственного лечения, то влияние *myotics* при глаукоме понятно лишь по отношению к острой ее форме. На лечение же хронической глаукомы автор смотрит очень пессимистически, ибо операции на глазу впереди диафрагмы линзы здесь противопоказаны, операции на задних отделах глаза опасны, а *myotics* здесь имеют значение лишь как средства, предупреждающие переход простой глаукомы в воспалительную.

В. Адамюк.

223. *К этиологии катаракты.* Weil и Nordman (Annal. d'ocul., 1926), разбирая связь между катарактой и общим состоянием организма и сопоставляя различные теории, существующие на этот счет, находят, что иногда причиной катаракт является уменьшение содержания в крови кальция. Авторы продолжают разрабатывать этот вопрос.

В. А.

224. К лечению катаракты. Sava-Goïou (Annal. d'ocul., 1925) рекомендует новый способ капсулэктомии при операции катаракты. Цистотомом делается рассечение капсулы хрусталика в виде круга по краю расширенного зрачка; кружок этот захватывается и извлекается пинцетом. Такой прием должен предупреждать образование вторичных катаракт.
B. A.

225. К лечению трахомы. Проф. К. X. Орлов (Бюлл. НКЗ'ва, 1927, № 6) получил довольно ободряющие результаты от втирания в конъюнктиву глаз при трахоме масла шольмогры (бразильское растение), давно уже применявшегося для лечения проказы. Особенно хороший эффект дает это лечение в запущенных случаях трахомы с поражением роговицы.
P.

д) Акушерство и гинекология.

226. Бетанин в околоплодной жидкости человека. Kirstein (Zentr. f. Gyn., 1927, № 9), изучая состав околоплодной жидкости, обнаружил в ней присутствие гликольбетанина, мясомолочной кислоты, ароматических оксикислот и дериивата гистидина—гистидин-лейцина. Новым и особенно важным он считает присутствие бетанина, который до сих пор в человеческом организме находили только в эхинококковой жидкости. Присутствие бетанина, по мнению К., является новым доказательством того, что околоплодная жидкость не есть моча плода, а представляет собой главным образом продукт секреции амниона, моча же плода входит в ее состав, как примесь.
E. Заболотская.

227. Ранняя диагностика беременности. Beruto (по Ber. ü. d. g. G., Bd. XI) проверил ценность флоридзиновой реакции Kamnitzer'a-Joseph'a с препаратом флоридзина—matulina и получил у беременных в 95,6% положительный результат, а у небеременных—в 3,3%. С увеличением срока беременности точность пробы понижается, так что беременные до 1½ мес. дали 100% положительных результатов, беременные до 2½ мес.—93,4%, а беременные 3½ мес.—только 87,54% положительных результатов. Изучив 20 статистик относительно этой пробы, автор пришел к выводу, что она оказывается положительной у 80% всех беременных, и считает ее самой точной реакцией для диагноза ранней беременности. Adlersberg (Med. Klin., 1926, № 41) для диагноза ранней беременности пользовался комбинацией пищевой ацетонурии с пищевой гликозурией. В течение одного дня испытуемая получает бедную углеводами пищу. На другой день утром измеряется моча и определяется ацетон. После этого дается завтрак, богатый крахмалом, и через 2 часа моча исследуется на сахар. Таким образом были обследованы 30 беременных и 24 контрольных женщины. Проба с гликозурией дала 100% положительных результатов у беременных и 12%—у небеременных. Проба на ацетон дала у всех беременных положительный результат, а у небеременных только у одной с базедовой болезнью.
A. T.

228. Определение положения головки плода по отношению к тазу при помощи наружных и внутренних приемов. Ostrčil (Zntr. f. G., 1926, № 46) подробно описывает эти приемы, мало известные, но заслуживающие, по его мнению, внимания. Т. н. наружный прием Piskaček'a состоит в том, что поступательное движение головки контролируется указательным и средним пальцами, поставленными в области вульвы несколько сбоку от заднего конца большой губы и вдавливаемыми навстречу идущей вниз головке. Истинным автором этого метода O. считает Rubeška, который стал применять его на 5 лет раньше Piskaček'a. Исследование должно производиться стерильной рукой, после соответствующей подготовки наружных половых частей. Schwarzenbach при аналогичном методе ставит пальцы между седалищной костью и анальным отверстием, а Jeutter циркулярно—указательный палец в середине промежности, а остальные кругом anus'a. Rubeška определяет высоту стояния головки так: если шейная борозда стоит по средней линии на ладонь выше симфиза, а головка подвижна, то, значит, последняя стоит над входом в таз; если шейная борозда определяется на 3 пальца над симфизом, головка неподвижна, но лоб и затылок доступны ощупыванию, то, значит, головка вступила малым сегментом в таз; при вступлении ее в таз большим сегментом шейная борозда оказывается стоящею на 2 пальца над симфизом, и ощупыванию доступен только лобик; при головке, находящейся в полости таза, шейная борозда расположена на 1 палец над симфизом, а ощупыванию доступны лишь основание черепа и подбородок; нако-

нец, головка уже совершенно недоступна ощупыванию, когда она находится в выходе таза. При внутреннем исследовании, если головка стоит над входом в таз, можно проникнуть до верхнего края симфиза и до мыса; когда наибольшая окружность головки стоит на уровне *l. innominatae*, головка совершенно неподвижна; если между головкой и нижним краем симфиза можно еще ввести палец,—значит, головка стоит в средней части полости таза; наконец, при головке, находящейся в выходе таза, палец можно провести только между головкой и задней стенкой влагалища.

А. Тимофеев.

229. *Экспериментальные исследования над токсикозами беременности* производил *Hofbauer* (*Amer. Jour. of Obst. & Gyn.*, v. 12, № 2; по *Berich.*, Bd. XI) и приводит следующие данные: 1) При экспериментальном остром отравлении беременных свинок гистамином наблюдаются явления, совершенно аналогичные явлениям, которые имеют место при преждевременной отслойке плаценты у людей. 2) У плотоядных (собаки, кошки) при таком отравлении получаются в органах изменения, соответствующие изменениям органов при эклампсии,—периферический некроз печеночных долек, как анемического, так и геморрагического типа, связанный с образованием тромбов и застоями желчи, в почках дегенерация эпителия извитых канальцев. 3) При длительной даче гистамина этим животным получаются изменения, характерные для пернициозной *hyperemesis gravidarum*; автор нашел при этом, что введением инсулина можно предупредить развитие указанных изменений. 4) Автор особенно подчеркивает бросающееся в глаза сходство химизма крови при эклампсии с таковым же при остром отравлении гистамином и рекомендует обязательно местную анестезию при оперативном лечении преждевременной отслойки плаценты или эклампсии; в тяжелых случаях эклампсии рекомендуются обильное применение кислорода и введение глюкозы.

А. Т.

230. *Действие плацентарной вытяжки от больных неукротимой рвотой беременных* изучали на морских свинках *Lévy-Solal, Jan Dalsace* и *Сoheп-Solal* (по *Ber. ü. d. des. Gyn.*, Bd. XI). Оказалось, что 0,5 куб. с. глицеринового экстракта плаценты, введенные интракардиально, никакого эффекта не вызывают, но те же 0,5 куб. с. экстракта+0,5 куб. с. свежей человеческой сыворотки через 15—60 секунд вызывают у свинки типичный шок, если свинка небеременна. Экстракт нормальной плаценты таким действием не обладает. Авторы заключают, что при неукротимой рвоте в плаценте имеется антиген, который, активируясь свежей человеческой сывороткой, вызывает шок у свинки. В нормальной плаценте антигена не содержится. Беременные животные, повидимому, в известной степени защищены против этого антигена.

А. Т.

231. *Пиелит при беременности и в гинекологии*. По докладу *Solowbipio* на IV Конгрессе в Риме, в 1925 г. (по *Ber. ü. d. g. G.*, Bd. XI), пиелит в чистом виде бывает редко, а обычно в заболевании принимает участие и сама почка. Болезнь преимущественно поражает первобеременных. Преждевременные произвольные роды наблюдаются в 30%, всех случаев. Что касается лечения, то по отношению к матери оно должно быть активным, а по отношению к плоду—строго-консервативным. Искусственное прерывание беременности показано лишь в редких случаях. Промывание почечных лоханок дает быстрый терапевтический эффект. К нефректомии приходится прибегать лишь в случае осложнений. Частота пиелита при беременности—около 1%. Предсказание в общем благоприятно, так как смертные случаи очень редки. В гинекологии приходится встречаться с различными формами пиелита. Самой известной формой является предменструальный пиелит и т. н. *Deflorationspyelitis Wildbolza*. Далее, пиелит может присоединиться к таким заболеваниям, как тазовая флегмона, миома—в особенности шеечная или интралигаментарная, рак шейки матки, выпадение матки, а также *incarceratio uteri gravidi retroflexi*. В целях профилактики важно устранение запоров. В качестве общего лечения рекомендуются лежание на здоровой стороне, компрессы, жидкая диета, регуляция кишечника, обильное питье щелочных жидкостей (в особенности при *coli-бациллярной* инфекции). Действие дезинфицирующих, как *salol, helmitol, urotropin*, автор подвергает сомнению.

А. Тимофеев.

232. *Этиология трубной беременности*. *Pankow* (*Arch. f. G.*, Bd. 125), разбирая причины имплантации яйца в трубе, полагает, что они могут лежать или в свойствах самого яйца, или в особенностях трубы. Свойства самого яйца, при-

водящие к имплантации его в трубе, сводятся к избытку в нем жизненной энергии, которая обуславливает преждевременно достигнутую им способность к прививке. Со стороны трубы главными этиологическими моментами. Р. считает образование дивертикулов и склеивание отдельных складок трубной мукозы, причем в основе этих особенностей трубы лежат аномалии развития. Не отрицая вполне значения воспаления труб в этиологии трубной беременности, автор отводит этому фактору лишь незначительную роль, причем полагает, что гонорройные процессы при этом такой роли не играют, как это им многие приписывают. Автор выдвигает даже положение, что воспалительно измененная труба менее восприимчива к возникновению в ней беременности. По механизму имплантации яйца можно различать прививку его в дивертикуле, прививку т. к. интерколюмнарную и колюмнарную. Mc Nalley (Amer. Journ. of Obst. & Gyn., v. 12, № 3), изучив 12 случаев трубной беременности, в 10 (83,3%), нашел дивертикулы без каких-либо воспалительных изменений трубы. Автор думает, что дивертикулы эти встречаются чаще, чем то принято думать, и видит именно в них причину возникновения беременности.

А. Т.

233. *К терапии аборта.* В особой монографии Kubinyi (по Berich., Bd. XI) приводит основные принципы, которых он придерживается при лечении абортов. Показанием к активной терапии К. считает только сильное кровотечение, причем наилучшим образом действия автор считает медикаментозную терапию с одновременной тампонадой шейки и влагалища. Опорожнение матки в один прием после третьего месяца беременности К. считает очень опасным. Сопоставив статистики из мировой литературы по вопросу о лечении септических абортов, автор приходит к заключению, что определенных заключений о преимуществах того или иного метода сделать нельзя. Собственный материал автора обнимает 550 случаев, из которых 12% доставлены с лихорадочной температурой. Из случаев, доставленных неинфицированными, 97% протекли без осложнений. Смертность равна здесь 1% в то время, как для случаев септических она достигает 5%. В отношении случаев инфицированных предпочтительна выжидательная терапия, — после 4—5-дневного безлихорадочного интервала, при отрицательной пробе на вирулентность, аборт заканчивается активно. При наличии стрептококков и положительной пробе на вирулентность проводится консервативная или выжидательная терапия, и в 80% случаев клиническое течение совпадает с данными лаборатории. В целях борьбы с распространением аборта необходимо ограничить круг медицинских показаний и исключить социальные показания. О каждом септическом аборте следует доводить до сведения судебной власти. Регистрационные карточки акушеров со случаями абортов должны строго контролироваться. Врачебные свидетельства, на основании которых производится прерывание беременности, должны составляться в двух экземплярах, причем один должен храниться в суде. Особое значение в этом вопросе имеют охрана материнства и младенчества, просвещение акушеров и пропаганда опасностей аборта среди женщин. Важны также выявление abortивов, строгий контроль над ними и примерное их наказание.

А. Тимофеев.

234. *Наростание частоты атонических послеродовых кровотечений* за последние годы отмечает Küstner на материале Лейпцигской клиники (Mon. f. G. u. G., Bd. LXXV, N. 6). Автор проследил материал клиники с 1 января 1911 года по 1 июля 1926 года. За этот период было всего 25,000 рожиц, из коих 1550 дали атонические кровотечения с потерей крови от 600 до 1400 к. сант. Изучение частоты кровотечений по годам, а также в зависимости от возраста рожиц, дало очень интересные результаты. Для рожиц наиболее молодого возраста (от 20 до 25) частота этого осложнения родов до 1923 года в среднем оставалась довольно постоянно на высоте 2%. С 1924 года она сразу поднялась до 4%, а в 1926 году даже до 6%. Для группы более пожилых женщин (от 31 до 40 лет) кривая частоты кровотечений постепенно начала подниматься с 1915 года, достигла максимального подъема в 1918 году и вновь спустилась почти к довоенному уровню в 1922 году. Установленные им факты К. объясняет влиянием пониженного питания у женщин во время мировой войны. У женщин, к этому времени уже вполне сформировавшихся, ослабленное питание во время беременности привело к функциональной слабости матки уже в годы войны, особенно в 1918 году, который был наиболее трудным в смысле недостатка питания. На организмах же, находившихся в период войны в процессе своего развития, аномалии питания, вызвавшие у них наиболее тяжелые повреждения половой сферы, сказались ее недостаточностью лишь в позднейшие годы.

А. Тимофеев.

235. *Лечение пурпурального сепсиса.* Mornard и Viala (Clinique, 1926, № 73) при застое лохий рекомендуют спринцевание, а если оно не дает результата через сутки,—дренаж матки. При задержке в матке оболочек следует войти в матку корнцангом, извлечь их, а затем матку промыть t-ra jodi. При задержке частей плаценты—пальцевое обследование матки, выскабливание ее и промывание с t-ra jodi. При маточной и околоматочной инфекции лучше всего влагалищная экстирпация. Необходимо всегда поддерживать деятельность сердца. От химических и антибактериальных средств авторы видели мало пользы. Лучше всего действует sulfarsenobenzol д-ра Rivière'a, а также повторные влияния крови по 200 куб. с. Descaignes'а (по Ver. u. d. g. Gyn., Bd. XI) сообщает о результатах лечения сепсиса гемолизированной собственной кровью больной. Важно, чтобы кровь немедленно по взятии была гемолизирована, дабы эритроциты не успели подвергнуться изменениям. Прибавление Na citrici ослабляет действие крови. Результаты лечения существенно зависят от рода микроба, вызвавшего инфекцию: лучшие результаты получаются при стрептококковой инфекции, несколько худшие при стафилококках, для которых автор особенно характерным считает развитие абсцессов. Гонококковая инфекция поддается лечению хуже стрептококковой. Самой тяжелой формой является заражение кишечной палочкой. При лечении инфекций, вызванных спиралями и протекающих при клинических явлениях, напоминающих картину Plaut-Vincent'овской ангины, автор советует лечение кровью комбинировать с лечением иодистой ртутью и железом. Раусот в преданиях по докладу автора оспаривал особую опасность coli-инфекции и указывал, что определять природу возбудителя инфекции на основании только клинических признаков, как это делает D., нельзя. А. Т.

236. *Местная анестезия маточной шейки.* Mikulicz-Radecki (Deut. med. Woch., 1926, № 49), чтобы сделать расширение канала шейки безболезненным, рекомендует делать 4—6 уколов в самый наружный слой цервикального мюметрия, вокруг канала; игла должна при этом проникать вглубь на 3—4 сант., и таким путем вырывается 40—50 куб. сант. 1/2% раствора новокаина с супраренином; обезболивание наступает через 5 минут. Р.

237. *Дисменоррея и ее лечение.* Причина дисменорреи в тех случаях, где нет грубо-механических препятствий для оттока менструальной крови, кроется, по Sahle'ry (Wiener klin. Woch., 1926, № 48), в судорожных сокращениях маточной мускулатуры под влиянием различных моментов—как конституционально-эндокринной природы, так и нервно-психической, действующих чрез посредство вегетативной нервной системы. Вполне надежного способа лечения дисменоррейных расстройств до сих пор не существует. Менге наилучшие результаты получил от тампонации цервикального канала и полости тела матки. Автор наблюдал несомненно хороший, но все же значительный эффект от освещения гипофиза рентгеновскими лучами. В. Сергеев.

238. *Стерилизация женщин спермовакциной.* Опираясь на экспериментальные работы Тушинова, Dittler'a, Mc Cartney'a и др., Н. В. Колпиков (Гр. Гос. Полярн. Хим.-Бакт. У-та 1924—1927) применил для борьбы с нежелательной беременностью баранью спермовакцину. Всего им было привито 270 женщин, разбитых на несколько групп, в зависимости от крепости применявшейся вакцины. Титр вакцины колебался от 25 тыс. в 1 куб. сант. раствора NaCl до 300 тыс. 77% привитых женщин остались стерильными, причем иммунитет первых групп продолжался от 8 до 10 месяцев. 23% неудач автор объясняет слабым титром вакцины: 13% относятся к группе, получившей вакцину с титром 25 тыс. в 1 куб. с., 8%—к группе, получавшей 50 тыс. в 1 куб. с., и лишь 2%—к группе, получавшей 150 тыс. в 1 куб. см. Никаких вредных последствий от применения вакцины не было обнаружено; наоборот, в подавляющем большинстве случаев было констатировано чрезвычайно благоприятное действие ее на общее состояние организма. Приведенные данные д-ра К. вполне подтверждают мои личные исследования по поводу применения изготовленной мною гетеровакцины из сперматозоидов, убитых уксусом (см. Юбилейный Сборник Госуд. Ин-та для усов. врачей в Казани 1920—1925, стр. 269). Проф. М. Тушинов.

239. *Результаты лечения раков матки и влагалища в клинике проф. Витт'a* опубликовал Philipp (Mün. m. Woch., 1926, № 7) за время с 1913 по 1919 г. Всего было лечено 1104 больных. Свободно от рецидива в течение 5 лет 23,5 т. е. 21,3%. Оперировано 206, остальные лечены рентгеном и радием. Из оперированных в течение 5-ти лет свободны от рецидива 40,79%, причем

большая часть из них была подвергнута профилактической рентгенизации. Первичная смертность после радикальной операции по Wertheim'у равнялась 14,92%. Из 805 леченных лучистой энергией случаев 180 были операбельными, 399—неоперабельными и 226—пограничными. Операбельные дали 28,33% излечений, а неоперабельные—5,76%. Раки тела матки лечилась только освещением и на 40 случаев, леченных радием, дали 45% излечения. Плохой прогноз дают раки влагалища: из 53 больных, леченных радием, после 5-ти лет остались живы только 7 (13,2%); среди этих 53 больных 10 были в операбельной стадии. Статистика автора говорит в пользу оперативного лечения, в особенности при карциномах тела матки. В другой работе (Zeit. f. G. u. G., 1925, Bd. 89, N. 2) автор выясняет вопрос, оказывают-ли малые дозы лучей радия раздражающее действие на раковые клетки, и приходит к заключению, что принципиальной разницы в действии больших и малых доз не наблюдается. Изменения раковых клеток под влиянием малых доз лучистой энергии аналогичны известным изменениям, вызываемым большими дозами лучей: сначала исчезают митозы, затем наступает гибель эпителиальных клеток, и, наконец, начинается новообразование соединительной ткани.

А. Тимофеев.

240. „Химическую“ экстирпацию матки предлагает Driessen (по Ver. d. g. Gyn., Bd. XI, S. 661) для неоперабельных случаев рака тела матки. В матку вводится палочка из хлористого цинка (zinci chlorati 40, oxydi zinci 10, farinae tritici 30), и влагалище тампонируется виоформным газом. Через 10—13 дней тело матки секвестрируется и может быть вынуто. Из пяти леченных таким образом случаев в одном наступил рецидив через 1½ года, в 4 же пациентки живы и здоровы. Образования фистул автор не боится.

А. Т.

е) Гоноррея.

241. Диплококк *Asch'a*. На основании как собственных исследований и данных ряда московских исследователей, так и литературного материала, проф. Ю. А. Финкельштейн (Урология, т. III, вып. 3) пришел к целому ряду заключений относительно этого микроба. Приводим некоторые из этих заключений, имеющие наибольшее практическое значение: 1) в 95% диплококк *Asch'a* есть атипичический гонококк и в 5%—гонококкоподобный микроб; 2) атипичические гонококки встречаются при хронической гоноррее, главным образом при однообразной терапии, но иногда их можно бывает обнаружить и при острой гоноррее; 3) они могут встречаться,—вместе с типичными гонококками, а иногда без них,—и у здоровых людей, преимущественно женщин; 4) диплококки *Asch'a* могут встречаться в макроформе и микроформе, причем тогда как микрогонококки суть дегенеративные формы, макродиплококки, величина которых зависит от утолщенной оболочки, суть „формы устойчивости“,—это наиболее стойкие особи, выживающие при однообразной медикаментозной терапии; поэтому клинически они дают упорные, не поддающиеся терапии формы; 6) атипичические гонококки плохо культивируются на искусственных средах и слабо размножаются в организме; при интеркуррентных заболеваниях (корь, скарлатина, инфлюэнца и пр.) они превращаются в типичных гонококков.

Р.

242. Экспериментальная бленоррея у кроликов. По опытам А. М. Калининна и О. Ф. Фальберг (Журн. для усов. вр., 1926, № 7—8), после предварительной сенсбилизации конъюнктивы желчью удается получить бленоррею приблизительно у трети кроликов. Специфичность заболевания, кроме клинической картины, подтверждается получением чистых культур гонококка. Общего иммунитета полученная т. о. бленоррея не дает, и потому как здоровый глаз—при поражении другого, так и зараженный—после выздоровления могут быть заражены гонококками. Наконец, ни агглютининов, ни веществ, связывающих комплемент, при экспериментальной бленоррее у кроликов как во время болезни, так и после выздоровления авторам обнаружить не удалось.

В. С.

243. Гонорройная кератодермия. Garcia Faure (Zentr. f. H. u. G., 1926, Bd. XXI, N. 7/8, реф.) описывает кератодермию у больного с гонорройным заболеванием коленного и голеностопного суставов. Ладони и подошвы больного были заняты резко ограниченным гиперкератозом, напоминавшим по рельефу географическую карту; ногтевые пластинки были помутневшие, с трещинами. После применения вакцино- и протеинотерапии наступило полное излечение в течение 30 дней. Причину заболевания автор видит в усиленном образовании токсинов

при висцеральных и суставных осложнениях гонорреи; при этом нарушается коллоидное равновесие, и появляется сенсбилизация определенных участков кожи с последующей пролиферацией клеток. Остающаяся после излечения повышенная чувствительность может вести к рецидиву кожного заболевания при новой гонорройной инфекции.

Я. Печников.

244. *Лечение гонорройного вульво-вагинита в раннем детском возрасте.* Испытаны различные способы лечения этой болезни в 24 случаях ее у детей в возрасте от 5½ мес. до 16½ мес., Б. Ю. Ивантер-Брагинская (Журн. по из. ран. дет. возр., т. IV, № 5) нашла, что наилучшим методом лечения является здесь вакцинотерапия: излечение при ней достигается в более короткий срок, чем при местном лечении, рецидивы наблюдаются реже, чем при этом последнем. Впрочем успех вакцинации, между прочим, зависит от времени начала ее применения (раннее применение дает лучшие результаты, чем позднее) и от свежести вакцины (чем вакцина свежее, тем она более действительна). Здесь кстати упомянем, что автор применял вакцины лаборатории б. Блюментала (стандарт—100 милл. б.) и Института имени Мечникова в Москве (стандарт—500 милл. б.). Вакцина, сначала в количестве 0,1—1,0 к. с., вприскивалась под кожу бедра; вприскивания повторялись, когда реакция от вприскивания исчезала.

В. С.

245. *Лечение острого гонорройного аднексита.* Von Kennel (Münch-med. Woch., 1926, № 45) рекомендует для этой цели внутривенные вприскивания афенила (10% раствора хлористого кальция фирмы Knoll) в дозе 10 куб. сант. Производя эти вприскивания по разу в день, можно, при острых и подострых гонорройных сальпинго-оофоритах, в 8—12 дней получить такие результаты, какие при обычном противовоспалительном лечении получаются лишь в 3—4 недели, а декая вприскивания по 2 раза в день, можно уже в 2—3 дня купировать острый аднексит. Благоприятный эффект оказывают вприскивания хлористого кальция и на сопутствующие аднекситу метротатии. Каких-либо неблагоприятных побочных последствий от форсированного применения вприскиваний автор не наблюдал.

Р.

246. *К лечению хирургических осложнений гонорреи.* Шапиро (Вестн. Совр. Мед., 1926, № 9) рекомендует для лечения гонорройных артритов старый способ Снегирева, употреблявшийся им для лечения гонорройных заболеваний внутренних женских половых органов. Способ этот состоит в 2—3-кратном подкожном вливании 1000—1500 куб. ст. физиологического раствора с промежутками в 2—4 дня. Чем выше температура у больных, тем лучше результаты. В противоположность гонорройным заболеваниям внутренних женских половых органов, при гонорройных артритах лучшие результаты получаются в остром периоде.

Н. Кипченко.

ж) Болезни уха, носа и горла.

247. *Люмбальная пункция и слух.* Д-р Могильницкий (Вест. Ринол.-от., 1926, № 4—5) на 85 случаях тугоухости различной этиологии убедился в благоприятных результатах люмбальной пункции. Результаты эти—временные, делающиеся более стойкими при последующей фарадизации ушей. Улучшение слуха после пункции есть следствие понижения внутричерепного и внутрилабиринтного давления, каковое понижение ведет к улучшению условий кровообращения в лабиринте.

Л. Алексеева.

248. *О глухоте после хинина.* Д-р Файн (Вест. Р.-л.-о., 1927, № 1) приводит три случая развития глухоты после подкожных инъекций хинина (от 10 до 20 инъекций). Wittmaack от действия хинина обнаружил дегенеративные процессы в gang. spirale cochleae, gang. vestibulare и в корневом органе. Попытки медикаментозного лечения и электризация не дают результатов.

Н. Лопатина.

249. *К этиологии озыны.* Albrecht (Zeit. für Hals-, Nasen-und Ohrh., 1926; Bd. 15, 2—4 Heft) думает, что из многочисленных теорий возникновения озыны только две заслуживают внимания, а именно, во-первых, та, которая говорит о специфическом возбудителе, во-вторых, та, которая считает причиной возникновения озыны конституцию. Автор исследовал 25 семей, в которых неоднократно встречалась эта болезнь, и пришел к заключению, что озына является болезнью наследствен-

ной, причем переходит только к родственникам по крови, и никогда супруги не заражают друг друга, как-бы это имело место, если-бы оправдалась теория инфекции. Автор полагает, что озена начинается у всех с катарра слизистой, которая реагирует на раздражение распространением соединительной ткани. Форма и величина просвета носа имеет при этом существенное этиологическое значение.

М. Венецианова-Груздкова.

250. *Имплантация кости при озене.* Möbius (Zeit. für Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk., 1926, S. 214) проделал 80 операций имплантации спонгиозной коровой кости при озене, получив при этом удовлетворительные результаты. Опыт показал ему, что целесообразно употреблять в качестве имплантата очень порозую кость, так как соединительная ткань может совершеннее прорости ее. При этом автор употреблял маленькие кусочки кости, так как они лучше входят в нос и лучше прорастаются грануляционной тканью. Очистка носа, очень важная в смысле асептики, производится неоднократным промыванием алкоголем и смазыванием водной настойкой. При отсепаровке слизистой надо избегать ее разрывов. Швы, по мнению автора, здесь ненужны и даже опасны, ибо они могут разорвать слизистую или внести инфекцию. Что касается результатов, то М. приводит их лишь относительно тех случаев, которые он проследил 3—4 года. Таких больных у него было 18, все с двухсторонней озеной. За исключением 2 больных все они были оперированы только с одной стороны. В половине случаев кусочки кости приросли хорошо, в другой же половине маленькие кусочки кости выделялись из носа по прошествии нескольких месяцев после операции. У 3 пациентов вследствие отделения кусочков почти не наступило улучшения, из остальных 15 у 6 получились прекрасные результаты,—носовой просвет сузился, и больные совершенно освободились от насыхания коры и запаха; у 9 больных пришлось делать промывания.

М. Венецианова-Груздкова.

Рецензии.

Prof. K. Biesalski. *Grundriss der Krüppelfürsorge.* Leipzig. 1926.

„Основы помощи увечным детям“ представляют третье издание книги, вышедшей раньше под названием «Краткое руководство помощи увечным детям». Книга разделена на 8 глав. В первой дается определение понятия увечья, разбираются значение его с социальной точки зрения и моменты борьбы с ним, и приводятся статистические данные о количестве увечных детей; из этих данных видно, что в Германии к 1925 г. было 97,907 увечных детей, в том числе нуждавшихся в помещении в специальные учреждения—около половины; для увечных детей имелось 78 специальных учреждений с общим числом кроватей 10,877. Вторая глава посвящена законоположениям об увечных детях; между прочим в Германии акушерка и врачи обязаны уведомлять о всех случаях врожденных уродств, как равно врачи и учителя обязаны уведомлять о всех случаях врожденной или приобретенной инвалидности у лиц до 18 лет. Третья глава говорит о деятельности врача-ортопеда в области борьбы с различными видами увечности. В четвертой главе разбирается вопрос о важности знакомства с основами ортопедии и популяризации этих сведений в широких массах, об организации амбулаторной помощи, подготовке специального вспомогательного персонала и о профилактике в ортопедии. Пятая глава посвящена вопросам воспитания и обучения увечных детей в семье и школе; работа врача и педагога тесно переплетаются в этой области, психологический момент играет здесь большую роль. В шестой главе идет речь о профессиональном воспитании и о восстановлении трудоспособности; увечным детям доступно до 1500 различных видов занятий и ремесл. Седьмая глава посвящена истории развития и современному состоянию вопроса о помощи увечным. Наконец, в восьмой главе приводится литература вопроса (указан 41 источник).

В конце книги приведена таблица всех учреждений по помощи увечным в Германии и Австрии с указанием числа коек в каждом, их руководителей, состава персонала, характера учреждения и его особенностей. В этом перечне много ценных указаний. В числе руководителей значатся Biesalski, Ludloff, Lange, Baeyer, Drehmann, Schede, Rosenfeld, Loeffler, Spitz, Wittek,

Valentin, Port, Rey, Elsner, Schlee. Имена эти указывают, в каких верных руках находится дело помощи увечным в Германии.

Книжка иллюстрирована 120 прекрасными рисунками, написана с глубоким знанием и любовью, как все, что выходит из-под пера проф. Biesalski. Она заслуживает внимания не только врача-ортопеда,—здесь найдет для себя много поучительного и интересного всякий врач и педагог. Особый интерес представляет для нас эта книжка еще потому, что вопросы помощи увечным детям у нас едва намечены.

Проф. С. Трегубов.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Физиологическая секция.

Заседание 4/IV.

Д-р М. В. Сергиевский: *К вопросу о торможении секреции слюнных желез.* В задачу докладчика входил детальный разбор условий торможения и установления отношения тормозящих нервов к некоторым фармакологическим веществам. Оказалось, что симпатический нерв при раздражении сильным током вызывает, параллельно с остановкой секреции слюны, полученной раздражением хорды, также изменения в кровообращении железы, а возможно, и в химизме крови. При совместном раздражении *sympathici* и введении пилокарпина тормозящее действие первого резко ослабляется. Докладчик устанавливает, в противоположность общепринятому мнению, что здесь нельзя говорить о пилокарпином параличе симпатических тормозящих волокон. По С., в данном случае, кроме совместного секреторного стимулирования, существует совместное обоих факторов действие на сосуды железы; но действие это взаимно-противоположно: в то время, как пилокарпин расширяет сосуды (проф. В. М. Соколов), *sympathicus* их суживает. Поэтому при пилокарпином отравлении нужна большая сила тока и больше времени для выявления действия симпатического нерва. Что в тормозящем эффекте последнего имеется и зависимость от кровообращения в железе, подтверждается еще, во-первых, тем, что торможение начинается, когда ясно заметно изменение цвета крови и ее оттока, во-вторых, совпадением периода последствия симпатического торможения секреции с периодом постепенного восстановления нормального кровообращения. Анализируя тормозящее действие хорды, докладчик отмечает, что почти никогда нельзя получить полной суммации секреторного эффекта от удвоения силы и частоты раздражения. Усиление секреции от последующих раздражений можно получить, применяя лишь минимальные раздражения. Все более и более увеличивая раздражения (после периода отдыха), можно видеть, как секреция мало-по-малу отстает в параллельном росте, уменьшается и, наконец, совершенно останавливается. Особенно рельефно это проявляется при быстрой смене силы (частоты) раздражений. Трудно получить суммацию при совместном применении пилокарпина и хорды. Таким образом здесь имеется полная противоположность действию *sympathici*. Думается, что в данном случае дело заключается не в активации пилокарпином тормозящих волокон хорды, а в простом перераздражении. После атропина влияние хорды на *g. submaxillare* выпадает целиком, но можно было-бы допустить, что атропин, парализуя секреторные волокна хорды, не затронет ее тормозящих волокон. Пилокарпин, кураре (в малых дозах), адреналин — вызывают секрецию и после дегенерации нервных окончаний. Таким образом общее в тормозящем действии хорды и *sympathici*—это зависимость тормоза от силы раздражений. Вывод докладчика таков: явления торможения зависят от самой стимулируемой ткани, в которой торможение и возбуждение могут протекать не только в зависимости от нервного воздействия, но и от сосудистых изменений. Возможно, что клетки железы обладают рецепторами в смысле L a n g l e y'a.

Прив.-доц. А. Д. Гусев: *К вопросу об эритро-гемоглобино-преципитинах* (реферат не доставлен).

Д-р В. О. Бик: *К методике исследования артериальной системы головного мозга* (реферат не доставлен).

Секретарь М. Сергиевский.

Хирургическая секция.

Заседание 3/III.

Д-р П. С. Крестников: *Prolapsus recti* (с демонстрацией больного). Больному этому проф. А. В. Вишневским под местной инфльтрационной анестезией произведена операция по комбинированному способу,—задняя перинеорафия с кокцигонексией и внутрибрюшная фиксация прямой кишки.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов и А. В. Вишневский. Последний во избежание рецидивов рекомендует, при выпадении прямой кишки,—как это делают гинекологи при выпадении матки,—присоединять к пластике тазового дна внутрибрюшную фиксацию с разрезом живота по средней линии.

Проф. П. А. Глушков: *О пластической резекции нижней челюсти*. Методы пластической резекции нижней челюсти (Billroth, Красиц) ставят своей задачей получение широкого доступа для операций на языке. Что же касается случаев злокачественного новообразования дна полости рта и языка с переходом новообразования на внутреннюю поверхность дуги нижней челюсти, то здесь встает вопрос об иссечении куска этой последней с последующей (вторичной) пластикой иссеченного участка. Имея дело с таким именно случаем в своей клинике, докладчик, пользуясь идеей Bardenheuer'a-Дьяконова, выработал план операции резекции пораженного процессом участка дуги нижней челюсти с одновременным пластическим замещением дефекта. Сущность способа состоит в предварительном выпиливании Дьяконовской костной призмы из передне-нижнего края тела челюсти в области перехода новообразования на внутреннюю поверхность костной дуги. Призма остается в соединении с кожно-надкостничным лоскутом, и, после надламывания дистального конца ее, весь кожно-надкостнично-костный лоскут откидывается в сторону, а внутренний отрезок тела челюсти удаляется вместе с соответствующим участком дна рта и языка. После этого лоскут ставится вновь на свое место, и костная призма фиксируется швом на месте. Для уменьшения бокового давления на реплантированную костную призму, на зубы здоровых участков дуги челюсти необходимо наложение глухой фиксации к опорной дуге, наложенной на верхнюю челюсть (по Тигерштедту).—Прения: проф. А. В. Вишневский нашел способ П. А. Глушкова заслуживающим внимания; проф. В. Л. Боголюбов применял для замещения дефекта челюсти всаживание ребра, причем, хотя последнее приживало и не всегда, но разрастающаяся соединительная ткань не допускала нарушения симметрии лица; способ докладчика, по мнению проф. Б., красив и применим в начальных стадиях прорастания новообразованием нижней челюсти.

Д-р Н. М. Утробин: *К казуистике подбородочных свищей* (с демонстрацией больной). Нередки неудачи, постигающие хирургов при оперативном лечении подбородочных свищей зубного происхождения путем выскабливания, или выдалбливания нижней челюсти, объясняются неправильным предположением о связи этих свищей с заболеванием челюсти. Между тем, по учению Partsh'a, Fichera, Rogta и др., виновником здесь является чаще всего скрытый апикальный или периапикальный фокус фронтальных нижних зубов при гангрене пульпы. Диагностика такого скрытого зубного процесса ставится путем осмотра, перкуссии, сравнительной реакции зубов на температурное воздействие и индукционный ток и, наконец, при помощи рентгенографии. Лечение, по Partsh'у, должно состоять в резекции верхушки корня виновного зуба, что с успехом и было произведено в демонстрированном случае у девицы с существовавшим 7 лет и неоднократно леченным подбородочным свищем.—Прения: профф. П. А. Глушков и В. Л. Боголюбов.

Д-р Б. В. Огнев: *Случай подковообразной почки* (демонстрация препаратов).—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и д-р А. Н. Сызганов.

Д-р П. Н. Маслов: *Псевдомиксома червеобразного отростка* (с демонстрацией препарата). Случай редкий,—в литературе описано лишь несколько десятков таковых.—По поводу доклада сделал некоторые замечания проф. В. Л. Боголюбов.

Соединенное заседание Хирургической и Акушерско-Гинекологической секций по поводу столетия со дня рождения Lister'a, 13/IV.

Проф. В. Л. Боголюбов: *Joseph Lister и его значение в хирургии*.—В дополнение к докладу проф. Б. проф. В. С. Груздев охарактеризовал роль Lister'a и листеризма в истории гинекологии вообще и русской гинекологии в частности.

Память *Listera* была почтена вставанием. Затем постановлено было послать приветствие ветерану русской хирургии, проф. В. И. Разумовскому, по поводу исполнившегося 70-летия со дня его рождения.

Проф. В. С. Груздев: *Грыжа беременной матки в послеоперационном рубце после аппендэктомии*. Доклад будет напечатан в «Каз. Мед. Жур» полностью.—По поводу его сделаны были замечания проф. В. Л. Боголюбовым.

Проф. М. О. Фридрих: *Новые в вопросе о заболевании эпифизов*. Доклад также будет напечатан в журнале полностью.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и В. С. Груздев. Секретарь прив.-доц. С. А. Флеров.

Офтальмологическая секция.

Годичное заседание 5/III.

Проф. В. В. Чирковский демонстрировал больного *после операции Krönléin'a по поводу ретробульбарной параневральной опухоли орбиты*. Больной Н. Г., 9 лет, находился под наблюдением в клинике с февраля 1925 г. Из анамнеза выяснилось тогда, что у него 4 мес. тому назад, после ушиба, стал выпячиваться правый глаз. Острота зрения в этом глазу равнялась 0,3, выпячивание определено экзофтальмометром Hertel'a в 13 мм., движения глаза были сохранены во все стороны, позади глаза прощупывалась твердо-эластическая опухоль без резких границ. При офтальмоскопировании—отечный сосок правого глаза; поле зрения сужено. RW++++, у отца RW+. Ребенку назначено специфическое лечение ртутью и сальварсаном, после которого к апрелю 1925 г. его состояние улучшилось: экзофтальм уменьшился на 2 мм., зрение повысилось до 0,6; это улучшение как-бы указывало, что здесь не исключена возможность опухоли специфического характера. В мае RW—. В январе 1926 г. Г. явился со следующими явлениями: острота зрения в правом глазу—0,1, экзофтальм почти не изменился; предложена операция, от которой родители больного, однако, отказались. В ноябре 1926 г. Г. был вновь принят в клинику, а 11 января 1927 г. у него была произведена операция Krönléin'a с видоизменением по Головину: после резекции костной стенки был открыт доступ к задней части глазницы, и опухоль, покрытая капсулой, была отделена тупым путем от незначительных сращений с оболочкой зрительного нерва, причем ни одной мышцы не было перерезано. Опухоль твердо-эластическая, 37 мм. длины и 29 ширины. Заживление раны гладкое. После операции—экзофтальм 4 мм., движения кнаружи вначале сильно затруднены. В настоящее время—экзофтальм 2 мм. и небольшой strabismus convergens; бывшая вначале диплопия почти совершенно исчезла, visus поднялся до 0,9 нормы, явления отечного соска прошли. Микроскопическое исследование опухоли позволяет говорить о параневральной фиброме с ксантоматозными изменениями в некоторых ее участках.—В прениях по докладу приняли участие проф. Чирковский и Адамюк и д-ра Архангельская и Дымшиц, отметивший интересное изменение рефракции у больного: при сдавлении глаза рефракция была гиперметропическая в 8,0 Д, а после удаления стала эмметропической.

Д-р Р. Х. Микаэлян: *Реакция Tricoire'a при трахоме*. Внутриочная реакция эта при трахоме была проверена автором у больных Трахоматозного Института без лимфатической конституции, причем оказалась положительной в 68% случаях, тогда как у контрольных больных, без трахомы, она была положительной лишь в 14% случаях. Больные трахомой с наличием лимфатико-гипопластической конституции дали отрицательную реакцию. Интрадермальная проба, произведенная с антигеном, приготовленным из экцидированного кусочка слизистой с фильтрованием через свечу, дала приблизительно такие же результаты, как и у трахоматозных больных без лимфатической конституции. При нагревании антигена и при пробе с аденоидным антигеном все результаты оказались отрицательными.—Прения: д-ра Рошин и Дымшиц и проф. Чирковский, заметивший, что, наблюдая реакцию, он был удивлен отсутствием положительных результатов ее в случаях трахомы с лимфатической конституцией и с антигеном аденоидной ткани, ибо казалось, что дело идет о неспецифичной реакции; для выяснения сущности реакции необходимо дальнейшее наблюдение.

Д-р Н. М. Морозов: *О татуаже роговицы по способу Кпарр'a*. Докладчик сообщил результаты клинических наблюдений татуажа роговицы хлорным золотом по способу Кпарр'a с демонстрацией больных. Способ был применен у 20 больных, в том числе у 19 с рубцовыми изменениями роговой оболочки и у 1 с cataracta traumatica cum synech. post. на здоровой роговице. Окраска про-

изводилась 2%, 3% и 5% нейтральным раствором хлорного золота и 3% раствором слабо-кислой реакции. Результаты окраски наблюдались до 3 месяцев. Удовлетворительный косметический эффект был получен в 4 случаях, неполный—в 14, неудовлетворительный—в 2. В I случае была получена окраска золотисто-коричневого цвета. Из осложнений наблюдался в одном случае прит. Способ технически легко выполним. Не сопровождался сколько-нибудь значительной травмой роговой оболочки, он может быть применяем и в тех случаях, где другие способы противопоказаны. Условия успеха применения хлорного золота не вполне выяснены, и метод нуждается еще в дальнейшем изучении.—В прениях д-р Крылов спросил, чем можно объяснить исчезновение диффузности окраски. Докладчик ответил, что, по мнению некоторых авторов (Кореневиц), основанному на микроскопическом исследовании препаратов роговиц, взятых в разное время после окраски, диффузная окраска в дальнейшем становится недиффузной и захватывает только клеточные элементы роговицы вследствие регенерации последних и абсорбирования хлорного золота из прилежащих к ним пластинок. Д-р М. Н. Куприянова осведомилась, накладывалась-ли повязка тотчас же после операции, или спустя некоторое время. В одном из наблюдавшихся ею 3 случаев окраски по Кпарр'у, где повязка была наложена спустя некоторое время после операции, получилась интенсивная черная окраска. Докладчик ответил, что в большинстве случаев повязка накладывалась тотчас после операции, и во многих случаях на другой день получалась тоже черная окраска, но в дальнейшем она теряла свою интенсивность так же, как и в тех случаях, где она вовсе не накладывалась. Кроме того, в прениях приняли участие профф. В. Е. Адамюк и В. В. Чирковский.

Секретарем секции д-ром А. Н. Кругловым был прочитан краткий отчет о деятельности секции за 1926 год. За отчетный период она имела 6 заседаний, на которых было заслушано 25 докладов; членов секции было 25 чел.

В Президиум секции были избраны: председателем проф. В. В. Чирковский, его заместителем проф. В. Е. Адамюк, секретарями д-ра А. Н. Круглов и Р. Х. Михаэлян.

Общество Невропатологов и Психиатров при Казанском Университете.

Заседание 23/III.

Д-р Е. В. Сухова продемонстрировала больного с поражением *conus* и *epiconus medullaris*. Больной Г., 44 л., не имевший lues'a, злоупотреблявший алкоголем, заболел в ноябре 1923 г. болями в пояснице и слабостью в ногах, заставившими его лечь в постель. Через 3 месяца наступило улучшение, Г. стал ходить, но правая стопа продолжала не действовать; растрейств тазовых органов не наблюдалось. В конце июля 1926 г., после ряда простудных моментов, снова слабость в ногах, а через несколько дней, после большой выпивки, парез стал очень резким, развились недержание мочи, запоры, импотенция. Через 2 месяца пролежень в области крестца, парестезии в стопах в виде чувства жжения и дерганья. Объективно: левый зрачок немного уже правого при живой реакции и нормальном глазном дне; paraparesis inferior, резче справа, паралич правой стопы; ходить может с трудом, пользуясь палкой; коленный рефлекс справа нормален, слева повышен, с Ахиллова сухожилия оба отсутствуют, брюшные и на кремастер живые, подошвенные не вызываются, анальный рефлекс отсутствует. Недержание мочи, запоры. При пассивных движениях в коленных суставах в начале движения повышение мышечного тонуса. Кожные виды чувствительности растроены в форме рейтуз в области ягодицы, задней поверхности бедер и голеней, тыле стопы, подошвенной поверхности стопы и наружном отделе нижней половины голеней (по корешковому типу). На голенях и стопах изменение электровозбудимости мышц, местами с характером реакции перерождения. Пролежень в области крестца. Плецитоз в спинномозговой жидкости 9,0 в куб. милл., р. Nonne и Arlet'a в I фазе положительная. Имеется артрит. Кровяное давление 210—95.

Д-р В. И. Бик: К вопросу о наследовании форм *circulus arteriosus Willisii*. Автор исследовал артериальную систему головного мозга лиц, связанных между собою кровным родством. Было исследовано три пары мозгов: первая принадлежала матери и плоду, вторая—thorasopagus и третья—двум двоюродным сестрам (их матери были родными сестрами). Артериальная система каждой пары обладала многими сходными чертами, причем это сходство особенно резко было выявлено в построении *circulus arteriosus*. У первой пары art. cerebri post. dex. снабжались кровью за счет a. carotis int. dex., a. art. basilaris почти целиком

продолжалась в art. cerebri post. sin. У второй пары отсутствовала art. communicans post. dex., а обе aa. cerebri ant. получали кровь через art. carotis int. dex. У третьей пары art. basilaris почти целиком переходила в art. cerebri post. dex., причем наблюдалась резкая асимметрия задней половины Willis'ева круга. Все три формы sigculus arteriosus, согласно литературным данным и исследованиям автора, являются формами необычными; формы 1-й и 3-й пары встречаются приблизительно в 10% случаев, а форма второй является еще более редкой. В виду незначительного количества случаев автор пока воздерживается от каких-либо определенных выводов.—В прениях по докладу приняли участие д-р Огнев, проф. Терновский и проф. Фаворский.

Д-р И. И. Русецкий: *К вопросу о патогенезе парциальной эпилепсии.* Доклад будет напечатан в „К. М. Журнале“.—Прения: проф. Фаворский и д-р Ворошилов. Секретарь Общества Ворошилов.

Научные Собрания врачей Гос. Института для усовершенств. врачей в Казани.

Собрание 87-е 15/XI 1926.

Проф. В. Е. Адамюк демонстрировал 2 больных *после кератопластики.*

Д-р Л. Н. Клячкин: *К вопросу о бальнеологической реак. ии.*

Д-ра А. Н. Круглова и Г. С. Лиорбер: *I Всесоюзный Съезд Глазных Врачей.*

Собрание 88-е 17/XII 1926.

Д-р А. Г. Мусин: *Случай об'известленного эхинококка брюшной стенки (с демонстрацией больного).*

Д-ра А. Н. Миркин, Э. Р. Могилевский и Д. Б. Рабинович: *Исследование хлоридов желудка, как диагностический метод.* Доклад полностью напечатан в № 2 журнала за тек. год.

Д-р М. С. Лифшиц: *III Поволжский Маларийный Съезд.*

Собрание 89-е 21/XII 1926.

Д-р С. Я. Голосовкер демонстрировал *леченного солями таллия больного с трихофитией.*

Д-р А. В. Вайнштейн демонстрировал *больного с злокачественным сифилисом, леченного прививкой resurgens'a.*

Д-р Н. А. Герасимова: *Физкультура и врачебная гимнастика в Германии.*

Собрание 90-е 28/XII 1926.

Д-р Б. С. Тарло: *Интрамуральная беременность и ангиомиома.* Докладчик демонстрировал макро-и микроскопические препараты редкого случая эктопической беременности. При гистологическом исследовании матки, удаленной по поводу миоматозного ее поражения, внутриматочного, вне полости матки и вдали от трубы, в дне матки были обнаружены части плодного яйца в различных стадиях дегенерации.

Он же демонстрировал макро-и микроскопические препараты *фибромы вульвы величиною с детскую головку.* Случай этот представлял диагностический интерес, так как опухоль, исходным пунктом которой была тазовая фасция или соединительная ткань, можно было смешать с грыжей. Интересен случай также со стороны наследственности, так как у матери больной в возрасте 60 лет на тех же половых частях развилась опухоль подобного же рода.

Проф. А. Ф. Самойлов: *Впечатления о Международном Конгрессе Физиологов в Стокгольме.*

Заседание 91-е 11/I.

Д-р А. А. Щеглова демонстрировала больную *после операции удаления внутриглазного цистицерка.* Остановившись на редкости заболевания и трудности распознавания внутриглазного цистицерка, докладчица отметила, что у больной была найдена эозинофилия крови в 6,5%, и в кале обнаружены яйца глист taenia solium. Паразит при операции, произведенной проф. В. Е. Адамюком, был найден в заднем отделе глаза и оказался личиночной формой taeniae solium—cysticercus cellulosaе.—Высказавшиеся по докладу профф. Е. М. Лепский и А. В. Вишневецкий отметили интерес случая в связи с увеличением глистной инва-

зии среди населения, а проф. В. Е. Адамюк указал на детали оперативной техники при извлечении инородного тела с задней поверхности глаза.

Д-р М. И. Мастбаум: *О доброкачественных экссудативных формах легочного тbc у взрослых.* По мнению докладчика в клинике легочного тbc необходимо выделить экссудативные формы с доброкачественным течением и медленным обратным развитием пневмонического фокуса. Конгестивные пневмонии развиваются вокруг активного туберкулезного очага и являются выражением повышенной чувствительности ткани к virus'. Эти формы, относящиеся, по Rankе, ко второму периоду, мы чаще встречаем у детей. Представленные докладчиком случаи из Терапевтической клиники Института демонстрировали клиническую картину этой формы у взрослых; один из этих случаев был особенно интересен благодаря сочетанию пневмонии с тbc спондилитом.—В прениях по докладу проф. Е. М. Лепский высказался против термина «конгестивная пневмония», предлагая называть такие пневмонии туберкуло-токсическими. Проф. Н. К. Горяев заинтересовался гистологической картиной представленных случаев. Проф. Р. А. Лурья высказалась за сохранение термина Tandler «конгестивная пневмония» и подчеркнул отмеченный докладчиком факт, что, вопреки установившемуся мнению, не все экссудативные формы тbc легких протекают тяжело и с плохим прогнозом. Д-р В. И. Катеров сообщил о двух наблюдавшихся им аналогичных случаях.

Д-р Р. Я. Гасуль: *Вопросы рентгенодиагностики и рентгенотерапии легочного тbc в свете новейших экспериментальных и клинических данных.* Докладчик указал, что на рентгеновской картине часто удается уловить и зафиксировать ранние формы вторичных инфильтраций, инфраклавикулярные инфильтраты, третичные формы детского тbc и целый ряд доброкачественных экссудативных процессов. Помощью повторных рентгеновских исследований удалось установить некоторую закономерность в локализации бронхогенных метастазов, которые имеют перекрестный характер (Neumann, Fleischer, докладчик). Переходя затем к рентгенотерапии, д-р Г. указал, что биомеханизм действия лучей на тbc процессы состоит, по видимому, в гуморальной и клеточной реакции тbc ткани и всего организма после фото-электронного импульса (раздражение в физиологическом смысле) лучей. Рентгеновские лучи—не специфический фактор. Оптимум их для тbc низкий. Лишь после выбора больного и долгого наблюдения для выяснения характера, качества, топографии и др. особенностей процесса можно приступать к рентгенотерапии, которую с успехом можно бывает провести и амбулаторно.

Он же: *О непосредственном влиянии лучистой энергии на живые клетки in vitro.* Исследование непосредственного действия лучей на живую клетку возможно лишь помощью методики тканевых культур по Harrisonу-Burrow-Sargelю. Докладчик в предварительной серии опытов исследовал влияние дневного света на ткани органов, физиологически функционирующих в темноте. Затем было приступлено к исследованиям, которые имели целью определить: 1) влияние рентгеновских лучей на моторную функцию мерцательного эпителия слизистой зева лягушки, 2) влияние лучей на редуционные свойства мерцательного эпителия и 3) морфологические изменения в ядре и протоплазме клеток под влиянием освещения X-лучами. Выяснилось при этом, что, начиная с определенной дозы (40% НЕД—300% НЕД) лучей в клетках обнаруживается повышенная деятельность, которая очень скоро прекращается. Освещенные клетки скорее погибают, чем не освещенные, молодые клетки оказываются в некоторых случаях более стойкими. В общем изменения в клетках носят деструктивный характер, даже после слабых доз.—В прениях по обоим докладам д-ра Г. выступили профф. Р. А. Лурья, М. О. Фридрих, Н. К. Горяев, Г. А. Клячкин, А. В. Вишневский и д-р М. И. Мастбаум.

Собрание 92-е 28/III.

Проф. Р. А. Лурья демонстрировал двух больных с эхинококком легких, самопроизвольно излечившихся путем опорожнения эхинококковых пузырей через бронхи. Один из этих больных был продемонстрирован в 1924 г., от операции отказался; в настоящее время после отхождения пузырей у него наступило полное клиническое выздоровление. Второй больной проделал заболевание, напоминавшее правосторонний плеврит; после отхождения эхинококка у него остались спайки в плевре, эозинофилия и резкая интрадермальная реакция.—По сделанному сообщению высказались профф. В. М. Аристовский, В. Л. Боголюбов и П. В. Васильев.

Д-р^г Ю. А. Ратнер: *К диагностическому значению болевых симптомов при язве 12-перстной кишки.* Остановившись сначала на патогенезе болей при заболевании внутрибрюшных органов и диагностическом значении болевых симптомов при язве 12-перстной кишки, докладчик отметил трудность диагноза скрытых форм язвы. Именно при этих формах, основываясь на топографо-анатомическом положении кишки, автор предлагает вызывать усиленный рефлекс путем тракции больного органа, которая даст более сильное болевое ощущение, чем давление. Тракцию эту он производит следующим образом: на уровне пупка справа, под давлением и направлением правой руки, пальцы левой кисти достигают позвоночника, фиксируются здесь в области 12-перстной кишки и производят смещение ее вниз. При паличии язвенного процесса и перидуоденита, а также при язвах привратника, в момент смещения duodeni получается резкая боль, вызывающая иногда громкий крик и стон. У здоровых субъектов, а также при холециститах и аппендиците à froid, этот признак отсутствует. Д-р Р. проверил его в 15 случаях, подвергнутых потом операции, и убедился в верности его показаний.—В прениях по докладу высказались профф. Н. В. Соколов, М. Н. Чебоксаров, Р. А. Лурия и В. Л. Боголюбов, пр-доц. В. А. Гусынин и д-р Л. М. Рахлин, причем все они отметили диагностический интерес предложенного автором метода, представляющего существенное подспорье к уже существующим методам диагностики язв 12-перстной кишки.

Д-р. Р. Я. Гасуль: *Лучи Wood'a в медицине и биологии* (с демонстрациями). Лучи эти, принадлежащие к участку спектра ультрафиолетовых лучей с длиной волны от 3700 А до 2700 А, изучены Wood'ом при помощи специальных жидких фильтров, поглощавших видимый свет и пропускавших чистый пучок ультрафиолетовых лучей. Когда такие фильтрованные лучи падают на какое-нибудь жидкое, твердое или газообразное вещество, последнее начинает светиться—флюоресцировать и фосфоресцировать. Эта люминисценция имеет всегда определенные цвет, оттенок и яркость, в зависимости от физической или химической структуры вещества. Таким образом, подвергая освещению различные вещества, одинаковые по внешнему виду, мы можем дифференцировать их по цвету их флюоресценции. Для объективного анализа нужно всегда сравнивать исследуемое вещество с одним из стандартов, которые должны быть наготове,—тогда анализ продлевается быстро и верно. Докладчик демонстрировал анализ различных веществ, встречающихся в судебно-медицинской практике (кровяные пятна и пр.), а также определение при помощи лучей Wood'a культур различных бактерий. Им были также продемонстрированы различные кожные поражения, дававшие различного цвета флюоресценцию.

Хроника.

129) При клиниках Казанского У-та открыты вечерние амбулаторные приемы, исключительно для застрахованных рабочих и служащих.

130) Наркомздравом Татарской республики назначен д-р Ен а л е е в, бывший ранее здесь заместителем Наркомздрава. Т. Ен а л е е в—сын крестьянина, во время войны работал аптечным фельдшером в армии, в 1920 г. поступил в Московский Медицинский институт, по окончании которого был назначен в распоряжение Областкома ТР.

131) Возбужден вопрос об учреждении в Казани медицинского техникума для национальных меньшинств, а именно, черемис, мордвы, зырян и вотяков.

132) В абортную комиссию Татарского наркомздрава с 1 октября 1925 по 1 октября 1926 г. поступило 1020 заявлений о желании произвести аборт,—на 136 больше, чем в предыдущем году.

133) В Татарской республике и Вотской области с истекшей зимы стали наблюдаться массовые отравления спорыньей, содержащейся во ржи последнего урожая. В некоторых кантонах Татарской республики количество заболевших исчисляется тысячами. Отравления дали будто-бы от 1 до 7% смертности. Для ознакомления на месте с положением вещей в наиболее пострадавшие местности был командирован Обществом Невропатологов и Психиатров при Казанском У-те д-р М а к с у д о в.

134) Поставлен на очередь вопрос о борьбе с чесоткой в Татарской республике. Болезнь эта имеет огромное распространение преимущественно среди татар. В неко-

торых кантонах, особенно Елабужском и Мензелинском, есть селения, где чесоткой поражены 50% населения.

135) Совнарком РСФСР постановил образовать при лечебных учреждениях специальный денежный фонд по охране материнства и младенчества, для образования какового фонда пойдут: 1) отчисления из прибылей по карточной монополии, 2) средства, отпускаемые на охрану матмлада ЦИК'ом, 3) средства, отпускаемые на это дело Кр. Крестом, 4) средства от трехдневников, 5) прибыль от подсобных и находящихся на хозрасчете предприятий отдела охраны матмлада и 6) случайные поступления.

136) Совнарком РСФСР постановил воспретить продажу спиртных напитков малолетним, а также лицам, находящимся в состоянии опьянения. Воспрещена также продажа их в буфетах театров, кино, клубов и др. культурно-просветительных учреждений и организаций. Исключение допущено для натурального вина и пива.

137) В № 6 «Бюлл. НКЗ'ва РСФСР» опубликованы правила принудительного освидетельствования и лечения больных венерическими болезнями.

138) Комиссия по стандартизации при Наркомздраве опубликовала проект стандартного списка акушерских инструментов. Жаль только, что в этом списке имена авторов приведены в очень оригинальной транскрипции вроде «Щипцы по Негелю», «Перфоратор по Блоту»; всего оригинальнее, однако, что известный ногодержатель маститого Д. О. Отта дважды фигурирует в списке под названием «ногодержателя по Отто».

139) Постановлением президиума ВЦИК'а все специальные отделы, подотделы и отделения медицинской помощи застрахованным ликвидированы, и все это дело передано органам здравоохранения.

140) Врачебные секции союза Медсантруд ряда северных губерний, от Ив.-Вознесенской до Архангельской, постановили принять материальное участие в издаваемом в Ив.-Воз. научно-общественном журнале «Северный Мед. Журнал». Секции ходатайствовали перед ЦК Союза разрешить соответственные отчисления из средств губотделов союза. Однако президиум ЦК почему-то не счел возможным удовлетворить эту просьбу и предложил губотделам отказаться от соиздательства (Вест. Совр. Мед., 1927, № 7).

141) На все клинические кафедры РСФСР предположено в 1927/8 уч. г. выделить 25-30 мест аспирантов из числа окончивших ординатуру или имеющих 3-годичный стаж работы в городских или сельских лечебных учреждениях. Кандидаты выдвигаются врачебными секциями союза Медсантруд и утверждаются комиссией по аспирантам при ГУС'е.

142) В Самарканде воздвигается новая больница стоимостью до 3 милл. руб.; в Златоустовском окр., на Урале, строятся 3 больницы, из коих самая крупная, в г. Златоусте, на 350 коек; стоимость ее исчислена в 1,800 тыс. руб.

143) В Нижнем - Новгороде открыт пятый в СССР Физико-Терапевтический Институт.

144) В текущем году, по словам газет, наблюдается небывалый наплыв больных на курорты.

145) 5 мая должно состояться торжественное собрание по поводу 150-летия существования бывш. Старо-Екатерининской больницы в Москве.

146) 15 мая текущего года Одесское Дерматологическое и Венерологическое Общество празднует 25-летний юбилей своей деятельности.

147) II Всеукраинский Съезд Терапевтов состоится в Одессе с 10 до 15 сентября 1927 г. Общее число докладов будет не более 35-40; на программные доклады будет дано до 45 мин., на внепрограммные—от 15 до 20. План занятий Съезда: 1-й день—доклады по висцеральному сифилису (докладчики профф. Заболотный, Мельников-Разведенков, Плетнев, Файншмидт, Лурия и пр.-д. Коган-Ясный); 2-й день—доклады о колитах (профф. Златогоров, Стражеско, Виноградов и Губергриц); 3-й день будет посвящен осмотру курортов, а вечером проф. Оппель произнесет речь «О путях, объединяющих различные дисциплины медицины»; 4-й день—доклады о заболеваниях суставов и их лечении (профф. Брусиловский, Пенкославский и Дитерихс и др. Серебренник); 5-й день—внепрограммные доклады. Последний срок приема внепрограммных докладов и тезисов—1 июня. Членский взнос—5 руб. По всем делам Съезда обращаться по адресу: Одесса, Факультетская Терапевтическая клиника, ул. Пастера, 9.

148) Мы уже нераз сообщали о предстоящем тек. летом (с 5 по 8 июня) в Саратове II Поволжском Научном Съезде Врачей. Заседания Съезда предполага-

ется разделить на пленарные и секционные. В тех и других будет заслушано около 160 докладов, в том числе программные: 1) Аборт. 2) Бесплодие брака и борьба с ним. 3) Акушерская помощь в Поволжском крае и соседних областях. 4) Охрана материнства и младенчества. 5) Аппендицит. 6) Рак нижней губы. 7) Рак матки и общественная борьба с ним. 8) Геморрой. 9) Заболевания миндалик и их роль при заболеваниях организма. 10) Заболевания зубов и полости рта в связи с разными заболеваниями организма. 11) Кумысолечение. 12) Диететика большого человека. 13) Инфекционные болезни детского возраста. 14) Скарлатина. 15) Малярия на селе. 16) Трахома в Поволжье. 17) Венерические заболевания и борьба с ними. 18) Об ответственности врачей. 19) Местный иммунитет. 20) Аллергия кожи в свете современных знаний. 21) Профилактика тbc по Calmette'y. 22) Водоснабжение и канализация в городах и сельских местностях Поволжья. 23) Проблема специфических вегетативных центров обмена. 24) Чума в Поволжье. 25) Современное состояние вопроса о глистных заболеваниях. 26) О медицинском мышлении. Заявления о докладах следует направлять на имя председателя Оргкомитета С'езда проф. С. Р. Миротворцева (Саратов, Ленинская пл., Правление Университета) до 1 мая; заявления эти обязательно должны быть снабжены тезисами или ауторефератами. При С'езде будет организована выставка.

149) III Союзный С'езд Патологов состоится в Киеве 15-20 сентября тек. года. В качестве программных вопросов намечены: 1) «О бластоматозном росте» (докладчики М. Vorst и Н. Н. Петров), 2) «О тканевых культурах» (А. А. Кронтовский и Rhoda Erdmann), 3) «Патология ретикуло-эндотелиальной системы» (Н. Н. Аничков и М. М. Павлов). Общее число докладов ограничено 50-ю. Заявления о докладах должны быть сделаны не позже 1 июня председателю РОП'а проф. А. И. Абрикосову (Москва, Трубниковский пер., д. 26, кв. 5) или председателю Оргкомитета С'езда проф. Н. Ф. Мельникову-Разведенкову (Харьков, у. К. Либкнехта, № 41). Оргкомитет просит всех докладчиков заранее представить к С'езду приготовленные к печати рукописи, равно тезисы и ауторефераты к ним. На С'езд изъявили желание приехать из-за границы, кроме Мах'а Vorsta (Мюнхен) и Rhod'y Erdmann (Берлин), профессора: Aschoff (Фрейбург), Lubarsch (Берлин), Hueck (Лейпциг) и Rössle (Базель). При С'езде будет устроена выставка.

150) Средний вес японских новорожденных—2,950,0 у мальчиков и 2,800 у девочек, т. е. на 450,0 ниже веса европейских детей; рост новорожденных у японцев тоже на 1 сант. меньше, чем у европейцев (Днепр. Мед. Ж., 1927, № 3-4).

151) Соед. Штаты Сев. Америки, по Morse-Woodburg'y (Клин. Мед., 1927, № 7) отличаются „наивысшею среди культурных стран смертностью родильниц и грудных детей на 1 месяце жизни“.

НЕКРОЛОГ.

6 апреля т. г. в Одессе скончался один из старейших русских профессоров-гинекологов, Всеволод Николаевич Орлов. Питомец Ленинградской гинекологической школы, В. Н. специализировался в области акушерства и гинекологии под руководством проф. А. И. Лебедева, в клинику которого был сначала ординатором, затем ассистентом. Кафедру в Новороссийском Университете (ныне Одесский Мединститут) он занимал с 1905 г., причем за 22 года своей профессуры создал здесь целую школу гинекологов,—школу, из которой вышел ряд профессоров (В. Д. Брандт в Харькове, Б. К. Гогоберидзе в Тифлисе, Г. Ф. Цомакион в Верхнеднепровске, В. А. Мишин в Воронеже). Из печатных трудов В. Н. особенно известен его „Учебник женских болезней“, выдержавший 2 издания.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

15) В виду нескольких случаев обращения ко мне с просьбой произвести „прививку против беременности“ со стороны супругов, прошу не отказать сообщить: 1) Однократное или многократное производить введение семени, и, если многократное, то через какие промежутки? 2) В чистом-ли виде или в теплом растворе вводится семя, и какова его дозировка? 3) Какова техника добывания прививочного материала?

Врач *Панин*.

Ответ. В настоящее время я не пользуюсь инъекциями семени в целях предохранения от беременности, т. к. мною (в сотрудничестве с д-ром Е. Н. Заболотской) выработана для этого *специальная вакцина*. Вакцина эта представляет собою карбонизованный физиологический раствор NaCl, в котором взвешены гетеро-сперматозоиды, убитые ацетоном. Один куб. с. содержит 300,000 сперматозоидов. Прививки делаются четырехкратные в возрастающих дозах с 7-дневным перерывом. Через 4—5 месяцев требуется новая однократная прививка. Вакцины в продаже не имеется, т. к. она продолжает еще испытываться. Экспериментальные данные и отдельные наблюдения над женщинами дали вполне благоприятные результаты. Надеюсь по испытанию выпустить означенную вакцину в продажу.

Проф. *М. Тушинов*.

16) Отец 4-летней девочки обратил мое внимание на имеющийся у нее в *gima pudendi* язычок в 1,8 сант. длиной и в 0,2 сант., толщиной, оказавшийся клитором. Следует-ли, в виду такого ненормально-длинного клитора, с наступлением половой зрелости опасаться возможности раздвоения физиологии женщины при одновременном наличии остальных нормальных признаков женского пола?

Д-р *Л. И. Клячкин*.

Ответ. Если судить по той обширной казуистике подобного рода уродств, какая имеется в известной монографии *Neugebauer's „Hermaphroditismus beim Menschen“* (Leipzig, 1908), раздвоение это, хотя и бывает, но не так часто.

Проф. *В. Груздев*.

17) Следует-ли в подобных случаях прибегать к ампутации клитора, когда и каким способом: перетяжкой, ножом или термокаутером?

Д-р *Л. И. Клячкин*.

Ответ. Это, конечно, будет зависеть от желания пациентки, когда она будет взрослой: В уже цитированной выше монографии *Neugebauer's* приведено 15 случаев, где при гипертрофии клитора была произведена ампутация этого органа, в том числе лишь 3 раза (случаи *Hartmann's*, *Herwetta* и *Berendes's*) у девочек 7, 5 и 4 лет, в остальных случаях—в возрасте 20 лет и старше. У малолетних девочек с этой операцией надо быть особенно осторожным еще и потому, что именно у них можно легко смешать гипертрофированный клитор с недоразвитым *penis*ом и ампутировать последний, как это было в случае *Berendes's*. Операцию эту лучше производить по обычным правилам современной хирургии, ножом.

Проф. *В. Груздев*.

18) Как избежать ошибок при определении срока поздней беременности, а также срока наступления родов, на основании объективного исследования?

Д-р *Я. Л. Голодец*.

Ответ. Вы совершенно справедливо отмечаете в своем письме, что ни один из объективных признаков, обычно указываемых в учебниках акушерства (высота стояния дна матки, длина плода, окружность живота беременной, состояние пупка, величина головки плода, стояние предлежащей части), не является вполне достаточным для точного определения времени беременности и даты предстоящих родов, причем иногда анамнестические данные,—именно, данные относительно времени наступления последних месячных,—позволяют с большею точностью сделать такое определение, чем это можно сделать на основании указанных признаков. Отсюда единственный выход для врача: во-первых,—не ставить диагноза срока беременности и времени наступления родов категорически, а всегда лишь с оговорками, приблизительно; во-вторых,—ставить этот диагноз не на основании одного какого-либо признака, а на основании всей совокупности их, причем должны быть принимаемы в расчет не только данные объективного исследования, но и анамнестические.

Проф. *В. Груздев*.

Издания „Казанского Медицинского Журнала“.

Вышел из печати и поступил в продажу:

„Разбор несовместимых и неразумных рецептов с приложением рецептурных формул и таблиц несовместимостей“ д-ра *С. И. Шермана*.

«Ознакомившись с работой д-ра С. И. Шермана, посвященной более рациональному прописыванию рецептов, я со своей стороны нахожу ее заслуживающей большого внимания, так как она касается в общем наиболее проблематичного вопроса. Формулы предлагаемых автором рецептов с химической стороны являются вполне рациональными и устойчивыми, в частности формулы рецептов для больнично-амбулаторного приема (страхасс) можно особенно рекомендовать для введения в практику».

Проф. *К. Бенниг*.

(Из предисловия).

Брошюра содержит следующие отделы: I. Разбор несовместимых и неразумных рецептов. II. Таблица несовместимостей лекарственных веществ. III. Перечни лекарственных веществ, содержащих алкалоиды, глюкозиды, кислоты, щелочи и т. д. IV. Стандартные рецептурные формулы.

Брошюра издана весьма тщательно, на отличной бумаге и сброшюрована в плотную обложку.

Цена 50 коп.

Имеются в продаже:

1. Проф. **М. О. Фридланд**. Биомеханика пневмоторакса, руководство для врачей. Цена 1 р.
2. Проф. **Е. М. Лепский**. Консультация для детей грудного возраста. 2 изд. Ц. 50 к.
3. Д-р **И. И. Русецкий**. К вопросу о содружественных движениях. Ц. 90 к.
4. Д-р **В. А. Гусынин**. Пластика лица. С 49 рис. Ц. 1 р.

Печатается:

Д-р **С. Я. Голосовкер**. О половом быте мужчины.

С требованиями обращаться в редакцию «Казанского Медицинского Журнала»: г. Казань, Акуш.-Гинекол. Клиника Университета.

Книги высылаются наложенным платежом; без задатка.
Приславшим деньги вперед — пересылка бесплатно.

ВЕСТНИК ЭНДОКРИНОЛОГИИ. Журнал, посвященный научной разработке вопросов о функциях и заболеваниях органов с внутренней секрецией. Ответственный редактор проф. В. Д. Шервинский. Издание Института Экспериментальной Эндокринологии Народного Комиссариата Здравоохранения. Выходит книжками до 6 печатных листов. Шесть книг составляют один том. Подписная цена 6 руб. № 1 (7) 2-го тома (январь 1927 г.) вышел и разсылается подписчикам. Подписка на 2-й том (1927 год) продолжается. Подписавшиеся непосредственно в редакции и уплатившие полную годовую плату (6 руб.), получают в качестве бесплатного приложения новую книгу: П. В. Бочкарев, «**Органотерапия практического врача**», 1922 стр. с иллюстр. Подписавшиеся на журнал через посредников и полугодовые подписчики приплачивают за книгу 1 рубль. Адрес редакции журнала «Вестник Эндокринологии»: Москва (2), Арбат, 36. Подписные деньги на журнал можно направлять непосредственно в Институт Экспериментальной Эндокринологии, Москва 11, Воронцово Поле, Николо-Воробинский пер., 14, для ред. Вестника Эндокринологии.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АРХИВ, издаваемый Главнаукой и на 1927 год на журнал Госиздатом по соглашению с Наркомздравом. Ответственные редакторы: М. П. Кончаловский и Г. Ф. Ланг. Ответственный секретарь Р. М. Обакевич, Москва (2), 2-й Смоленский пер., д. 1, кв. 12. Выходит 6 книг в год. Подписная цена: на год—8 р. Рассрочка платежа: при подписке—3 р., по получении 2 книг—3 р., по получении 4-й книги—остальные. В 1927 г. журнал имеет приложения: Яновский М. Общая терапия внутренних болезней. Ц. 4 р.—Гулевич В. Анализ мочи. Ц. 2 р. 70 к.—Крылов Д. Клинические лекции. Внутренние болезни и терапевтическая клиника. Ц. 1 р.—Lewis Т. Физиология и патология сердца. Ц. 75 к. Всего вместе 8 р. 45 к. за 4 руб. для годовых подписчиков. Подписка и заказы принимаются Отделом периодических и подписных изданий Торгсектора Госиздата (Москва, Воздвиженка, 10/2), провинциальными конторами и уполномоченными, снабженными удостоверениями Госиздата или его контор, а также всеми почтово-телеграфными конторами.

„Вестник рино-ларинго-отитри“, издаваемый о.-р.-л. клиниками Азербейджанского Ун-та (проф. И. И. Луков), Казанского Ун-та (проф. В. К. Трутнев), Саратовского Ун-та (проф. М. Ф. Цытович), Северо-Кавказского Ун-та (проф. Л. Е. Комендантов), будет выходить, как и в 1926 г., 6-ю книжками, объемом до 10 печатных листов каждая. К журналу будут даны приложения в виде отдельных статей диссертационного характера (в 1926 г. было дано: «К вопросу о стойких стенозах гортани и их лечений» д-ра А. Т. Бондаренко и «К вопросу об имплантации нервов в мышцы гортани» д-ра Н. Николаева). Подписная плата на 1927 год—10 рублей. Допускается рассрочка платежа: 4 руб. при подписке, 3 руб. — 1-го марта и 3 рубля—1-го мая. Подписка принимается во всех о.-р.-л. клиниках, участвующих в издании журнала. Подписка на журнал принимается и на 1926 год (подписная плата 6 руб.). Адрес редакции—Ростов-Дон, улица Фр. Энгельса, дом № 184 б, профессору Л. Е. Комендантову

Продолжается подписка на 1927 г. на **„ИРКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“** (5-й г. издания) под общей редакцией проф. Н. Н. Клодницкого, проф. А. А. Мелких и проф. М. П. Михайлова. Ответственный редактор проф. А. А. Мелких. Журнал выходит не менее 4 раз в год книжками в 6--8 печатных листов. Подписная плата: на год 6 руб., полгода—3 руб. К напечатанию принимаются только статьи, ранее нигде не напечатанные. Рукописи должны быть написаны четко и разборчиво (по возможности на пишущей машинке) на одной стороне листа. Адрес редакции: Иркутск, Улица Карла Маркса, д. № 3.

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ И ПОГРАНИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ. Подписная цена на год с пересылкой 22 рубля, без пересылки 20 рублей. В отдельной продаже цена книжки 2 р. 50 к., с пересылкой 3 рубля. Допускается рассрочка платежа в 4 срока, а также посылка журнала наложенным платежом. Книжным магазинам и издательствам скидка по соглашению. В редакции имеются в ограниченном числе экземпляров на складе вышедшие книжки, за исключением 1 и 2-ой. Адр.: Ленинград, Фонтанка, 106 проф. И. И. Грекову.

Издание „Казанского Медицинского Журнала“.

ВЫШЛА ИЗ ПЕЧАТИ И ПОСТУПИЛА В ПРОДАЖУ:

„ПЛАСТИКА ЛИЦА (ПРИРОТОВАЯ ОБЛАСТЬ)“.

Д-ра В. А. ГУСЫНИНА.

КНИГА ИЗДАНА НА ВЕЛИКОЛЕПНОЙ ПЛОТНОЙ
БУМАГЕ И СНАБЖЕНА 49 РИС. В ТЕКСТЕ И НА
ОТДЕЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ.*

ЦЕНА 1 РУБЛЬ.

ВЫСЫЛАЕТСЯ НАЛОЖЕННЫМ ПЛАТЕЖОМ, БЕЗ
ЗАДАТКА. ПРИСЛАВШИМ ДЕНЬГИ ВПЕРЕД—ПЕ-
РЕСЫЛКА БЕСПЛАТНО. * * *

ТРЕБОВАНИЯ И ДЕНЬГИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ РЕДАКЦИИ:
г. Казань, Акушерско-Гинекол. Клиника Университ та.

Открыта подписка на 1927 год на **ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.**

XXXVIII год издания. Орган Акушерско-Гинекологического Общества в Ленинграде. Под редакцией проф. К. К. Скробанского. Журнал выходит каждые 2 месяца. Подписная цена: на год 10 руб., за границу—12 руб. Допускается рассрочка платежа: при подписке—3 руб., 1 февраля—3 руб., 1 апреля—2 руб. и 1 июня—2 руб. Деньги адресовать: Издательство „Практическая Медицина“, Ленинград, улица Лассалья, № 2.

Ежемесячный журнал **„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“** (38-й год издания),

под редакцией проф. М. В. Черноуцко. В 1927 году предполагается поместить в журнале следующие работы: William Osler, проф. Руководство по внутренней медицине (The principles and practice of medicine). Пер. с 10-го англ. изд. 1925 г. Около 1000 стр. текста.—K. Stich и M. Makkas. Ошибки и опасности при хирургических операциях. Пер. с нем. изд. 1923 г. Около 500 стр. текста с 146 рис.—Маслов М. С., проф. Основы учения о ребенке и о заболеваниях детского возраста. Том II, около 300 стр. большого формата и узористой печати с мног. рис. и диаграммами.—Lesser-Jadassohn. Болезни кожи и половых органов. Пер. с 14-го нем. изд. 1926 года, переработанного проф. Jadassohn'ом. Около 600 стр. большого формата с мног. рис.—Гентер Г. Г., проф. Акушерский семинарий. Около 250 стр. большого формата и узористой печати с мног. рис.—Бичунский И. М., доцент. Болезни желудка. Общая часть.—Neumann W. Клиника начинающегося туберкулеза у взрослых. Часть I. Ход исследования. Кроме того, в журнале будет напечатан ряд монографий по различным отделам медицины. Приложение: Медицинский календарь на 1927 г. Подп. плата на журнал с приложением медицинского календаря на год 20 руб. Допускается рассрочка—при подписке 5 руб., затем 1 февраля, 1 апреля и 1 июня по 5 руб. Новые подписчики получают 1 том соч. проф. М. С. Маслова «Основы учения о ребенке и заболеваниях детского возраста» за 5 руб. с пер. (вместо 6 руб.). Деньги адресовать: Издательство «Практическая Медицина», Ленинград, улица Лассалья, № 2.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

приготовленная по способу профессора д-ра БЮХНЕРА. ■ Энергичное тонизирующее средство при различных состоян. истоц. организма.

Показания: { **неврастения, спинная сухотка, импотенция и пониженный обмен (ожирение).**

ВСЕ ВИДЫ МЫШЕЧНОГО и НЕРВНОГО ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ и у РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ.

Доза для внутр. употр. 20—30 к. до 3-х р. в день.

Имеется в продаже во всех аптеках СССР.

Врачам и лечебным заведениям высылается для испытания бесплатно.



ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
АДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

«ГАЛЕН-МОСКВА»

МОСКВА
№ 5
ПЕРЦЕНА



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

даст быструю и надежную
МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ

при небольших оперативных вмешательствах,
при операциях в полости рта и в
ЗУБОВРАЧЕВАНИИ.

ЛИШЕН ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ.

посылки: { 3 ампулы за 4 р. 50 к. } высылаются
 { 6 " 8 р. — к. }
наложенным платежом, без задатка. Пересылка
и упаковка бесплатно.

CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«Тален»



«Москва»