

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

1927 г.

(Год издания XXIII).

№ 9.

Сентябрь.



КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА

Главлит ТССР № 922.

Заказ № 880.

Тираж 3500 экз.

Типография „Красный Печатник“ Татполиграф, Казань, Казанская, 9.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Увлечения терапии в прошлом и настоящем *).

Проф. Н. Е. Кушева (Саратов).

С легкой руки известного русского хирурга С. П. Федорова, поместившего в „Новом Хирургическом Архиве“ за 1926 г. (т. X, № 4—5) статью „Хирургия на распутье“, появились многочисленные сообщения по поводу затронутых в этой статье вопросов: откликнулись главным образом хирурги, затем гинеколог, патолог и окулист. Молчат только терапевты, как будто на нашем фронте все обстоит благополучно, и как будто у нас нет таких же злободневных вопросов, которые так заинтересовали врачей других специальностей, в особенности хирургов. Я полагаю, что современные увлечения, отмеченные так ярко и талантливо проф. Федоровым в хирургии, существуют и в нашей специальности и дают нам право затронуть их в особом докладе, который и разрешите сделать в настоящем заседании.

Но прежде, чем перейти к изложению современных увлечений в терапии, остановлюсь сначала на временах давнопрошедших, когда в медицине повторялось в этом отношении то же, что и теперь.

Увлечения лечебными методами, о которых говорит проф. Федоров, известны в самой глубокой древности; одним из распространенных увлечений было кровопускание, которое пропагандировала очень сильно Косская школа вместе с отцом медицины Гиппократом; особенно часто прибегали к этому средству во времена Галена и его последователей, применявших кровопускание почти при каждой болезни. Как известно, кровопускание практиковалось очень долго, несколько столетий, достигши громадных размеров в средние века. „С большим остроумием,— пишет Wolzendorf,—доказывали в средние века и даже вплоть до XIX столетия пользу кровопускания—с одной стороны, как средства, отвлекающего и возобновляющего, а с другой—как уменьшающего количество крови, т. е. питательного материала. Его поэтому применяли при неправильном распределении крови, при плеворе, при лихорадочных болезнях и различного рода воспалительных процессах, при гиперемиях, опасных кровотечениях и повреждениях, судорогах, застарелых вывихах, ущемленных грыжах, аневризмах и т. д. Словом, трудно было найти болезнь, при которой не прибегали-бы к общему кровопусканию!!!!.. Нигде так часто,—продолжает тот же автор,—не погрешали, никогда так сильно не злоупотребляли этим лечебным средством, как это было с кровопусканием при лечении пневмонии.“

*) Сообщено на II Поволжском Съезде Врачей в Саратове 9/VII 1927 г.

На моей памяти, когда я был студентом, кровопускание было в полном разгаре, и затем уже врачом я наблюдал в бывшей Саратовской Губернской Земской больнице в 80—90 годах прошлого столетия широкое применение этого средства у амбулаторных и стационарных больных при различных болезнях.

В настоящее время круг болезней, при которых назначается общее кровопускание, сильно сузился.

Как вы видите, это увлечение—или, лучше сказать, заблуждение—тянулось несколько веков и наделало немало бед; за это время было пролито крови не меньше, чем на войнах, и нужно только удивляться, насколько слепо подчинялись врачи авторитетам своих предшественников.

Та же самая история, но в меньших размерах, повторилась с общеизвестным теперь препаратом—иодом. Очень быстро, вскоре после его открытия в 1813 г., под начали применять при различных болезнях. Вот что писал по этому поводу известный физиолог Feschner: „Иод есть медикамент необычайной силы, и это весьма естественно. Не прошло еще года с тех пор, как иод стал действовать против золотухи, и поэтому иод еще так молод, что не мог потерять своей силы, потому что мы находим, что он в начале своего действия обнаруживает удивительно необыкновенный эффект, и что все медикаменты, прежде уже употреблявшиеся против той же болезни, становятся совершенно излишними. Но когда новый медикамент полежал некоторое время в ящиках аптекарей, почему-то он быстро теряет свою силу подобно тому, как дети, от которых в молодые годы ожидали, что они будут гениальны, потом выходят глупцами. То же самое недавно мы видели с корнем ратании. Казалось, что ратания будет сильнее всех медикаментов, и что она всех их выкинет вон из аптеки; она была даже сильнее хинной корки, которая все-таки у нас всегда удерживается. Теперь ратания должна быть сдана в архив, потому что она, очевидно, одержима таким старческим маразмом, что спокойно может лежать рядом с коломбо и т. п. Нужно было-бы советовать врачам, чтобы они теперь, пока иод еще в молодости, как можно больше пользовались им, так как, очевидно, очень скоро этот иод будет поражен старческим маразмом. Медикамент, раз он нашел слабую точку на человеке, начинает раз'едать его, и уже иод начинает действовать постепенно на все органы тела: при золотухе, болезнях матки, и наверное постепенно будет употребляем при всех болезнях. Ктому же имейте в виду, что, если врачи-гомеопаты употребляют иод против одного рода болезней оттого, что он вызывает исхудание, то врачи, именуемые аллопатами, употребляют иод против другого рода болезней. Таким образом можно придти к тому убеждению что иод должен действовать против всех болезней только потому, что он вызывает худобу.“

Всеобщее увлечение иодом продолжалось недолго, и в конце концов, как известно, этот препарат и его соли стали употреблять главным образом при хроническом ревматизме, сифилисе и его осложнениях.

Не менее известно увлечение холодными ваннами и жаропонижающими. Холодные ванны, с легкой руки Jürgensen'a, Liebermeister'a и др., начали применять при различных инфекционных заболеваниях с целью понижения высокой температуры; особенно часто прибегали к холодным ваннам при брюшном тифе. Холодные ванны температурой в 15°—18° С. советовали делать при каждом значительном повышении

температуры несколько раз в сутки, по 15 и более минут. Вскоре оказалось, что такой способ отнятия жара у больных мало приносит пользы, а иногда причинял вред. Вот каким образом описывает этот период увлечения холодными ваннами известный русский терапевт проф. Эйхвальд: „Представьте же себе, что вас в состоянии жара прямо опускают в холодную ванну! Какую массу неприятных рефлекторных явлений это может произвести! В то время не было тишины и спокойствия в палатах больных, благодаря этому требованию учащать ванны, потому что, если одна не действовала, то делали 2, 4, 6, 8 ванн в сутки. Спали больной или не спал, в каком-бы положении он не находился, его грубыми руками вытаскивали из кровати, бросали в холодную ванну, оттуда опять переносили в кровать, и, как только больной успокаивался и засыпал, его снова тащили в ванну. Это значило не лечить, а мучить! Так поступали не только у нас, но и за границей. Теперь это время миновало. Было даже неприятно ходить в палаты: эти мольбы больных—дать им отдохнуть, уснуть; эти стоны их были ужасны! Человек, который относится к больным с сочувствием, видит, что тут было что-то неладное.“

Я застал этот период увлечения холодными ваннами в конце и даже сам испытал их во время своей болезни—брюшного тифа. Трудно представить более мучительную процедуру, когда при температуре в 40° вас переносят в холодную ванну. К счастью, в настоящее время этот метод лечения, введенный немецкими терапевтами, исчез.

Та же история повторилась и с жаропонижающими средствами. Было время, когда все инфекционные болезни с высокой температурой лечили жаропонижающими. Я вспоминаю применение первого медикамента из этой серии—каирина. Это был такой препарат, с помощью которого возможно было понизить температуру до нормы и даже ниже нормы. И вот, новое средство начали испытывать при тифозных заболеваниях, добиваясь почти безлихорадочного течения, но скоро убедились, что оно нередко действовало токсически, вызывая нежелательные осложнения. На смену кайрину появились антифебрин, таллин, антипирин и др. Испытание всевозможных антипиретических средств показало, что при инфекции дело заключается не в одной только высокой температуре, но в действии вредных веществ, вырабатываемых микробами; поэтому в настоящее время употребление жаропонижающих оставлено.

Мы знаем из истории медицины и о других заблуждениях на почве применения различных средств. „Так, в конце XVIII века,—пишет проф. Российский,—большим распространением пользовался способ лечения самых разнообразных заболеваний „испражнятельными и ослабляющими“ средствами, причем способ этот настолько часто применялся и вызывал такое большое количество смертных исходов, что Австрийская врачебная управа в 1796 году издала наставление военным врачам, в котором, считая причиной большого количества смертей в армии применение при всех болезнях этого метода лечения, рекомендовала быть с ними осторожнее“.

Я не буду больше останавливаться на исторических данных по поводу всевозможных увлечений, которые красной нитью проходят через весь длинный путь истории медицины, начиная с Гипократа. Заблуждения человечества вообще, и в медицине в частности, есть удел всех времен. Само собою разумеется, и наше время несвободно от них.

Чтобы не затягивать доклада, перейду к изложению современного положения интересующего нас вопроса и прежде всего остановлюсь на проф. С. П. Федорове, блестящая статья которого послужила толчком к последующим сообщениям многих врачей. Должен, однако, оговориться, что мысли и факты, на которые опирается ленинградский хирург, приходили также в голову и другим, но никто, по крайней мере в русской медицинской литературе, до Федорова не формулировал так ясно этот вопрос.

„Лет, пожалуй, 30 тому назад при ряде болезней,—пишет С. П. Федоров,—иссекали шейную часть симпатических стволов. Никто не убедился тогда в целесообразности таких операций, а теперь с огромным темпераментом взялись за повторение их. Пересадки желез внутренней секреции делали, приблизительно, столько же лет тому назад и блестящих результатов не видали. Теперь опять увлечение: стараются пересаживать всякие железы, но никто не знает до сих пор, действительно-ли и долго-ли функционирует такая пересадка, и чем она лучше, напр., препаратов сыновей Пеля“ (стр. 16). И дальше: „А лечение эпилепсии удалением надпочечника? Много труда и работы,—говорит Ляк,—горы печатной бумаги, смерти и смерти, и для чего? Чтобы сказать, что „на основании наших наблюдений мы должны заключить, что попытка излечить эту ужасную болезнь таким путем окончательно провалилась, и что дальнейших операций на надпочечнике при эпилепсии больше не нужно“. Почти та же участь постигла и эпинефректомию при спонтанной гангрене. И много еще в нашей хирургии таких темпераментных, эмпирических и модных увлечений, которые все время мешают ей стать действительно наукой.“

Таким образом в хирургии замечается в последнее время ряд увлечений, мимо которых пройти нельзя, и которые заставляют задумываться таких видных представителей науки, как проф. Федоров.

Перехожу затем к нашей специальности и покажу, что и терапия в последние годы особенно сильно увлекалась и увлекается различными методами лечения. К одним из недавних увлечений, продолжающихся отчасти и теперь, следует отнести метод лечения парэнтеральным введением различных белковых веществ—протеинотерапию.

„Увлечение протеиновой терапией,—пишет д-р Поляк,—бурным потоком разлилось в последние годы по всем направлениям медицинской и биологической научной мысли, захватило все области практической медицины и, казалось, грозило затопить значительную часть завоеваний учения о специфическом иммунитете.“

Протеинотерапия, как известно, применялась и раньше, в продолжении многих столетий, но особенно быстро начала распространяться с тех пор, как R. Schmidt, в 1916 г., стал рекомендовать инъекции молока для лечения многих болезней. Он же назвал этот метод лечения протеинотерапией. Этот метод основывается на следующих положениях, изложенных в статье R. Schmidt'a в 1923 г.: 1) парэнтеральное введение белков вызывает биолого-химические процессы в организме, подобные лихорадочным; 2) парэнтеральное введение белков там, где находятся очаговые воспалительные явления, ведет к повышению происходящих здесь биолого-химических воспалительных явлений. Как действует протеинотерапия,—до сих пор неизвестно; существует несколько теорий,

из которых наиболее распространенными считают две: по теории Weichardta благоприятное действие белков объясняется активированием протоплазмы, причем повышается способность клетки—увеличиваются секрета и проходимость клеточной протоплазмы; Bier же предложил т. наз. „теорию раздражения“ (Reiztherapie), по которой причина действия протеинотерапии заключается в гиперемии и клеточном распаде в патологически измененных очагах; пирогенное вещество, образующееся там, действует на центры тепла и стимулирует все жизненные процессы организма. Нельзя сказать, чтобы обе эти теории хорошо объясняли происходящие при этом сложные процессы, и едва-ли они способны рассеять тот туман, которым окутана протеинотерапия.

Теперь прошло более 10 лет со времени введения R. Schmidt'ом способа лечения белковыми веществами. Этот простой и вместе с тем недорогой метод лечения очень быстро получил широкое распространение и стал применяться при разнообразных заболеваниях; протеинотерапией стали увлекаться, и это увлечение одно время достигло громадных размеров. Нет никакой возможности перечислить все болезни, при которых практиковалась протеинотерапия; из последующего, далеко неполного перечня болезней, собранных мною в доступной мне литературе, вы убедитесь, что протеинотерапия благотворно действует, по словам авторов, при следующих заболеваниях: при артритах различного происхождения (хронический суставной ревматизм, обезображивающий артрит, гонорройный ревматизм суставов, подагрические заболевания суставов), при болезнях обмена веществ (рахит, остеомалация, подагра, ожирение, диабет), при болезнях крови (малокровие вторичное и злокачественное, гемофилия, хлороз), при кровотечениях (желудочное, кишечное, носовое, маточное и легочное), при острых инфекциях (скарлатина, рожа, грипп, дизентерия, натуральная оспа, малярия), при хронических инфекциях (костный и легочный tbc), при желудочно-кишечных болезнях (язва желудка и 12-перстной кишки, язва прямой кишки, секреторные расстройства желудка), при болезнях мочеполовых органов (пиелит, цистит, простатит, эпидидимит), при нервных болезнях (невралгия, невриты, прогрессивный паралич, эпилепсия), при кожных болезнях (хронические экземы, фурункулез, acne vulgaris, sycosis vulgaris, pruritus, psoriasis vulgaris, favus, pyodermia), при венерических болезнях (мягкий шанкр, бубон), при глазных болезнях (язва роговицы, кератит, ирит, хориоидит, помутнение стекловидного тела, атрофия зрительного нерва).

Вот далеко неполный список болезней, при которых применялась протеинотерапия. Нет никакого сомнения, что во всей необычной популярности этого нового метода лечения имеется немало увлечений; трудно и даже невозможно представить, чтобы одно и то же средство способно было излечивать столь разнообразные болезни и притом с различной этиологией. В пылу увлечения дело дошло даже до того, что известный Берлинский клиницист Brugsch на IV Съезде по болезням органов пищеварения и обмена веществ в Берлине заявил, что „без протеинотерапии мы обойтись не можем“.

В настоящее время период увлечения проходит, и теперь мало найдется врачей, которые-бы считали протеинотерапию всемогущим средством почти против всех болезней.

Не исчезло еще увлечение протеинотерапией, как на смену ее появляется другой метод лечения—аутогемотерапия, которая и становится модной.

Аутогэмотерапия была известна давно—еще в конце прошлого столетия. Она начала применяться в Америке д-рами Elstrom'ом и Grafstrom'ом, а в России Гольдбергом и Олейником при крупозной пневмонии (1898—1899). Затем аутогэмотерапия применялась Габричевским при возвратном тифе, Krokiewicz'ем при раке, Leszlo при сыпном тифе и пр. За несколько лет до войны у нас в Саратове аутогэмотерапия широко практиковалась при различных хронических кожных заболеваниях проф. Терebinским. В последние годы этот метод снова начал усиленно применяться при многих заболеваниях; укажем, напр., на д-ра Сараджева (1926 г.), практиковавшего аутогэмотерапию при разнообразных кожных болезнях, на д-ра Поляка, применявшего ее при фурункулезе, Яковлева—при малярии, Rhode—при крупозной пневмонии, гриппе и роже, Solter'a—при остром сочленовном ревматизме, Knosp'a—при внутренних, кожных и хирургических заболеваниях и д-ра П. П. Линтварева—при кожных болезнях, раке, наружном и легочном tbc и др. болезнях. Получая хорошие результаты во многих случаях, Линтварев с чисто-юношеским пылом занялся разработкой этого способа лечения, для чего произвел многочисленные экспериментальные исследования на животных. Для объяснения полезного действия ее он, как известно, предложил свою теорию.

Немалая доля увлечения заключается, я полагаю, также в широком применении внутривенных вливаний разнообразных лекарственных веществ. Нет никакого сомнения, что этот способ введения лекарств в некоторых случаях показан и заслуживает нашего внимания, но все же он не должен претендовать на такое значительное распространение, как это замечается в последние годы. Дело в том, что внутривенный способ введения лекарств с одной стороны сопровождается иногда патологическими изменениями в венах в виде тромбов или тромбофлебитов, а с другой—ведет к тяжелым осложнениям и даже к летальному исходу. В этом отношении следует упомянуть о недавнем всеобщем увлечении внутривенными вливаниями хинина. В настоящее время широко применяется внутривенное вливание различных лекарственных веществ, даже и таких, которые хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте.

Чтобы не затягивать своего сообщения, я не буду говорить о других увлечениях в терапии; можно было-бы многое сказать о мнимых успехах некоторых новых методов лечения, предложенных в последние годы.

В заключение должен оговориться, что в своем докладе я не задался целью критиковать те или другие похвальные посылки отдельных лиц в деле изыскания новых средств против многих, до сих пор неизлечимых, заболеваний. Я преклоняюсь перед огромной энергией, трудолюбием и настойчивостью тех, кто бескорыстно жертвует своим трудом и временем для того, чтобы вырвать от природы те тайны, которые она крепко держит и открывает только наиболее избранным. Мы будем оценивать достойным образом всех, кто в этом направлении работает, но вместе с тем мы должны предостерегать от увлечения всех, кто переоценивает свои достижения и успехи. Мы должны помнить слова известного русского терапевта проф. Эйхвальда, который писал, что „мы страдали отсутствием той критики, которая всего больше нужна при обсуждении действия медикаментов“.

О специфических и неспецифических липолитических ферментах крови при tbc.

Д-ра М. И. Аксянцева.

II.

Определения специфических и неспецифических липолитических ферментов были нами перенесены в клинику tbc.

Клиника на основе современного учения о tbc, в связи с работами Hamburger'a, Naegeli, Umber'a, Albrecht'a, Pirquet, Thille, Ghon'a, Burchardt'a и др. о распространенности tbc, пред'являет, однако, совершенно другие требования. Фактические данные вышеуказанных авторов на патолого-анатомическом материале с несомненностью говорят о наличии tbc у большинства городских жителей. И все же мы знаем, что лишь у незначительной части зараженных он ведет к клинически доказуемым органическим изменениям—в то время, как биологически tbc может гнездиться десятилетиями в человеческом организме.

Клиника и практическая жизнь пред'являют требования установления tbc именно на той стадии, когда мы встречаемся с tbc проявлениями, как „болезнью“ в общепринятом смысле. Больше того, новейшие принятые классификации вводят даже терминологию „практически здоровые“, т. е. люди, у которых можно обнаружить tbc очаг, но которые в течение двух лет подряд сохраняют полную работоспособность. Клиника пред'являет требования в определении не только статички, но и динамики, главным образом динамики tbc процесса. Рациональность противотуберкулезной борьбы настоятельно диктует распознавать tbc в начальных формах, ибо это в конечном счете, при современном состоянии проблемы tbc, определяет не только меры индивидуального лечения, но и меры социальной борьбы с ним.

Клинический опыт и все растущее улучшение диагностики дают большие возможности в распознавании tbc страдания. Данные перкуссии, аускультации, температуры, веса, рентгена и др. ничем не превзойдены и по сие время, но кто из врачей стал-бы утверждать, что это вполне удовлетворяет клинициста? Сплошь и рядом из двух больных один, с большими анатомическими изменениями, занимающими целую долю, а иногда и несколько долей легкого, оставаясь в своих обычных, порой неблагоприятных условиях, по своему общему состоянию может быть классифицирован, как „практически-здоровый“, и наряду с этим другой, с ничтожно анатомически распространенным процессом, является совершенно выбитым из колеи. Сплошь и рядом при разных клинических, рентгенологических и социальных данных двое больных настолько разнятся между собой, что один может оставаться даже работоспособным, а другого болезнь совершенно приковывает к постели. Отсюда и другой подход к изучению tbc—бактериологический, конституциональный и иммунологический, объединяющиеся в общем комплексе понятий „иммуно биологическое соотношение сил“ по Науеку.

Все, предложенные для этих исследований, специфические иммуно-диагностические реакции, имея значительную ценность, представляют одновременно и практические недостатки. Это следует сказать и относительно выдвинутой за последнее время туберкулиновой пробы в различных ее модификациях (Pirquet, Mantoux, Wolf-Eisner, Calmette, Ponderf).

Мы не можем здесь останавливаться на споре о специфичности или неспецифичности туберкулина,—этот вопрос обстоятельно освещен в сообщении проф. В. М. Аристовского, напечатанном в „Казанском Медицинском Журнале“. Но, как бы то ни было, туберкулиновые пробы, по-видимому, слишком чувствительны. „Eigenharnreaktion“ Wildbolz'a и реакция со спинно-мозговой жидкостью Korbsch'a, судя по исследованиям многих авторов, являются еще настолько спорными, что пока не нашли себе применения в клинике. Значительным шагом вперед в данной области являются реакции связывания комплемента по Besredka и Voquet-Negre'y, на чем мы уже подробно останавливались; но и здесь также имеется недостаток,—антигены Besredka, Voquet-Negre'a и Wassermann'a не являются строго специфическими, т. к. в известном проценте случаев дают положительную реакцию с сыворотками сифилитиков и не дают реакции с сыворотками заведомых активно-туберкулезных больных. Наряду со специфическими реакциями за последние годы предложен, между прочим и для диагностики tbc, целый ряд физико-химических реакций: реакция оседания эритроцитов по Fahrreus'y, Linzenmeyer'u и Westergren'y, реакция Darany, реакция Matefy, основанная на изменении коллоидального состояния глобулинов, несомненно являются ценным вспомогательным подспорьем в клинике tbc. Общий их недостаток—неспецифичность; но, исходя из вышеуказанного „иммуно-биологического соотношения сил“ современного нашего понимания туберкулеза, нельзя и факторам неспецифическим не отвести значительного места.

В клинической части нашего исследования, равно как и в экспериментальной, мы также исходили из этих положений и, наряду со специфическими свойствами и силой сыворотки, определяли и неспецифические. Материалом, послужившим нам для исследования, служили больные в нашей клинике, больные в Туберкулезной больнице ТНКС'а и амбулаторный материал обоих этих учреждений. Методика исследования была та же, что и в части экспериментальной.

Всего мы располагаем материалом в 200 случаев, которые могут быть распределены следующим образом¹⁾:

Таблица № 7.

№№ групп.	Д и а г н о з.	Количество случаев.
1	Здоровые	48
2	Клинич. выраж. тубер.	140
3	Друг. не тубер. больн.	12
И Т О Г О		200

¹⁾ В таблице № 8, в видах экономии места, приведены не все 140 случаев; но в общем неприводимый материал не отличается от печатаемого.

Наш tbc материал подразделяется так (таблица № 8):

Таблица № 8.

№ № под- груп.	Фамилия.	Диагноз.	Липолитич. ферм.		Примечания.
			Неспец.	Специф.	
1	Х-н.	tbc II A	11,0	1,2	
»	Х-в.	« I A	12,0	0,8	
»	Х-ч.	« II «	10,4	0,8	
»	Х-ов.	« « «	10,4	0,8	
»	М-ов.	« « «	12,0	0,4	
»	К-ва.	« « «	10,4	0,8	
»	П-на.	« « «	12,4	1,3	
»	Б-ва.	« « «	9,4	1,0	
»	Су-ов.	« I A	9,8	1,0	
»	Ч-в.	« II A	9,6	1,4	
»	П-в.	« « «	10,4	1,6	
»	К-в.	« « «	12,8	2,6	
»	А-в.	« « «	11,2	1,2	
»	С-ва.	« « «	10,4	2,2	
»	Д-ов.	« « «	10,0	1,2	
»	К-ва.	« « «	12,6	1,6	
»	Х-в.	« « «	11,7	1,6	
»	К-в.	« II «	9,6	1,6	
»	С-ль.	« « «	9,6	1,2	
»	Пр-во.	« « «	9,6	1,2	
»	Д.	« « «	7,6	0,8	
»	Е-ва.	« « «	8,0	1,6	
2	Т-н.	tbc I Б	8,4	1,2	
»	П-в.	« II «	2,4	0,5	Смерть.
»	П-в.	« « «	9,0	0,4	
»	П-ов.	« « «	7,6	0,8	
»	К-ов.	« « «	6,4	1,0	
»	А-ов.	« « «	6,4	0,6	
»	Ф-ов.	« « «	9,6	0,8	
»	В-ов.	« I Б	10,0	1,8	
»	С-ов.	« II «	8,0	0,8	
»	А-тов.	« « «	9,6	0,4	
»	О-ва.	« « «	7,6	0,8	
»	С-в.	« « «	8,8	1,6	

№ № под- груп.	Фамилии.	Диагноз.	Липолит. фермент.		Примечания.
			Неспец.	Спецф.	
2	П-в.	tbc II B	10,4	2,0	
»	П-ва.	« I «	10,0	1,0	
»	III-в.	« « «	8,8	1,2	
»	Г-в.	« « «	8,8	1,6	
»	У-ская.	« « «	10,8	1,6	
»	Ф-в.	« « „	12,0	1,6	
»	Х-лин.	« « «	8,6	1,2	
»	К-ва.	« « «	8,8	0,8	
»	С-ая.	« « «	10,0	1,0	
»	Р-ва.	« « «	2,2	2,2	
3	В в.	« III A	8,0	0,5	
»	Ф-ов.	« « «	10,4	0,5	
»	Б-ов.	« « «	6,6	1,6	
»	III-ев.	« « «	7,6	0,8	
»	С-в.	« « «	3,6	0,8	Истощение.
»	Н-ва.	« « «	7,2	2,4	
4	Б-ов.	« « B	7,8	0,4	
»	Е-в.	« « «	9,6	0,5	
»	Н-в.	« « «	6,8	0,4	
»	К-н.	« « «	6,9	0,4	
»	Л н.	« « «	5,6	0,48	
»	М-в.	« « «	5,6	1,5	
»	С-ов.	« « «	5,2	0,7	
»	П н.	« « «	8,0	1,6	
»	Х-в.	« « «	6,4	0,8	
»	М-ов.	« « «	4,48	0,6	
»	С-ая.	« « «	5,6	0,8	
»	К-в.	« « «	6,4	0,8	
»	Е-в.	« « «	7,2	0,6	
»	С-в.	« « «	7,2	0,6	
»	Т-в.	« « «	7,6	0,8	
»	Т-ва.	« « «	5,7	0,6	
5	С-н.	tbc III C	3,0	0,4	
»	В-ов.	« « «	4,0	0,4	
»	III-ов.	« « «	2,4	0,8	
»	Б-ль.	« « «	3,2	0,4	

№ № под- груп.	Фамилии.	Диагноз.	Липолит. фермент.		Примечания.
			Неспец.	Специф.	
5	С-ва.	tbc III C	2,8	0,2	
»	II-ов.	« « «	4,8	0,4	
»	М-ли.	« « «	4,0	0,3	
»	Д-ов.	« „ «	4,0	1,2	
»	Г-н.	« « «	3,2	0,8	
»	К-ов.	« « «	5,53	0,4	
6	Ф-ов.	Кожн. tbc	9,6	1,2	
»	С-ов.	волчанка	8,8	0,8	
»	Т-ов.	«	7,2	0,5	
»	Н-лин.	«	8,0	0,8	
»	Ф н.	«	7,6	1,2	
»	Е-ов.	«	10,0	1,0	
»	А-н.	«	8,8	0,8	
»	А-ов.	«	8,0	1,0	

Разумеется, материал наш распределен в этой таблице в связи с теми *условными* возможностями, какие допускает принятая классификация.

Как видно из таблицы, все наши случаи tbc всех форм, кроме 2-случаев tbc коксита (о которых мы скажем несколько ниже), дали положительную реакцию специфических липолитических ферментов в том или ином количестве. Напротив, случаи 3-й группы (другие нетуберкулезные заболевания), дали отрицательную реакцию на эти ферменты. Что касается здоровых лиц, то исследование их сыворотки дало следующие результаты (таблица № 9):

З Д О Р О В Ы Е.

Таблица № 9.

№ № п/п.	Фамилии.	Липолит. фермент.		Примечания.
		Неспец.	Специф.	
1	А-в.	14,8	—	
2	А. П.	10,6	—	
3	К-ов.	10,0	—	
4	М-ий.	12,0	—	
5	С-ов.	10,4	—	
6	С-ова.	9,6	—	
7	М-ова.	13,6	—	
8	С-ва.	10,5	—	

№ № п/п.	Фамилии.	Липолит. фермент.		Примечания.
		Неспец.	Специф.	
9	Ю-ов.	8,8	—	
10	К-ов.	8,0	—	
11	М-ов.	10,0	—	
12	М-ся.	10,2	—	
13	А-ин.	10,4	—	
14	А-ов.	16,0	—	
15	С-ов.	13,6	—	
16	Е-ва.	10,4	—	
17	Е-ева.	9,4	—	
18	К-ва.	9,0	—	
19	А-ова.	8,8	—	
20	О-в.	5,6	—	
21	М-ова.	8,8	—	
22	Р-лин.	5,6	—	
23	Т-ри.	8,0	—	
24	З-на.	10,4	—	
25	Е-я.	9,6	—	
26	К-ва.	14,0	—	
27	З-ов.	12,0	—	
28	С-ль.	10,4	0	
29	Б-в.	12,2	0	
30	С-н.	6,6	0	Malaria chronica.
31	Б-в.	9,1	0	
32	Д-ко.	9,2	0	
33	А-н.	13,2	0	
34	М-ин.	11,2	0	
35	М-н.	11,6	0	
36	О-в.	9,4	0	
37	Н-в.	10,4	0	
38	Ш-в.	9,6	0	
39	А-н.	10,4	0	
40	С-в.	8,3	0	
41	У-ся.	10,8	0,6	
42	П-ва.	12,8	0,8	
43	Т-ов.	12,0	1,9	
44	Д-ев.	10,2	0,5	
45	Х-на.	9,6	1,5	
46	В-бель.	10,2	1,6	
47	Р-ва.	10,4	0,8	
48		9,0	0,5	

Таким образом из общего числа здоровых (48) 9, т. е. 18%, дали положительную реакцию. При объективном исследовании этих 9 лиц, несмотря на отсутствие в личном и семейном анамнезе tbc, было обнаружено следующее:

1) Студентка X. как в личном, так и в семейном анамнезе не отмечает tbc инфекции; год слишким тому назад вышла замуж за военного, больного tbc. Объективное исследование мужа обнаружило у него правосторонний tbc легких, причем у него была обнаружена также специфическая липаза.

2) Санитарка Ф., незначительное понижение правой верхушки, на рентгене увеличенные железы у ворот легких, резко выраженная реакция Mantoux (твердый инфильтрат величиной с медный пятак, не исчезавший в продолжении недели с лишним).

3) Студент В., ни в личном, ни в семейном анамнезе tbc не отмечается. Объективно понижение правой верхушки, на рентгене бронхиальные железы справа.

4) Ученик техникума Т., перенес недавно грипп, незначительные явления в верхушке правого легкого, выдох, жесткое и нечистое дыхание.

5) Врач Д., внешне здоров, цветущий вид. Шесть лет работает в tbc диспансере, не отрицает специфического компенсированного процесса.

6) Сестра Туббольницы Я., в последнее время незначительный кашель по утрам, ни в личном, ни в семейном анамнезе tbc не отмечается. Самочувствие хорошее. На рентгене увеличение бронхиальных желез справа.

7) Студентка И., живет в одной комнате с братом-студентом, больным tbc.

8) Студентка Ф., объективно ничего не обнаружено, рентгеном не исследована.

Неспецифические липолитические ферменты, по нашим исследованиям, дают, при нашей методике, среднюю норму в 9—12 и выше.

Наш материал слишком незначителен, чтобы из него можно было сделать абсолютные выводы на основе количественного определения специфических липолитических ферментов; все же, однако, некоторые выводы из него можно сделать, особенно, если сопоставить абсолютные цифры специфических и неспецифических ферментов.

Как правило, весь материал подгруппы tbc III C в случаях близкой смерти давал низкие цифры и тех, и других, позволяя тем ставить верное предсказание: больные с титром неспецифических ферментов до 4 и параллельно с ними—специфических 0.2—0.4 обыкновенно погибали в 1—2-недельный срок.

Как правило, далее, все здоровые лица, давшие положительную реакцию на специфические ферменты, и tbc больные подгруппы I и II A показывали высокие цифры содержания этих ферментов, в 3—6 раз выше содержания их в случаях смертельных—при неперенном, за небольшим исключением для подгруппы туберкулеза I A, незначительном понижении неспецифических липолитических ферментов (см. таблицу № 8). Подгруппа туберкулеза I и II B в общем может быть охарактеризована таким же образом, с той лишь разницей, что количественно цифры здесь ниже как для специфических, так и для неспецифических липаз. Подгруппа туберкулеза III B, самая большая в нашем материале,—это, повидимому, наичаще встречающиеся случаи во всех туберкулезных лечебных учреждениях,—при высоком титре дает благоприятное предсказание, несмотря на обширность анатомического распространения процесса; но в общем в этой подгруппе мы встречаем понижение содержания неспецифических липолитических ферментов до половинных норм и ниже, содержание же специфических ферментов здесь в 2—3 раза выше, чем в случаях смертельных. Наконец, кожные туберкулиды, за исключением lupus erythematosus, дают высокие цифры специфических ферментов.

Мы не беремся объяснять, чем объясняется такая реакция для *lupus erythematosus*, наш материал очень незначителен, но и генез *lupus erythematosus* еще также не ясен. Не обнаружили специфических ферментов аневризматик, а также раковые больные, причем у последних получились очень низкие цифры и неспецифических ферментов.

Некоторые случаи нашего материала представляют особый интерес, почему мы и приведем их краткие истории болезни.

1) Больной Н. А., 24 лет, был доставлен с высокой 1° , с жалобами на кашель с мокротой, сильную слабость, боль в груди, одышку. Заболел недели $1\frac{1}{2}$ тому назад. При объективном исследовании притупление правой верхней доли легкого; сзади и у средних лопатки заглушенный звук, слева сверху обилие рассеянных сухих и влажных хрипов. В общем получалась картина гриппозной пневмонии, свирепствовавшей в то время. Палочки Кос'ха не обнаружены. Спустя недели $1\frac{1}{2}$ 1° начала спадать почти до нормы, давая все же неопределенные, но незначительные подъемы. У больного была взята кровь, и обнаружены чрезвычайно низкие цифры липолитических ферментов неспецифической липазы—2.4, специфической—0.5. На основании этих данных был поставлен неблагоприятный прогноз, несмотря на удовлетворительное в общем состояние больного и отсутствие каких-бы то ни было угрожающих явлений. Через несколько дней спонтанный пнеймоторакс, резкая одышка, экссудат в полости плевры, нарастание сердечной слабости, цианоз и смерть через $1\frac{1}{2}$ недели.

2) Больной П., доставлен с сильным легочным кровотечением, резко выраженным процессом в обоих легких; 1° высокая, палочек Кос'ха много, сильная слабость, общее состояние внушает опасения. По диагнозу туберкулез III С, преимущественно продуктивной формы. Взята кровь, причем обнаружен высокий титр липолитических ферментов,—неспецифических 8, специфических 1.6. На основании этих данных, несмотря на тяжесть процесса, в этом случае был поставлен относительно-благоприятный прогноз. В настоящее время больной лежит еще в стационаре, но температура у него пришла к норме, самочувствие удовлетворительное, аппетит хороший, больной начал ходить и готовится к выписке.

3) Больной Ф., поступил с жалобами на боль в груди и боках, кашель с мокротой, похудение. В 1925 году повышенная 1° и ночные поты, в 1923 г. левосторонний плеврит, в 1924 г. воспаление легких. Во время пребывания в клинике субфебрильная 1° , бацилл Кос'ха одна на много полей зрения. Притупление верхних долей обоих легких, ослабленное дыхание, спайки слева снизу. Распознает П. В., преимущественно продуктивного характера. После недолгого пребывания в клинике, где у Ф. были применены внутривенные вливания CaCl_2 , он значительно поправился. После выписки больной продолжал ходить на амбулаторные приемы для вливаний, и у него, спустя 2 месяца, был проверен липолитический титр крови. При поступлении содержание неспецифических липаз равнялось у него 9.6, специфических—0.8; при повторном исследовании, после значительного улучшения, неспецифических липаз оказалось 11.2, специфических—1.6.

В дальнейших 2 случаях определение липолитических ферментов было применено с дифференциально-диагностической целью.

4) Больной К., поступил с жалобами на кашель с мокротой, слабость, быструю утомляемость, одышку. Болезнь свою связывает с переутомлением, так как работал до 16 часов в сутки, сильно раздражителен, за время гражданской войны много пережил. Прислан из комиссии для определения процента потери трудоспособности в связи с тbc заболеванием легких. 3 года находится на учете диспансера, причем неоднократные исследования за это время мокроты ни разу не обнаружили палочек Кос'ха. Никогда за это время не лихорадил. Объективно незначительное количество мелких хрипов в нижних краях обоих нижних долей легких. Хрипы эти распространяются пальца на три вверх узкой полоской по *lin. axillaris sin.* Неоднократные исследования рентгеном ничего не обнаружили; никаких сращений и ограничений подвижности не отмечается, френико-костальный угол хорошо выражен. Исследование крови обнаружило относительно-высокую цифру неспецифических ферментов—9.6 при отсутствии специфических ферментов. На основании этих данных мною было высказано сомнение в тbc характере данного заболевания. Для ординатора, курировавшего этого больного, случай этот также был неясен по своей объективной картине,—тем более, что целый ряд проведенных реакций дали отрицательный результат: реакция оседания эритроцитов выпала в 20 часов, реакция Weiss'a—отрицательная, р. Daran'y—тоже отри-

цательная. Бациллы Кошля и на этот раз также не были найдены. Несмотря на богатую «туберкулезную» историю болезни данного больного, случай этот был трактован, как нетуберкулезный. Больной был выписан с мнением, что инвалидность его определяется, быть может, его нервным комплексом, но уж никак не туберкулезом; что же касается явлений в легких, то мы были склонны рассматривать их, как проявление хронического интерстициального нетуберкулезного процесса.

5) Больной Б., бывший рабочий Путиловского завода, за последнее время стал чувствовать усталость после работы, кашель по утрам, слабость, усиленно курит. Обратился в Тубдиспансер, где при исследовании было констатировано много сухих хрипов в обоих легких. Тем не менее принимающего врача взяло сомнение насчет tbc характера процесса, и Б. был послан для дифференциального диагноза в клинику. При исследовании сыворотки найдено 11,6 неспецифических липолитических ферментов, специфических же—0, на основании чего tbc был нами исключен, и rozpoznан простой бронхит.

В нашем материале имеется целый ряд и других интересных случаев, где 1) определение специфических ферментов в связи с неспецифическими давало возможность исключить tbc заболевание; 2)—где определение тех и других ферментов давало возможность установить диагноз tbc заболевания; 3)—где количественное определение липолитического титра давало возможность подойти к динамике процесса и 4)—где определение специфических и неспецифических липолитических ферментов давало опору для прогноза, в подавляющем большинстве случаев оправдывавшегося.

Данные эксперимента и результаты, полученные нами в клинике при применении вышеуказанной методики, дают основание нам сделать следующие выводы:

1) Организм человека и животных реагирует на внедрение tbc инфекции образованием специфических липолитических ферментов.

2) В соответствии с активностью tbc заболевания неспецифические липолитические ферменты также вовлекаются в процесс, претерпевая при этом значительные количественные изменения.

3) Эти явления специфической и неспецифической ферментативной деятельности настолько постоянны при tbc, что позволяют использовать их в качестве диагностической реакции при нем.

4) Данные нашего исследования еще не дают возможности считать специфические и неспецифические липолитические ферменты за фактор активный в иммуно-биологии tbc, но, если даже это и пассивный фактор, он все же может быть использован в качестве показателя tbc процесса.

5) Количественное определение специфических липолитических ферментов при параллельном определении неспецифических отражает не только статику tbc заболевания, но и удовлетворяет основному требованию, предъявляемому к иммуно-диагностическим реакциям, — отражает динамику его.

6) Количественное определение вышеуказанных ферментов в подавляющем большинстве случаев дает опору для прогноза и может также быть использовано, как индикатор рациональности терапевтических мероприятий.

7) Наряду с другими иммуно-диагностическими реакциями данная реакция заслуживает внимания, так как позволяет выловить наиболее ранние формы проявления tbc, не обнаруживаемые обычно употребляемыми диагностическими методами.

В большинстве наших опытов титрование сыворотки производил мой товарищ, д-р Н. Н. Ковязин, которому и принадлежит т. о. значительная часть моей работы.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Abderhalden. Die Abwehrfermente. Die Schutzfermente.—
- 2) Axhöff u. Kamiya. D. med. W., 1922, № 24.—3) Bergel und Müller. Ibid., 1923, № 2.—4) Bergel. Ibid., 1923, № 2.—5) Bergel. Die Lymphozitose.—6) Битный-Шляхто. К учению о липазе. Дисс.—7) Citron u. Klinkert. Berl. kl. Woch., 1910, № 35.—8) Deyke.—9) Deyke und Much. Beitr. zur Kl. d. Tub., 15, H. 2.—10) Dielman. Ibid., 1911, H. 3.—11) Горовиц-Власова. Вопросы Туберкулеза, 1925, № 5.—12) Boquet-Negre. C. r. Soc. de biolog., 1920, 1921, 1922, 1923.—13) Darany. D. med. W., 1922, № 17.—14) Matefy. Med. Klin., 1923, № 21.—15) Гос. Инфекция, иммунитет, как ферментативные процессы. 1913.—16) Klinschmidt. Berl. klin. W., 1910, H. 2.—17) Коршун. О биохимич. связи между токсинами и энзимами. Харьков, 1903.—18) Falkenheim u. Gotlieb. Münch. m. Woch., 1922, № 40.—19) Falkenheim u. Georgy. Beitr. zur Klin. d. Tub., 53, H. 2—3.—20) Leschke. Zentr. für Tuberculosefors., 1912.—21) Much. Pathologische Biologie. 1920—22.—22) Much. D. med. W., 1924, № 3.—23) Мясников. Медицина, 1923, № 3—4.—24) Neufeld. Zeit. für Tub., 34, 606.—25) Наусек. Проблема туберкулеза.—26) V. Rock. Practical method. of prophylactic immunisation against tuberculosis etc.—27) Rabinovitsch-Kempner. D. med. W., 1912, № 12.—28) Смородиных. Ферменты растительного и животного царства.—29) Платонов. Вопр. Туб., 1923, вып. 3—4.—30) Цехновицер. Ibid., 1924, № 3—4.—31) Рабинович. Врач. Газ., 1924, № 11—12.—32) Wassermann. Zeit. f. Tub., 35, 1.

К вопросу о диагностике и терапии язв желудка и 12-перстной кишки.

Г. Я. Гехтмана.

За последнее время язвы желудка и duodeni стали менее часты, зато участились случаи пред'язвенных состояний. В силу нервности населения повысилась склонность к спазму желудочно-кишечных жомов, главным образом привратника и баугиновой заслонки. Уменьшение частоты язв желудка, быть может, объясняется улучшением социальных условий жизни населения и его питания. Что нецелесообразное питание может дать повод к развитию круглой язвы желудка, на это было уже неоднократно указываемо,—напр., Gerhardt'ом ¹⁾, Шперком и Sohler'n'ом ²⁾. Последние отмечают, что язва желудка встречается реже там, где обитатели питаются почти исключительно растительной пищей, причем в кровь вводится большое количество калийных солей. Повышенное содержание калия в крови, по Sohler'n'y, и служит причиной относительной невосприимчивости к язве, что вполне согласуется с тем фактом, что язва желудка редко встречается у травоядных, кровь которых, как известно, богата фосфорнокислым калием. С другой стороны, быть может, болезни, сопровождающиеся обеднением крови эритроцитами или изменением последних, каковы хлороз, анемия и т. д., способствуют развитию язвы потому, что при них кровь содержит меньше калия.

Что касается терапии язв желудка и duodeni, то она имеет безусловно большое практическое и социальное значение. Необходимо стремиться к тому, чтобы язвенных больных сделать как можно скорее работоспособными в интересах и самих больных, и государства. Это и есть причина, почему теперь много стараний уделяют вопросу лечения язв желудка и 12-перстной кишки.

Мы не будем касаться громадной литературы данного вопроса, а перейдем непосредственно к изложению собственных наблюдений в клинике проф. Я. А. Ловцкого за последние три года и в поликлинике Василеостровского района. За это время мы наблюдали в женском терапевтическом отделении вышеуказанной клиники 56 язвенных больных, а в поликлинике—26, всего 82. Из этого числа женщин было 70 человек, мужчин—12, из поликлинического материала. Язва желудка имела место у 32 больных, язва 12-перстной кишки—у 50. Что касается возраста, то моложе 30 лет было 27 наших больных, от 31 до 40 л.—31, от 41 до 50 л.—14, от 51 и выше—10. Весь этот материал был тщательно проанализирован как клинически, лабораторно, так и рентгенологически.

Диагноз хронической язвы желудка и duodeni не представляет затруднений, если имеются налицо все клинические явления, раз же этого

нет, диагноз может быть поставлен только с известной вероятностью. Особенно это относится к самым начальным стадиям язвенного процесса. В указанных стадиях болезнь проявляется теми неприятными ощущениями, неопределенным чувством давления, преходящими тянущими болями и связанными с ними расстройствами аппетита, которые встречаются в начале столь многих заболеваний желудка. Язык, однако, обыкновенно бывает у больных чист или умеренно обложен у корня. Если подробно спросить больных, то оказывается, что они, правда, едят мало и придерживаются вообще довольно строгой диеты, но не вследствие отсутствия аппетита, а из страха обильной едой вызвать боль: гастральгия составляет уже раннюю характерную черту картины болезни. Лишь сопутствующий катарр желудка дает себя знать тем, что у больных замечаются отсутствие аппетита, неприятный вкус во рту, отрыжка, foetor ex ore, сильно обложенный язык. Напротив, в большинстве случаев язвы язык имеет такой хороший вид, настолько влажен, гладок, такого розового цвета, что уже одно это обстоятельство у больных с гастральгией сразу должно возбуждать, по Ewald'у, подозрение относительно язвы. Обычно у больных существует запор, в исключительно редких случаях чередование поносов с запорами; крайне редко отправления кишечника нормальны и не представляют никаких расстройств. Часто мы наблюдаем повышение температуры, которое обуславливается воспалительными процессами — гастритом и перигастритом. Язвы желудка недавнего происхождения не сопровождаются заметным упадком питания, но в дальнейшем у большинства больных, вследствие скудной диеты, наступает исхудание, степень которого находится в зависимости от прежнего состояния питания, — у крепких, тучных людей оно бывает выражено сильнее.

В симптоматологии язвенных больных видное место занимает рвота, особенно кровавая. Рвота наступает обыкновенно вскоре после еды. Она является следствием раздражения, производимого пищей, resp. чрезмерно кислым желудочным содержимым, на стенки желудка и, главным образом, на обнаженную язвенную поверхность. Наступлению ее способствует и то обстоятельство, что язва вызывает судорожное сокращение и закрытие привратника, что в свою очередь влечет за собою появление не только болей, но и усиленные и притом антиперистальтические движения желудка. По временам наступают периоды, когда рвота у больных крайне учащается, и желудок не переносит никакой пищи. Кровавая рвота наступает внезапно, без видимого повода; но бывает и так, что ей предшествуют причины психического или физического характера, обуславливающие повышение деятельности сердца, каковы, напр., радость, испуг, сильные напряжения, внешние насилия (падение, толчок, удар и т. д.), натуживание при дефекации. У наших больных нам пришлось наблюдать кровавую рвоту в 21 случае (25%), преимущественно у женщин в возрасте моложе 30 лет. Из клинических симптомов мы придавали, далее, значение болезненной зоне Mendel-Baas'a, которая отсутствовала лишь приблизительно в 30% случаев. В 60% случаев мы встречали повышенную сократимость m. recti abdominis при ударе пальцами. Симптомы Boas'a, Опенховского, Гербста и др. встречались у наших больных еще реже.

Из лабораторных исследований мы у всех стационарных больных производили тщательное исследование мочи, испражнений, крови. Во всех

этих случаях исследовалось также желудочное содержимое тонким зондом, определялась скорость оседания эритроцитов, проделывалась реакция Matéfy, определялась функция кишечника по Ad. Schmidt'y и Strassberger'y, исследовался кал на скрытое кровотечение, рентгеноскопировался желудок, а в некоторых случаях снимались рентгенограммы. У амбулаторных больных мы исследовали желудочное содержимое толстым зондом после пробного завтрака Boas-Ewald'a, исследовали кал на скрытое кровотечение по Gregersen'y и рентгеноскопировали желудок.

В видах экономии места мы остановимся здесь только на результатах исследования желудочного содержимого тонким зондом, исследования кала на скрытое кровотечение и рентгеноскопий.

При исследовании желудочного содержимого тонким зондом мы в качестве пробного завтрака давали мясной бульон, основываясь на наблюдениях д-ра Кузьминых³⁾. Бульон был приблизительно одинаковой концентрации, так как известно, что сокоотделительное действие его стоит в зависимости от находящихся в мясе и переходящих при кипячении в бульон экстрактивных веществ (Павлов⁴⁾, Бабкин⁵⁾. При исследовании желудочного содержимого тонким зондом мы обращали внимание не только на кислотность, но и на функциональный тип, так как кривая кислотности может быть различна при одном и том же заболевании. Типы кривых кислотности своеобразны даже у больных с однородным патологическим состоянием. Они не могут дать нам верного отношения к клинической картине, кроме achylia gastrica. Различная кислотность зависит от индивидуально-различных импульсов регуляторного аппарата—нервного или гормонального характера. Неудовлетворенность результатами, полученными нами от кривых кислотности, заставила нас искать новых путей исследования желудочного содержимого, и мы остановились на определении функциональных типов по Зимницкому⁶⁾. Но для установления типов повторное подкармливание необязательно, — их можно установить и при помощи одного только завтрака (Гехтман⁷⁾. У менструировавших женщин желудочное содержимое исследовалось во время интервала между менструациями, так как известно, что во время menses цифры свободной HCl и общей кислотности больше, двигательная функция желудка является более сильной, опорожнение желудка происходит более быстро. Эти явления объясняются внутрисекреторными влияниями на вегетативную нервную систему (Hess, Leo und Faltischeck⁸⁾).

Из исследованных нами 56 стационарных больных повышенная кислотность была обнаружена у 32, пониженная—у 20, нормальная—у 4. Мы считали при мясном бульоне кислотность пониженной, если свободной HCl было не более 25, нормальной—при свободной HCl не более 50, повышенной—при свободной HCl более 50 (Boird, Campbell⁹⁾. Что касается функциональных типов желудка, то из патологических типов нам встречался большею частью астенический (64%), нормальный встретился в 25,5%, инертный—в 9,5%. Из амбулаторных больных, при исследовании желудочного содержимого толстым зондом, повышенную кислотность мы нашли у 10, нормальную—у 5 и пониженную—у 11.

Различная кислотность зависит не только от различной локализации язвы (Локтионова¹⁰⁾ и от вторичных изменений слизистой желудка (Филимонов¹¹⁾), но и от неуловимых влияний на центральную

нервную систему (условные рефлексы, Кончаловский). За последнее время некоторые авторы считают, что гастрит является не следствием круглой язвы, а, наоборот, типичные круглые язвы желудка могут образоваться от первичного язвенного гастрита. Gruber¹²), Konjetzny und Puhl¹³) говорят о т. наз. status ulcerosus.

Данные исследования желудочного содержимого говорят нам, что кислотности желудочного сока не следует придавать такого значения, какое ей приписывается в учебниках. Hyperaciditas встречалась в 84% случаев язв duodeni и только приблизительно в 20% язв желудка. Затем из вышеуказанного мы знаем, что кислотность желудочного сока меняется в зависимости от многих, иногда даже неуловимых причин, и потому мы все больше приходим к заключению, что невозможно основываться на кислотности при постановке диагноза язв желудка.

Исследованию кала на скрытое кровотечение у язвенных больных также не следует придавать того значения, какое им приписывают некоторые авторы. Скрытое кровотечение у язвенных больных встречается периодически, почему здесь необходимы повторные исследования. Более важное значение для диагностики язв желудка и duodeni имеет рентгеновское исследование — рентгеноскопия и рентгенография, причем решающее значение в постановке диагноза язв желудка и duodeni имеют ниши Naidesk'a, обнаруживаемые рентгенограммой. Считаем нужным тут же отметить, что мышечный спазм стенки 12-перстной кишки часто препятствует выявлению ниш, особенно спазм продольной мускулатуры (taenia bulbi). Поэтому прежде, чем сделать рентгенограмму, мы расслабляем стенки 12-перстной кишки, давая больному в течение 48 часов каждые 4 часа по 20 капель t-rae belladonnae при одновременной строгой молочной диете. При этом условии удавалось за последнее время в большем % случаев доказать ниши. Для смешанных пилорических язв большею частью бывает характерна следующая комбинация: гиперсекреция, замедленное опорожнение и пилороспазм.

Переходя к вопросу о терапии язв желудка и duodeni, прежде всего коснемся вопроса о том, каково должно быть лечение язв,—хирургическое или терапевтическое?

Безусловным показанием к хирургическому лечению являются, во-первых, органические стенозы желудка и 12-перстной кишки II и III степени, которые ведут к тяжелым нарушениям двигательной функции. Легкие нарушения двигательной функции, если они даже причиняют страдания,—не являются абсолютным показанием к хирургическому лечению. Наши собственные наблюдения нам говорят, что при лечении покоем, диетой и внутренними средствами запоры у язвенных больных прекращаются, и боли совершенно исчезают. Нам думается, что в таких случаях мы поступим правильно, если вначале будем прибегать к консервативному лечению,—тем более, что и результаты хирургического вмешательства, как видно будет дальше, здесь не совсем блестящи.

Во-вторых, хирургическое вмешательство показывают кровоточащие язвы желудка, когда невозможно остановить кровотечение, и возникает опасность для жизни. В таких случаях операция является жизненноспасительным средством. В тяжелых случаях перед нею рекомендуется произвести переливание крови.

Наконец, немедленно показано, конечно, оперативное вмешательство при подозрении на прободение язвы.

Хирурги указывают, кроме того, что хирургическому лечению подлежат все случаи язвы, где на рентгенограмме имеется ниша Найдеск'а. Мы полагаем, однако, что наличие ниши еще не является безусловным показанием к операции. Сообщения многих авторов и наши наблюдения говорят, что язвы желудка с сравнительно большими нишами могут поддаваться терапевтическому лечению, и в рентгенограмме, — правда, очень редко, — ниши исчезают после лечения. Равным образом и место язвы не может служить показанием к хирургическому вмешательству. Нам приходится наблюдать, что парапилорические и дуоденальные язвы поддавались длительному излечению и без операции. Правда, мы часто передаем таких больных хирургу вследствие наличия у них болезненных сращений с другими органами. В общем, однако, мы думаем, что хирургическое вмешательство должно ограничиваться только тремя вышеуказанными группами случаев — тем более, что вопрос о целесообразности оперативного лечения язв желудка и duodeni еще не решен окончательно.

Имеется много сообщений о плохих результатах от всякого метода оперативного вмешательства при язвах. Причинами смертности непосредственно вслед за операцией являются здесь разрывы швов, кровотечения, слабость сердечной деятельности (бурая атрофия сердца), послеоперационное воспаление легких и плевры, смертельная эмболия и всасывание после операции бывшего до того латентным тbc процесса в легких. Послеоперационные осложнения различны при различных оперативных методах. Так, после гастро-энтеростомии возникает опасность 1) стеноза pylori, 2) образования гастро-энтеростомической болезни и хронических желудочно-кишечных диспепсий, 3) опасность злокачественного перерождения неудаленных язв, 4) *ulcus pepticum jejuni*.

Попов¹⁴⁾, производя у собак гастро-энтеростомию и одновременно выключая привратник по Eiselsberg'y или Biondi, всегда получал недалеко от анастомоза пептическую язву тонкой кишки. Часто получались пептические язвы также после резекции по Billroth'y II, иногда и после резекции по Billroth'y I; на этом основании Попов приходит к выводу, что выключения привратника при язвах делать не следует. Бурденко¹⁵⁾ указывает, что после гастро-энтеростомии слизистая кишечника нередко выпячивается в желудок, особенно при *hyperaciditas*, что может служить причиной образования пептической язвы; поэтому после гастро-энтеростомии следует, по Б., осреднять желудочное содержимое. Спасокукотский¹⁶⁾ полагает, что причиной образования пептической язвы нередко служит непрерывный шов, в силу чего он должен быть заменен узловатым. Соколов¹⁷⁾ напоминает, что шов Bier'a не предохраняет от образования пептической язвы, причем последняя развивается в силу особого предрасположения: есть желудки, которых буквально нельзя трогать.

Этот краткий обзор осложнений после гастро-энтеростомии говорит нам определенно, что гастро-энтеростомия должна ограничиваться только теми редкими случаями, которых невозможно радикально оперировать, будь это вследствие анатомических изменений, или вследствие плохого общего состояния больного. Резекцию привратника, как выше было указано, следует безусловно оставить. При поперечной резекции желудка часто возникают пилороспазмы, и появляются страдания от нарушения кислотности. Способы, предложенные Madlener'ом и Flörden'ом,

также не приводят к излечению язв желудка и 12-перстной кишки. О частоте *ulcera peptica* после резекции по Billroth'y II имеются сообщения противоречивого характера. Операция по Billroth'y I представляет собою физиологические отношения, если она не захватывает большей части желудка; но и эта методика имеет свои отрицательные стороны, — технически она трудна, и при ней может образоваться стеноз привратника.

За последнее время проф. Богораз¹⁸⁾ предложил при язвах желудка и 12-перстной кишки производить холецистогастростомию, которая меньше нарушает физиологические отношения желудка. Результаты, полученные от этой операции, впрочем не лучше, чем от других, указанных выше, способов. Так, напр., Терebinский¹⁹⁾ приводит случай, когда через год после операции Богораз больного вторично пришлось оперировать по поводу болей, причем *sub operatione* у него оказался камень желчного пузыря. Операция эта безусловно опасна еще из-за инфекции, могущей попасть из желудка в желчные пути.

Характерно, что все вышеуказанные осложнения после оперативного вмешательства наблюдаются исключительно у язвенных больных, и их не бывает у тех оперированных раковых больных, которые остаются долго жить после операции. Как объяснить это явление? Ответ на это можно получить, если мы глубже вникнем в сущность патогенеза язв желудка и происхождения болей при них и язвах *duodeni*. Предварительно, однако, следует указать, что этиология язв желудка и *duodeni* очень сложна, и бывает множество причин, которые сами по себе, или в комбинации с другими, ведут к заболеванию. По некоторым авторам самой важной из этих причин является инфекция. Gruber¹²⁾ предполагает, что *ulcera rotunda* могут образоваться от первичного язвенного гастрита. Konjetzny и Puhl¹³⁾ могли доказать на 140 резекционных препаратах наличие гастрита или дуоденита в каждом случае язвы, причем всегда была поражена слизистая *pylori*, слизистая же *fundus'a* часто не поражается; из 140 случаев в 35 микроскопически можно было обнаружить явные дефекты слизистой в области гастрической зоны. На основании своих данных авторы не придают значения пептическому действию желудочного сока в образовании эрозий; они не могли также доказать и никаких изменений в сосудах и полагают, что в возникновении язвы играет большую роль воспаление, роль же сосудов здесь незначительна. При этом язвенные гастрит и дуоденит во многих случаях протекают с типичным анамнезом язвы, хотя язва при них зачастую отсутствует, и имеются только эрозии. Хронической язва становится исключительно благодаря механическим условиям в смысле Aschoffa, или благодаря образованию на воспалительном пути одной или многих эрозий.

Posselt²⁰⁾ указывает на частое энтерогенное происхождение язвы желудка и *duodeni*. Кровавые поносы, даже в нетипичных формах, вызывают, по этому автору, тяжелые гастриты и язвы желудка, в доказательство чего он приводит 36 историй болезни. При этом Posselt мог доказать наличие специфических возбудителей Schiga и Flexner'a путем посева из крови и слизистой желудка. Энтерогенное происхождение пептических язв может иметь место не только при кровавом поносе или тифе, но и другие заболевания пищеварительного тракта в состоянии вызвать язву желудка. В одном случае язвы *duodeni* в качестве причинного момента можно было доказать бациллу инфлюэнцы.

Кишечные язвы могут повести к образованию дуоденальных язв. Автор думает, что часть язв duodeni, наблюдаемых при дизентерии,—чисто-дизентерийного характера. В других случаях мы имеем дело со вторичными метастатическими язвами при септикопиемическом процессе дизентерии. Как третий момент, можно выставить непосредственное ядовитое действие дизентерийных бактерий.

Исходя из того, что инфекция кишечника, особенно дизентерия, играет столь большую роль в происхождении язв желудка и duodeni, следует высказаться в пользу профилактической терапии язв: язвенные больные в таких случаях должны быть лечимы, как больные с инфекцией кишечника, причем в каждом отдельном случае должна быть установлена этиология и, конечно, предпринять лечение основного страдания.

В образовании язв желудка и 12-перстной кишки играют роль и многие другие моменты: артериосклероз, висцеральная гипер- и гипотония, хлороз, сифилис, индустриальная интоксикация, внутрисекреторные нарушения, травма (Smithies). Особенно важно, что нарушения со стороны нервной системы могут вести к образованию язв. Так, Kauffman указал, что психические моменты могут играть важную роль в происхождении и при лечении язвы. Важны также нарушения в совместной работе vagus'a и sympaticus'a, ведущие к пилороспазму. Зимницкий²¹⁾ думает, что первичным активным моментом при язвах желудка является свойство среды,—ацидоз с последующей ваготонией и обусловливаемой ею спазмофилией. Правда, в настоящее время еще не решен окончательно вопрос, происходит ли пилороспазм на нервном пути через вегетативную нервную систему, или, быть может, имеются факторы, которые непосредственно действуют на глубокую мускулатуру. Эта возможная конституциональная наклонность к местным спазмам глубокой мускулатуры, понятно, не может быть устранена оперативным путем. Спазм появляется снова через некоторое время после операции с образованием или без образования язвы. Так по крайней мере можно объяснить довольно частое появление страданий после операций. Далее, нарушения в корреляции эндокринной системы в комбинации с нарушением автономной системы играют роль в происхождении язв. Оперативное вмешательство на надпочечниках (Finzi, Elliot) может вызвать язвы. По мнению Friedman'a нарушения в органах внутренней секреции ведут раньше к спазмам (вследствие гипофункции parathyreoideae или надпочечников, или гиперфункции щитовидной железы), затем следует атония (вследствие гипофункции щитовидной железы и гиперфункции parathyreoideae или надпочечников). Вслед за этим появляется нарушение кровообращения и некроз.

Что касается роли гиперхлоргидрии и гиперсекреции в образовании язв, то она оспаривается. Оспаривается также точка зрения Katzenstein'a²²⁾, что язва желудка происходит от нарушенного нормального отношения пепсина желудочного сока к антипепсину. Для образования язв желудка и duodeni имеют безусловное значение травмы, как наружные (образование язв у портных и сапожников вследствие принужденного наклонного положения), так и внутренние (язвы желудка у кутил, у алкоголиков и у таких, которые употребляют большое количество перепереваренной пищи). В происхождении язв, наконец, играют роль и ортостатические моменты, особенно у лиц с астенической конституцией и у энтероп-

тотиков. У них в стоячем положении вследствие натягивания связок наполненным желудком происходит сдавление сосудов, питающих, главным образом, малую кривизну, и при этом могут образоваться местные нарушения питания.

Коснувшись в общих чертах этиологии язв желудка и duodeni, мы считаем нужным указать, что в каждом отдельном случае необходимо заранее узнать причину происхождения язвы, прежде чем применять ту или иную терапию. Относительно вопроса о применении хирургических или терапевтических методов лечения нам кажется, что вопрос о хирургическом вмешательстве может быть решен в положительном смысле только относительно трех вышеуказанных категорий случаев. Во всех остальных случаях, прежде чем передать больных хирургу, следует попытаться лечить их внутренними средствами. Если терапевтические мероприятия окажутся безуспешными в том смысле, что объективные страдания не уменьшаются, или те же жалобы повторяются при возвращении в свою обычную обстановку, или, наконец, часто появляются рецидивы, тогда рекомендуется оперативное вмешательство и в неосложненных случаях язвы. Еще одно обстоятельство заставляет терапевта воздержаться от оперативного вмешательства. Каждый терапевт, который много случаев язвенных больных передавал хирургу, знает, что хирург часто при операции ничего не находит. Быть может, это объясняется тем, что язва была слишком поверхностна и мала. Но нам известны случаи, где язв вообще не оказалось. Можно ли считать, что в последних случаях был поставлен неправильный диагноз? Morawitz²³⁾ предполагает, что может быть язвенная болезнь без язвы (Ulcuskrankheit ohne Ulcus). Он считает, что на почве конституционального предрасположения может появиться длительный спазм в области мускулатуры желудка, что рентгеноскопически выражается втягиванием в области большой кривизны желудка. Но мы имеем возможность отличать функциональный спазм от органического. Для этой цели мы перед рентгеноскопией вводим подкожно 0,001 atropini sulfurici или 0,01 papaverini. В первом случае спазм исчезает, в последнем—остается. Понятно, что при конституциональном предрасположении к спазмам никакая операция не избавит больного от страданий. Мы считаем, что лечение язв желудка и duodeni должно находиться лучше в руках терапевтов, чем хирургов, по высказанным выше соображениям. Но при этом нужно решить вопрос, какой терапевтический способ лечения является наилучшим. В настоящее время применяются в клиниках больше всего 4 метода: метод Leube²⁴⁾, Lenharz'a²⁵⁾, Яроцкого²⁶⁾ и Sippy. В нашей клинике Leube-kur применялся в 37 случаях, в 15 случаях Sippy-kur, в 4-х—способ лечения Яроцкого. На поликлиническом материале в 26 случаях мы применяли Sippy-kur. Является необходимостью в нескольких словах коснуться двух способов лечения, применяемых нами—Leube и Sippy. Общими для этих обоих методов являются щадящая диета, постельный покой, применение теплых компрессов; но в то время, как Leube применяет щелочи в форме порошков различного состава не более 3-х раз в день, Sippy придает особое значение как можно более частому нейтрализованию соляной кислоты. Каждые $\frac{1}{2}$ часа дается поочередно Na bicarbonicum+magnes. usta aa 0,5 и Na bicarbonicum 1,5+calc. carbonicum 0,5. Если преобладают запоры, то дают, главным образом, первую смесь, если преобладают поносы,—вторую смесь. При этом каждый час дается $\frac{1}{2}$ стакана молока. Строго провести предписания Sippy мы не имеем

возможности из-за хозяйственных соображений: мы думаем, что особенного значения это не имеет. Питание больных по Leube и по Sippy почти одинаковое. Питание наших стационарных больных было следующее: 1-ая неделя—6 стаканов молока в день, слизистые супы, 100,0 сливочного масла ежедневно и 2 яйца в смятку; 2-ая неделя—добавлялись сухари из белого хлеба, картофельное пюре, шпинат; 3-я неделя—прибавлялось мясо (телятина, мозги) и рыба, какао, сыры; 4-ая неделя—общий стол, причем на продолжительное время запрещалось есть сырые фрукты, соленые продукты и пряности, черный хлеб, капусту и аналогичные трудно перевариваемые растительные продукты (огурцы, редька), также сало и жирное мясо. При таком питании стационарные больные в первую неделю получали приблизительно 1500 калорий в день. Начиная со второй недели больные начинают прибавляться в весе.

Результаты лечения от Leube-kur:—из 37 больных, леченных по Leube, мы получили успешные результаты у 15-ти=40,5%. Боли очень быстро успокаивались, и после 4-недельного лечения больные выписывались выздоровевшими. Тем не менее при повторном исследовании желудочного сока тонким зондом как кислотность, так и тип желудка в большинстве случаев не менялись. Замечалось улучшение опорожнения желудка. Улучшение двигательной функции наступало вследствие прекращения болей, мускулатура желудка приобретала ее нормальные свойства. В болевом периоде мускулатура находится в состоянии депрессии и не в состоянии содержать содержимое желудка удалить в нормальное время. Что касается позднего действия, то трое из выписавшихся в удовлетворительном состоянии снова через 10—16 месяцев попали к нам в клинику, где после применения Sippy-kur'a они опять выписались в хорошем состоянии.

Что касается Sippy-kur, то на основании наших наблюдений—на 15 стационарных больных и 26 амбулаторных—мы можем сказать, что при неосложненных случаях язв желудка и duodeni субъективные явления улучшались уже через 24—48 часов, и мы в 76% всех случаев получили удовлетворительные результаты. Перед началом лечения врач должен получить представление о состоянии кислотности желудочного сока, выяснить, нет-ли стеноза привратника, и, если таковой существует, то какого он характера (спастического, воспалительного или рубцового), далее,—не имеет-ли желудок формы песочных часов, нет-ли недостаточности почек. Описаны случаи в литературе, где через 8—14 дней после начала лечения щелочами появлялись отсутствие аппетита, головная боль, раздражительность, полубезсознательное состояние, сухость языка и кожи, коматозное состояние, повышение мочевины в крови,—иначе говоря, нервные симптомы, вызванные алкалемией и недостаточностью вследствие стеноза привратника. Алкалемия появляется вследствие сильной потери HCl с понижением хлоридов и повышением карбатов в крови. Эти явления исчезают при прекращении лечения щелочами. Описаны даже два смертных случая от Sippy-kur'a. Ранними симптомами отравления щелочами являются отсутствие аппетита и депрессия; все случаи были с язвами duodeni, при язвах желудка этого не наблюдалось. В некоторых случаях был стеноз привратника, в других нормальное опорожнение без рвот. Все больные были старше 40 лет. Только в одном случае было в анамнезе заболевание почек, остальные были здоровы и не имели повышенного кровяного давления. Отсюда явствуют следующие выводы: никакого лече-

ния щелочами язвы 12-перстной кишки при самых незначительных симптомах заболевания почек; прервать немедленно лечение щелочами при самых незначительных подозрительных симптомах; быть осторожным с лечением щелочами при стенозе pylori, где необходимо точное наблюдение за содержанием мочевины в крови. Мы перед началом лечения щелочами тщательно исследуем больного, нет-ли каких-нибудь изменений со стороны почек, и нет-ли органического стеноза привратника. Мы имели эту возможность проделать и на амбулаторном материале, — в нашем распоряжении была прекрасно оборудованная лаборатория и рентгеновский кабинет больницы имени Веры Слуцкой. К счастью, нам не пришлось наблюдать случаев отравления щелочами.

Как объяснить хорошие результаты лечения язв желудка и duodeni по Sippy? Мы считаем, что при этом громадную роль играют покой и щадящая диета. Лечение покоем не оценивается в достаточной степени различными авторами. У некоторых авторов, на основании опытов войны, имеется тенденция быстро приступать к режиму амбулаторному. Мы не разделяем этой тенденции. В упорных случаях комбинированное лечение покоем и диетой являются терапевтически-диагностическим средством, где ex juvantibus можно проверить диагноз и дать заключение об операции. При покое безусловно устраняются ортостатические моменты. Малая кривизна или ligamentum hepato-gastricum расслабляется при постельном покое, особенно при высоком положении таза и при лежании на левом боку. Что касается влияния щелочей, то ни одна из щелочей не обладает свойством в дозах терапевтических понижать кислотность желудочного сока. Нам приходилось наблюдать 4 случая, где больные выпились в хорошем состоянии, а кислотность желудочного сока не только понизилась, но даже повысилась; кроме того, мы наблюдали благоприятный эффект щелочей при язвах, сопровождаемых пониженной кислотностью желудочного сока. Благотворное действие щелочей основано главным образом на их спазмолитическом действии и на их способности ускорять опорожнение желудка. Повышенная моторная функция обусловлена, повидимому, усилением тонуса и перистальтики, что удается установить рентгенологически (Аркусский²⁷). На нашем амбулаторном материале мы не имели возможности соблюдать такого строгого постельного покоя и диеты, и, тем не менее, нам пришлось наблюдать, что 18 больных из 26 в течение короткого времени избавлялись от болей, и у них улучшалась двигательная функция. Мы не разделяем крайней точки зрения Porges'a²⁸), что больные могут при лечении щелочами есть смешанную пищу и не нуждаются в постельном покое. Мы сажали наших амбулаторных больных на более или менее щадящую диету и рекомендовали по мере возможности лежать. Конечно, провести эти мероприятия в амбулаторной обстановке не всегда удавалось. С культурными членами семей застрахованных мы проводили это лечение с хорошими результатами, но для самих застрахованных Sippy-kur невозможно провести трудностей, в особенности тогда, когда они должны исполнять свою повседневную работу.

Morawitz прибавляет к Sippy-kur'y атропин, который небольшими дозами распределяется в течение всего дня. Средство это дается в пилюлях по $\frac{1}{4}$ mg. Следует отметить, что чувствительность больных

к атропину—индивидуальная: некоторые переносят атропин до 10 mg. pro die без явлений отравления: у других же уже после 2—3 mg. атропина появляются сухость во рту и парез аккомодации. Так как мы заранее не можем знать, в каждом отдельном случае, выносливость к атропину, то следует применять его осторожно,—начинать с 1 mg. pro die, разделяя на 4 пилюли, и повышать каждый день до появления сухости во рту. Атропин расслабляет спазм и действует угнетающим образом на секрецию.

За последнее время некоторые клиники применяют парэнтеральную протеиновую терапию, как метод лечения язв желудка и duodeni. Этот способ был предложен 5 лет тому назад Holler¹⁰ и Pribram¹¹. За это короткое время появились многочисленные сообщения. Большинство авторов видело хорошие результаты от применения протеиновой терапии (Schmidt²⁹), Pribram³⁰), Friedrich³¹) и др.). Инъекция протеиновых тел действует возбуждающим образом на регенерацию при хроническом воспалении язвы и уменьшает спазм мышц желудка и мелких сосудов. Для успешного лечения необходимо появление ясной реакции, хотя-бы и общей. Большинство авторов считает, что при всякой язве можно попытаться применять протеиновую терапию. Они получили в 50—70%, положительные результаты. Противопоказанием для протеиновой терапии являются острые и подострые туберкулезные процессы. В тех случаях язвы, где протеиновая терапия не давала никакого эффекта, авторы не могли достигнуть успешных результатов и другими консервативными методами лечения; напротив, протеиновая терапия часто помогала в тех случаях, где всякие другие терапевтические мероприятия были безуспешны. После 2—3 безрезультатных курсов лечения необходимо оперировать. Относительно протеиновой терапии имеются сообщения и противоположного характера. Öhnel³²) на основании своего собственного материала думает, что протеиновая терапия не является идеальным средством для излечения язв. Сдержанно к парэнтеральной терапии относятся также и другие авторы (Marx³³), Penzold³⁴), Morawitz, Gohrband³⁵) и друг.). Мы считаем, что протеиновую терапию можно применять и в дальнейшем, но при одновременном применении диеты и покоя—в противовес мнению Friedrich'a, что протеиновую терапию можно проводить амбулаторно. При этом, конечно, важен род применения и дозировка. Интравенозная инъекция—наилучший способ. Род примененного белка не играет роли. Влияет-ли протеиновая терапия на секрецию желудка,—нет единения во взглядах: Holler считает, что после применения протеиновой терапии кислотность падает, но это отрицается Kalk¹² и большинством других авторов.

За последнее время появились сообщения об удовлетворительных результатах лечения язв желудка и duodeni рентгеновскими лучами. В большинстве случаев замечается улучшение уже после применения первой серии рентгеновских насвечиваний,—в среднем через 14 дней после аппликации гастралгия исчезает; правда, локальная чувствительность при давлении остается еще некоторое время. С исчезновением болей повышается аппетит, прибавляется вес. На кислотность рентгеновские лучи не оказывают действия. Очень благоприятное действие рентген оказывает при кровотечениях из язв, как выражение одновременного насвечивания печени и селезенки. Прекращаются также и спастические запоры. Рентгенотерапия хорошо действует при плохо функционирующих анасто-

мозах. Она расслабляет спазм на месте анастомоза. На основании литературных данных мы считаем, что уместно было-бы пока ограничиться применением последовательного рентгеновского лечения язвенных больных после операции.

Мы не имеем возможности остановиться на многих других способах лечения язв желудка—Яроцкого, Coleman'a³⁶), Zahn'a³⁷), но нам хотелось-бы в заключение сказать несколько слов о питании дуоденальным зондом язвенных больных. Творец дуоденального зонда Einhorn впервые применил его и с терапевтической целью. При *ulcus ventriculi* или *duodeni* он оставляет его лежать в 12-перстной кишке 10—12 дней (другие авторы—даже до 25 дней, создавая тем самым язве полный покой без всякого ущерба для питания). Обращают при этом внимание на тщательный уход за ртом. Raffaele³⁸) модифицировал методику Einhorn'a в том смысле, что он уменьшил разовые количества еды в течение дня до трех раз при одновременном ограничении числа калорий, так как при этом устраняется необходимость такого частого введения зонда, которое связано с неприятными субъективными ощущениями. При применении этого способа лечения бывают, правда редко, осложнения. Описаны случаи с перфоративным перитонитом и отеком голосовой щели. Поэтому некоторые авторы рекомендуют вводить зонд ежедневно. Мы считаем, что вряд-ли этот способ лечения получит более или менее широкое распространение.

Резюмируя все вышесказанное, приходим к следующим выводам:

1) В происхождении язв желудка и *duodeni* играет роль множество факторов, как конституциональных, так и приобретенных.

2) Для диагностики язв желудка и 12-перстной кишки имеют значение из клинических симптомов болезненная зона Mendel-Boas'a и *defense m. recti abdominis* при ударе пальцами. Симптомы Boas'a, Опенховского, Гербста и др. встречаются реже.

3) Для диагностики язв желудка и *duodeni* кислотность желудочного сока и исследование кала на скрытое кровотечение не имеют того значения, какое им приписывается многими авторами.

4) Гиперсекреция, замедленное опорожнение и пилороспазм—эта комбинация большей частью характерна для смешанных пилорических язв.

5) Важное значение для диагностики имеют анамнез и рентгеновское исследование (рентгенограмма, ниши Haudeck'a).

6) Лечение язв желудка и *duodeni* должно быть, главным образом, консервативное.

7) Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству являются 1) кровоточащие язвы, если больным грозит опасность погибнуть от кровотечения, причем у больных, потерявших много крови, операции должно предшествовать кровопереливание; 2) органические стенозы желудка, ведущие к тяжелым нарушениям двигательной функции; 3) подозрения на прободение язв желудка и *duodeni*. При неосложненных язвах желудка и *duodeni* хирургическое вмешательство рекомендуется только после безуспешного лечения внутренними средствами.

8) Послеоперационные осложнения различны при различных оперативных методах, не говоря уже о непосредственной смерти после операций. После гастро-энтеростомии—1) опасность стеноза привратника; 2) образование гастро-энтеростомической болезни; 3) опасность злокачественного перерождения неудаленных язв; 4) образование *ulcera peptica jejuni*. Нелучшие результаты получены и от других способов опера-

тивного вмешательства (Billroth I, Billroth II, cholecystogastrostomia по Богоразу).

9) Из консервативных способов лечения лучшим является Sippy-kur,— по нашим наблюдениям в 76% удовлетворительные результаты. Leube-kur давал только 40,5%. Sippy-kur надо применять, главным образом, стационарно; амбулаторно только в тех случаях, где невозможно его провести стационарно из-за социальных условий. При этом постельный покой и щадящая диета играют громадную роль. Щелочи действуют спазмолитически и ускоряют опорожнение желудка. На кислотность желудочного сока щелочи не влияют.

10) Протеиновую терапию можно применить при одновременном назначении постельного покоя и диеты. Противопоказанием являются острые и подострые туберкулезные процессы.

11) Рентгеновскую терапию рекомендуется применять после операций.

12) Лечение по способу Einhorn'a дуоденальным зондом не может иметь широкого распространения.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Gerhardt. Berl. kl. W., 1888, S. 74; D. m. W., 1888 S. 349; Jenaer med. Ztschr., III S. 522.—2) v. Sohlern. Berl. kl. W., 1889, № 14.—3) Кузьминых. Диссертация, 1892, СПб.—4) Павлов. Лекции по физиологии.—5) Бабкин. Внешняя секреция пищеварительных желез.—6) Зимницкий. Диссертация, СПб, 1901.—7) Гехтман. Журнал для усов. врачей, № 9, 1925.—8) Hess, Leo und Faltischek. W. k. W., № 6, 1925.—9) Boird, Campbell. Guy's hosp. reports, t. 74, № 3, 1924.—10) Локтионова. Тр. Съезда российских терапевтов в Петрограде 25—30 сентября 1922.—11) Филимонов. Тоже.—12) Gruber. W. kl. W., №№ 47—48, 1925.—13) Konjetzny und Puhl. Zbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anatomie, Bd. 36, Ergänzt. H., 1925.—14) Попов. XVIII Всесоюзный Съезд Хирургов. Москва 27—30 мая 1926.—15) Бурденко. Тоже.—16) Спасокукотский. Тоже.—17) Соколов. Тоже.—18) Богораз. Тоже.—19) Теребинский. Тоже.—20) Posselt. Arch. f. Verdauungskr., Bd. 34, H. 3/4, 1925.—21) Зимницкий. Врачебное Дело, № 23, 1926.—22) Katzenstein. Berl. kl. W., 1908, № 39.—23) Morawitz. M. m. W., № 47, 1925.—24) Leube. Arch. f. klin. Med., XXXII, 1879.—25) Lehnhartz. D. m. W., 1890, № 6.—26) Яроцкий. Schw. med. W., № 23, 1925.—27) Аркусский. VI Съезд рентгенологов и радиологов в Ленинграде 21—25 мая 1926.—28) Porges. W. kl. W., № 39, 1925.—29) Schmidt. Med. Kl. № 48, 1924.—30) Pribram. D. m. W., № 4, 1925.—31) Friedrich. M. m. W., № 11, 1925.—32) Öhnel. Svenska läkartidningen, № 32, 1925 (Швеция).—33) Marx. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chirurgie, Bd. 38, H. 4, 1925.—34) Penzoldt. Fortschr. d. Therapie, H. 8, 1925.—35) Gohrbandt. Kl. W., № 52, 1925.—36) Coleman. Transact. of the Assoc. of Americ. physic., t. 39, 1924, 37) Zahn. D. m. W., № 34, 1924.—38) Raffaele. Rif. med., № 36, 1925.

Состояние тонуса вегетативной нервной системы при желудочных заболеваниях.

Ординатора Т. Л. Ланде.

Вегетативная нервная система приобретает все большее и большее значение в патологии человеческого организма. Целый ряд заболеваний ставится теперь в связь с расстройствами ее функций. В частности, желудочные заболевания в большинстве имеют в своей основе нарушение равновесия тонуса вегетативной нервной системы. Так, язва желудка и повышенная кислотность его содержимого почти всегда идут параллельно с повышением тонуса блуждающего нерва. Фокин наблюдал у больных с язвой желудка повышение тонуса *vagus'a* в 79% всех случаев, а у больных с *hyperaciditas*—даже в 100%, причем одновременно у больных имелось, большей частью, понижение тонуса симпатического нерва. Bergmann уже давно отметил видную роль *vagus'a* в язвенном процессе, выдвинув спазмогенную теорию происхождения язв желудка, в основе которой лежит повышение тонуса блуждающего нерва: под влиянием ваготонии, по мнению Bergmann'a, происходит спазм *muscularis mucosae* желудка, сопровождающийся расстройствами местного кровообращения, анемией слизистой и кровоизлияниями в ней, а это ведет в дальнейшем к образованию эрозий и язв.

Теория эта подверглась всесторонней критической оценке как со стороны экспериментаторов, так и со стороны клиницистов, причем многие признают ее и считают повышение тонуса *vagus'a* необходимым условием для развития язв; другие (Zoerer, Marchal) относятся к ней отрицательно. Интересны в этом отношении опыты Nakazima, опубликованные им в 1925 году. Этот автор экспериментальным путем доказал справедливость спазмогенной теории происхождения язв,—вводя под кожу опытным животным (кроликам, собакам, обезьянам) пилокарпин в разведении 1:1000, он вызывал у них спазм желудочной мускулатуры и нарушение местного кровообращения с последующим образованием эрозий и язв на стенке желудка, а смазывая ограниченный участок серозного покрова желудка раствором пилокарпина, вызывал ограниченный спазм желудочной мускулатуры с образованием геморрагических эрозий на участке слизистой, прилежащем к месту спазма, тогда как остальная слизистая, не подвергавшаяся спазму, была совершенно цела. При длительном введении пилокарпина кролику Nakazima мог наблюдать постепенный переход эрозий в язвы и хронический тип их. Эти в высшей степени интересные экспериментальные данные наглядно рисуют роль *vagus'a* в развитии язв, подтверждая теорию Bergmann'a.

Клинические наблюдения над язвенными больными и произведенные в этом направлении патолого-анатомические исследования также подтверждают видную роль вегетативной нервной системы в развитии и течении язв желудка. Многие авторы (Фокин, Шерешевский, Троицкий, Скульский и др.) находили изменения этой системы у язвенных больных. Мнения их расходятся только в вопросе о том, какие отделы вегетативной нервной системы страдают больше при язвах и влияют на развитие болезненного процесса: одни думают, что при язвах главным образом поражается *vagus*, состояние которого и обуславливает прогрессирование болезни, другие, наоборот, видят причину развития язв в изменении симпатического нерва; все же большинство склоняется к тому, что изменение тонуса *vagus'a* доминирует у язвенных больных и влияет вредно на ход и развитие процесса. Относительно других заболеваний желудка в литературе имеются указания на изменение тонуса вегетативной нервной системы при повышенной кислотности и раковых новообразованиях (Фокин).

Исследуя вегетативную нервную систему у больных с различными заболеваниями внутренних органов, мы, между прочим, обратили внимание и на состояние ее у желудочных больных. Нам интересно было проверить результаты исследований других авторов в этом направлении, а также проследить связь вегетативной нервной системы с типами секреции желудочной клетки при различных заболеваниях желудка. Определение тонуса вегетативной нервной системы производилось нами по методу Daniéloroli и Cagniola, как относительно более точному и лишенному субъективизма. Каких-либо угрожающих, вредных влияний на больных от применения этого метода мы не видали.

Всего нами был исследован 41 больной в возрасте от 25 до 45 лет. У 20 из них имели место язвы желудка (в 16 случаях) и 12-перстной кишки (в 4 случаях), у 6—повышенная кислотность, у 12—субацидные и анацидные катарры и у 3—раки желудка.

У первой группы больных, т. е. у больных с язвой желудка и *duodeni*, мы во всех случаях могли обнаружить изменение тонуса вегетативной нервной системы, Преобладало преимущественно повышение тонуса *vagus'a* и понижение *sympathicus'a*. Чистые формы ваготонии встретились нам в 30% случаев, амфотония—в 5%, ваготония плюс гипосимпатикотония—в 40%, гипосимпатикотония—в 15% и гипоамфотония—в 10%. В общем абсолютное повышение тонуса блуждающего нерва при язвах желудка наблюдалось, таким образом, в 75% наших случаев, относительное—в 15%; понижение тонуса симпатикуса встретилось нам в 55% случаев, гипоамфотония же лишь в 10%. Эта последняя обуславливалась у наших больных целым рядом привходящих моментов, осложнявших картину тонуса вегетативной нервной системы. Больные с язвой желудка, которые обнаружили гипоамфотонию,—это были большей частью субъекты с хроническими язвами, в возрасте 40—42 лет, с резким упадком сил и общей кахексией, напоминавшие по виду раковых больных. Исследование вегетативной нервной системы совпало у них с периодом кровавой рвоты. Возможно, что ослабление организма под влиянием кровопотерь, длительность язвенного процесса и возраст оказали у них угнетающее действие на вегетативную нервную систему.

Что касается тонуса вегетативной нервной системы у больных с повышенной кислотностью, то здесь можно было отметить повышение тонуса

блуждающего нерва в 100% случаев. Напротив, у больных с субацидными и анацидными катаррами мы наблюдали понижение тонуса вегетативной нервной системы и, главным образом, *vagus'a*. У всех трех раковых больных была обнаружена гипоамфотония.

Разберем теперь в отдельности указанные заболевания и их связь с вегетативной нервной системой, причем возьмем сначала группу больных с язвой желудка. Здесь нам бросились в глаза растройство секреторной и моторной функций желудка и ряд жалоб больных, определявших характер болезни. Вегетативная нервная система давала здесь картину дистонии с преобладанием тонуса *vagus'a* над тонусом *sympathicus'a*, каковые изменения шли параллельно с общим ходом болезни, отражая собою тяжесть язвенного процесса. Наблюдавшиеся при язвах болезненные явления—повышенная кислотность желудочного содержимого, неправильный тип секреции желудка, моторные расстройства и субъективные ощущения больных—тесно переплетались с дистонией вегетативной нервной системы: при нарастании дистонии, с повышением тонуса *vagus'a*, у этих больных замечалось усиление болезненных явлений и более тяжелое течение процесса, при падении его, наоборот,—улучшение общего состояния больных и более благоприятное течение болезни. Это мы могли проследить на целом ряде язвенных больных, у которых применялись с терапевтической целью атропин, протеиновая терапия и т. п. Под влиянием протеиновой терапии там, где она давала терапевтический эффект, мы наблюдали уменьшение болезненных явлений и одновременно понижение тонуса *vagus'a*, хотя и не во всех случаях. После лечения атропином мы всегда получали уменьшение ваготонии и наряду с этим улучшение хода болезни. Аналогичные результаты получены были Фокиным при лечении язв желудка стрихнином и атропином.

Полученные нами и Фокиным результаты свидетельствуют об огромной роли *vagus'a* в язвенном процессе и его влиянии на весь ход и течение болезни. Являясь нервом секреторным, двигательным и сосудорасширяющим, *vagus* при повышении тонуса вызывает секреторные и двигательные расстройства в желудке, а также ведет к нарушению правильного кровообращения в его стенке, причем расстраивается нормальная функция желудка, и наряду с этим страдает анатомическая целостность его. Отчего происходит изменение тонуса блуждающего нерва при язвах,—до сих пор точно не выяснено. Некоторые полагают, что воспалительные и дегенеративные процессы в нерве влияют на изменение тонуса, другие полагают, что здесь играют роль конституциональные факторы. Проф. Зимницкий считает изменение тонуса блуждающего нерва при язвах явлением функциональным, имеющим в основе нарушение обмена кислот и щелочей в тканях.

Каково-бы ни было происхождение ваготоний при язвах, неизбежным остается факт дистонии вегетативной нервной системы у язвенных больных. Симптомы, которыми проявляется язва, во многом зависят от этой дистонии. Отсюда в клинике необходимо обращать должное внимание на состояние тонуса вегетативной нервной системы у больных с язвой желудка,—это важно для того, чтобы иметь ясное представление о ходе и течении у них болезни, а также для диагностических и терапевтических целей.

В тех случаях, где диагностика язвы желудка почему-либо затруднительна, исследование вегетативной нервной системы может помочь

В выяснении диагноза. В клинике часто встречаются больные с типичными жалобами, свойственными язве желудка, но без видимых объективных данных. Исследование вегетативной нервной системы в подобных случаях может содействовать правильному распознаванию. В качестве примера приведу один случай: в нашу клинику поступил больной с жалобами на язву желудка, по поводу которой он лечился долгое время, но безрезультатно; объективное исследование не дало опорных пунктов для диагноза язвы; исследование вегетативной нервной системы также показало норму, почему мы отрицательно отнеслись к диагнозу язвы желудка у этого больного, и оперативное вмешательство вполне подтвердило наше предположение,—при операции язвы никакой не оказалось, и хирурги ограничились здесь пробной лапаротомией. Вообще 35% наших язвенных больных, у которых было произведено исследование вегетативной нервной системы, подвергались хирургическому вмешательству, причем последнее во всех случаях подтвердило поставленный на основании данных этого исследования диагноз.

Эти факты заставляют нас признать исследование вегетативной нервной системы для подтверждения диагноза язв желудка крайне важным. То же самое надо сказать и относительно терапии язв. Как известно, существует много методов лечения последних: диететические методы, применение препаратов атропина, стрихнина, щелочей и пр. Терапевтический эффект от их применения, однако, не всегда получается, и это в значительной мере объясняется тем, что не учитываются достаточно все показания для лечения данными средствами, и, в частности, упускается из виду состояние тонуса вегетативной нервной системы у язвенных больных, что, конечно, небезразлично для результатов лечения. Нужно в каждом отдельном случае язвы желудка исследовать вегетативную нервную систему. Это является необходимым звеном в цепи других показаний для правильной терапии язв. Точное представление о действии лекарств, правильное их применение и индивидуальный подход при лечении—вот пути к рациональной, верной терапии. Исследование вегетативной нервной системы может расширить и углубить эти пути.

На этом я заканчиваю обзор наших случаев язвы желудка и перехожу к разбору остальных групп наших больных—с повышенной кислотностью, суб-и анацидными катаррами и раковыми новообразованиями желудка.

Наши больные с повышенной кислотностью были вместе с тем больными, страдавшими неврозами желудка и гиперацидными катаррами. Почти все они обнаруживали повышение тонуса вегетативной нервной системы, главным образом *vagus'a*. Характерными для них являлись гиперсекреция и астенический тип работы желудочной клетки. Имелся ясный параллелизм между секрецией и состоянием вегетативной нервной системы у этих больных,—мы наблюдали у них ваготонию и наряду с этим—повышение кривой секреции.

Иную картину мы видим у больных с субацидными и анацидными катаррами. У последних преобладало понижение тонуса вегетативной нервной системы преимущественно со стороны *vagus'a*, и одновременно имелось понижение секреции. Тип работы желудочной клетки при субацидных катаррах большею частью были инертный, при анацидных же катаррах имел место полный торпор клетки. Это изменение секреторной

функции желудка при катаррах зависит от двух причин: от нервных влияний и местных изменений слизистой на почве воспаления. Вегетативная нервная система принимает активное участие в функциональной жизни желудка, и изменения ее тонуса безусловно влияют известным образом на ход работы желудочной клетки. Мы имеем при гиперамфо—и ваготонии возбуждение секреторной и моторной функций желудка, при гиповаготонии же и гиповаготонии—угнетение их.

Нарушения нормальной функции желудка при катаррах зависят, таким образом, в известной мере от дистонии вегетативной нервной системы. Однако, нельзя исключить здесь и влияний местного характера на почве изменений слизистой оболочки (перерождение, воспаление). Под влиянием воспаления происходят растройство циркуляции крови, недостаточное питание клеток и деструктивное изменение слизистой в той или другой степени, что, конечно, не может не отражаться вредно на функции желудка. В одном из своих случаев *gastritis anacida* мы нашли вегетативную нервную систему близкой к норме; тут, надо думать, был органический торпор клетки, развившийся на почве изменений слизистой без нарушения тонуса вегетативной нервной системы. Во всех остальных случаях катарров желудка имелось изменение тонуса вегетативной нервной системы.

При раковых заболеваниях мы во всех трех случаях нашли угнетение вегетативной нервной системы и наряду с этим торпор желудочной клетки.

На основании своих исследований мы приходим, таким образом, к следующим выводам:

1. Имеется тесная связь между заболеваниями желудка и состоянием тонуса вегетативной нервной системы.
2. При язвах желудка и *duodeni* наблюдается дисфункция вегетативной нервной системы с преобладанием повышения тонуса блуждающего нерва.
3. При повышенной кислотности во всех случаях имеется ваготония.
4. При суб—и анацидных катаррах имеется понижение тонуса вегетативной нервной системы, главным образом *vagus'a*.
5. При раковых новообразованиях наблюдается угнетение всей вегетативной нервной системы.
6. Секретция желудка находится в известной зависимости от состояния тонуса вегетативной нервной системы: при повышении этого тонуса наступает усиление секреции, при понижении—ее уменьшение, в первом случае с уклоном к астеническому типу, во втором—к инертному.

К этиологии послеоперационных пневмоний.

Ассистента К. И Чуловского.

Этиология послеоперационных бронхитов и пневмоний, и в настоящее время занимающих последнее место в ряду послеоперационных осложнений, до сих пор не может считаться вполне установленной, хотя изучение их началось еще в 80-х годах прошлого столетия,—когда число других послеоперационных осложнений уменьшилось вследствие введения асептики и антисептики,—причем вопрос об них неоднократно обсуждался на съездах хирургов—как русских, так и иностранных, а на III и V Съездах Российских Хирургов стоял даже программным.

Лесгафт полагал, что осложнения эти зависят от аспирации инфекционных начал из полости рта и зева.

Gussenbauer и Pietrzikowsky на основании клинических наблюдений основной причиной послеоперационных пневмоний считали попадание в легочные сосуды эмболов вследствие тромбоза венозных сосудов в месте операции.

Gerulanos указывает три главных причины послеоперационных пневмоний,—это 1) аспирация (из полости рта во время наркоза), 2) гипостаз (вследствие слабости сердца) и 3) эмболия.

Kelling на Съезде Немецких Хирургов в 1905 году на основании всей имеющейся литературы приходит к тем же выводам, что и Gerulanos, допуская также возможность проникновения инфекции по лимфатическим путям диафрагмы в легкое; кроме того predisposing моментами к развитию пневмоний он считает охлаждение кожи при операциях и вскрытие брюшной полости. Наркоз, по его мнению, существенной роли здесь не играет, так как после операций с местной анестезией пневмонии встречаются чаще, чем после операций, проведенных под общим наркозом.

Kimmel, наоборот, придает большое значение общему наркозу: по его мнению хлороформ и эфир—главная причина послеоперационных пневмоний.

Henle предполагает, что большинство пневмоний развивается у оперированных, имеющих еще до операции какие-нибудь патологические изменения в легких, причем допускает возможность проникновения инфекции по лимфатическим путям.

Charman также указывает, что латентная форма пневмонии под влиянием predisposing условий (каковыми могут быть охлаждение и общий наркоз) становится явной.

Löwen среди этиологических моментов, обуславливающих развитие послеоперационных пневмоний, на первом плане ставит аспирацию во время наркоза и недостаточность откашливания после операции, на втором—эмболию и, наконец, инфекцию по лимфатическим путям.

Lichtenberg на основании изучения литературы вопроса и собственных исследований делит послеоперационные пневмонии на аспирационные, гипостатические и инфекционные.

Из русских авторов Протопопов в своей диссертации приходит к выводу, что все послеоперационные пневмонии нужно понимать, как аспирационные, гипостатические и эмболические, причем чаще всего встречаются эмболические формы (83,3%), затем аспирационные (11,4%) и, наконец, гипостатические. К числу моментов, способствующих развитию пневмоний, он относит охлаждение и вскрытие брюшной полости, но только в связи с инфекцией. Виду наркоза этот автор не придает большого значения, так как пневмонии наблюдаются как при общем наркозе, так и при местном обезболивании. В дальнейших наблюдениях над послеоперационными пневмониями, доложенных в заседании Русского Хирургического Общества в Москве 6, IV 1925 г., Протопопов приходит к следующим выводам: 1) в этиологии послеоперационных пневмоний главную роль играют род операции и охлаждение; 2) послеоперационные пневмонии чаще наблюдаются после чревосечений; 3) пневмонии наблюдаются чаще после местной анестезии; 4) в большинстве случаев пневмонии бывают эмболического происхождения, реже — аспирационного и гипостатического характера. Выступавший в прениях по докладу проф. П. Д. Соловьев высказал убеждение, что главным фактором в возникновении послеоперационных пневмоний нужно считать инфекцию, а не охлаждение, причем возможен и прямой перенос инфекции по лимфатическим путям через диафрагму; рефлекс с брюшных нервов, вызывая усиленную экссудацию и спазм мускулатуры бронхов, также может быть причиной пневмонии.

Розанов отмечает в своей статье „Местное обезбоживание в хирургии“, что местная анестезия несколько не гарантирует от пневмоний. Нельзя последние ставить в связь и с охлаждением, так как автору приходилось оперировать при 6—7° в операционной, при той же температуре в палатах, — и пневмоний было не больше, чем когда в операционной и палатах было 16—18°.

Профессор В. С. Груздев считает причиной большого числа пневмоний после гедоналового наркоза попадание инфекционного содержимого из верхних дыхательных путей в более глубокие в посленаркозном периоде, так как оперированные здесь долго спят с раскрытым ртом после операции.

В последние годы Lemon на основании экспериментальных исследований на собаках также доказывает, что в этиологии послеоперационных пневмоний имеет значение и аспирация из полости рта, особенно при нарушении защитительных приспособлений.

Featherstone на основании обзора литературы, клинического материала и более 1000 вскрытий делает следующие выводы: пневмонии после операций встречаются очень часто, причем в их развитии играют роль общее состояние и состояние легких больного; анестезирующее вещество и способ анестезии редко являются причиной этого осложнения; напротив, большое значение имеют здесь инфекция по лимфатическим путям и нарушение нормальной вентиляции легких вследствие болей, а равно инфекция по кровеносным путям при наличии септического процесса в организме. Часты пневмонии и аспирационного характера.

После этого краткого обзора литературы вопроса приведем данные различных авторов относительно частоты послеоперационных пневмоний

и смертности от них вообще, а также в зависимости от различных видов наркоза и анестезии и других условий операции (напр., вскрытия брюшной полости). Данные эти довольно резко разнятся между собой, особенно данные, относящиеся к доантисептическому времени и более позднему. По сводной статистике Lichtenberg'a, обнимающей 5399 сл., послеоперационная смертность от осложнений в легких равна 22,16%, от других причин—77,84%, колебания % смертности от послеоперационной пневмонии у различных авторов варьируют весьма значительно,—от 63% по Löwen'у до 0,8% по Дерюжинскому.

Если мы обратимся к статистике заболеваемости, то и здесь найдем наименьшее разнообразие цифр—тем более, что каждый автор проводит собственную классификацию. Так, Kümme'l, определяя заболеваемость пневмониями после операций в 2,5%, исключает стариков; Körte, вычисляя эту заболеваемость в 7,2%, исключает грыжи; Löwen находит цифру заболеваемости равной 5,4% при лапаротомиях и в 1%—при остальных операциях; Дерюжинский, давая цифру 0,8%, берет все без исключения операции. По данным Протопопова, относящимся к 1890—1910 гг. (4961 сл.), процент пневмоний после операций вообще равен 3,5; для следующих 13 лет (с 1912 по 1925 г., (2274 сл.), этот процент, однако, определяется им уже в 5,4. Болондзь (из Акушерско-гинекологической клиники проф. В. С. Груздева) для 2231 случая операций вычисляет процент послеоперационных пневмоний в 2,2. Юдин указывает, что осложнения со стороны легких, бронхиты и пневмонии, после операций встречаются не менее, как в 20—25%, из них 20% приходится на бронхиты и лишь 3—6%—на пневмонии. По материалам Рокицкого и Обуховской больницы за 1917—20 гг. на 2442 случая операции было 87 случаев послеоперационных пневмоний, т. е. 3,5%.

Если анализировать данные относительно послеоперационных пневмоний, имеющиеся у различных авторов, то можно выяснить влияние целого ряда различных условий на заболеваемость.

Прежде всего приведу статистические данные, определяющие влияние вида наркоза на заболеваемость пневмониями.

1) Ингаляционный наркоз вообще.

А В Т О Р	Число случаев	Заболело пневмонией	Умерло от пневмонии
Болондзь	2231	2,2%	0,24%
Шаак	505	22%	—
Березкин и Кадлец	307	6,4%	—

2) Хлороформный наркоз.

Schultze	689	0,35%	—
Kümme'l	1754	—	2,7%
Mikulitz	1007	7,6%	—
Морзон	311	1,3%	—
Протопопов	2213	3,5%	—

А В Т О Р	Число случаев	Заболело пневмонией	Умерло от пневмонии
-----------	---------------	---------------------	---------------------

3) Эфирный наркоз.

Stolper	1806	3,2%	—
Kümmel	1754	2,4%	—
Vogel	1200	0,4%	0,12%
Schultze	4914	0,34%	—
Протопопов	323	8,5%	—

4) Смешанный наркоз (морфий-скополамин и эфир).

Березкини и Кадлец	222	2,7%	—
Морзон	112	11%	—
Шаак	386	13%	—
Kümmel	409	0,4%	0,2%

5) Гедоналовый внутривенный наркоз.

Болондзь	249	9,6%	2%
--------------------	-----	------	----

6) Местная анестезия.

Mikulitz	273	12,6%	—
Henle	273	25%	—
Gottstein	114	14%	—
Протопопов	1326	4,7%	—

7) Спинно-мозговая анестезия.

Дах	1500	2,3%	—
Юдин	—	3,5%	—
Березкини и Кадлец	51	4%	—

8) Без наркоза.

Протопопов	98	3,06%	—
----------------------	----	-------	---

Если, далее, мы все операции разделим на две большие группы — чревосечения и операции, не соединенные со вскрытием брюшины, то получим такие данные:

1) Чрезосечения.

А В Т О Р	Число случаев	%, пневмоний
Mikulitz	273	12,6%
L ö w e n	—	5,4%
Протопопов 1890—1910 гг.	1803	7,5%
Он же 1912—1921 гг.	1022	10%
Ю д и ц	—	3,7%
Болондзь	1176	3,8%

2) Операции без вскрытия брюшины.

Протопопов	3158	1,2
L ö w e n	—	1%
Trendelenburg	—	1%

На основании приведенных данных можно заключить, что 1) пневмонии встречаются чаще после операций, сопровождающихся вскрытием брюшной полости, чем при всех остальных; 2) что введение местной анестезии не понизило количества послеоперационных легочных осложнений, а по некоторым авторам—даже увеличило; 3) что при ингаляционном наркозе % пневмоний не выше, чем при других видах анестезии; 4) что этиологическими моментами для послеоперационных пневмоний считаются: а) эмболия, б) гипостаз и в) аспирация—как грубая, так и незаметная.

Не останавливаясь на послеоперационных пневмониях эмболического и гипостатического происхождения, рассмотрим лишь последний их вид, аспирационный.

Аспирационная пневмония возникает вследствие присасывания воздушноносными путями чуждых веществ, главным образом микроорганизмов, вызывающих или, вернее, могущих вызвать это заболевание. В здоровом организме всякие посторонние вещества, попавшие в воздушноносные пути, выбрасываются оттуда особыми приспособлениями. Первое приспособление, стоящее на страже в начале дыхательных путей,—это окончания обонятельного нерва, через посредство которых мы узнаем о вредных примесях в воздухе и избегаем их при помощи акта чихания. Далее гортань и трахея освобождаются от инородных веществ кашлевыми движениями, вследствие рефлекторного раздражения окончаний блуждающего нерва. Непрерывно действующим агентом, очищающим дыхательные пути от посторонних веществ, является мерцательный эпителий, которым выстлана слизистая оболочка гортани, трахеи и крупных бронхов (лишь в некоторых местах гортани,—на истинных голосовых связках, на свободном крае ложных связок, на передней поверхности черпаловидного хряща,—эпителий многослойный немерцательный). Среди клеток его встречаются и бокаловидные, выделяющие слизь. Слизь эта, смазывая поверхность дыхательных путей, задерживает различные мелкие инородные тела (бактерии, частицы угля и т. д.), которые затем удаляются дей-

ствием мерцательного эпителия. Что мерцательный эпителий может действительно производить большую механическую работу, об этом говорит известный опыт *Ranvier* с передвижением мерцательными клетками стеклянной пластинки.

Таким образом мерцательный эпителий, вместе с секреторным, не только надежно защищает верхние воздухоносные пути от внедрения инфекции, но имеет существенное значение для предохранения от инфекции и легких; следовательно, нарушение или ослабление функций его, уже рассуждая а priori, должно быть весьма серьезным этиологическим моментом для воспалительных процессов в легких вообще и для послеоперационных в особенности. Экспериментальные и патолого-анатомические исследования подтверждают эти априорные предположения. *Lipari*, впрыскивая в трахею пневмококков и подвергая затем животных действию холода, получал пневмонии, что он объясняет влиянием холода на функцию мерцательного эпителия. *Шах-Паронян*, уничтожая мерцательный эпителий, получал в соответствующем участке легкого явную задержку слизи, которую не могли удалить кашлевые толчки, и как следствие этого,—явления бронхита и катарральной пневмонии. *Родзевич*, также удаляя мерцательный эпителий в бронхе, получал поражения легкого на соответствующем участке после вдвухания порошка перца или золотистого гроздекокка. *Белорецкий* в работе, основанной на патолого-гистологических исследованиях бронхов от трупов, у которых оказались в легких только начальные формы пневмоний, приходит к следующим заключениям: 1) между поражением мерцательного эпителия бронхов и заболеваниями легочной ткани острыми воспалительными процессами существует известное соотношение; 2) никогда не приходилось видеть, чтобы дыхательные пути с нормальным мерцательным эпителием вели к участкам легочной ткани, пораженным воспалительными процессами.

Приведенные работы указывают на значение чисто-анатомического поражения мерцательного эпителия дыхательных путей в этиологии воспалительных процессов в легких. Можно предполагать, что и функциональное нарушение деятельности эпителия под влиянием, напр., нервных влияний должно вести к тем же последствиям.

Вопрос о влиянии нервной системы на деятельность мерцательного эпителия до настоящего времени является спорным. Большинство авторов полагает, что мерцательные движения ресничек автономны и совершенно не зависят от нервной системы. Однако исследования *Merton'a* ставят под сомнение этот, казалось-бы, бесспорный факт: этот автор, экспериментируя с мерцательным эпителием пресноводных улиток, совершенно определенно мог установить у них зависимость движений ресничек от нервной системы.

Исходя из вышеизложенных данных, мы и приступили к экспериментальному изучению влияния на деятельность мерцательного эпителия средств, употребляемых при наркозе и анестезии,—хлороформа, эфира, гедонала, кокаина, стоваина, новокаина, морфия и кофеина; кроме того мы решились выяснить рефлекторное влияние раздражения пристеночной брюшины на деятельность мерцательного эпителия.

Относительно влияния хлороформа и эфира на мерцательный эпителий имеются наблюдения *Engelmann'a*, указывающего, что эфир сначала увеличивает частоту и силу движения ресничек, а потом приводит их к остановке, хлороформ же прямо останавливает движение рес-

ничек. Виноградов, хлороформируя лягушек, наблюдал, что мерцательные движения эпителиальных ресничек у них ослабевали, но вскоре, при доступе воздуха, восстанавливались до нормы. Шлесс при воздействии на животных эфира и хлороформа (наркоз) наблюдал в том и другом случае замедление движения ресничек, более резкое при эфире, в случаях же отравления этими веществами — полную остановку без последующего восстановления. В литературе последнего времени имеется еще работа д-ра Гаха, пытавшегося изучить деятельность мерцательного эпителия на теплокровных животных *in vivo* по методике, предложенной Lömme'l'em; при этом оказалось, что морфий уменьшает скорость передвижения инородных веществ в дыхательных путях собаки, а кофеин увеличивает.

Мы изучали деятельность мерцательного эпителия и влияние на него различных веществ на изолированных препаратах, взятых из пищевода или языка лягушки, или из трахеи кролика, и помещенных во влажную камеру в физиологический раствор. Кроме того наблюдения производились также и на кроликах, у которых, после вскрытия грудной полости и бронха ниже бифуркации, в бронх вводились окрашенные споры ликоподия, и отмечалось время появления их в трахее через трахеотомическую рану (методика Lömme'l'я); затем измерялось расстояние от места введения спор через рану в бронх до трахеотомической раны, причем расстояние это (в миллиметрах), будучи разделено на время, указывало скорость движения спор по трахее. Опыты ставились как при нормальных условиях (если не считать травмы от операции), так и после введения в организм веществ, употребляемых при операциях; наконец, для выяснения рефлекторного влияния раздражения пристеночной брюшины, у животных производилось вскрытие брюшной полости и раздражение брюшины наложением на нее пинцетов.

Разбирая результаты опытов на изолированных препаратах, мы убедились, что все вещества, с которыми производились опыты, в большей или меньшей степени понижают или совершенно прекращают деятельность ресничек мерцательного эпителия, за исключением морфия, причем более продолжительное действие или более сильная концентрация раствора этих веществ вызывает уже повреждение мерцательного эпителия.

В частности, рассматривая влияние отдельных веществ на движение мерцательного эпителия на изолированных препаратах языка или пищевода лягушки, мы могли прийти к следующим положениям:

1) Местно анестезирующие вещества (новокаин, кокаин, стоваин) действуют парализующим образом на деятельность мерцательного эпителия, причем вещества эти не производят глубоких поражений самих клеток, так как через сутки после их действия, при последовательном отмывании препарата физиологическим раствором, движения ресничек продолжают довольно энергично. Исключение представляет 10% раствор кокаина (употребляемый для смазывания слизистых), который разрушает клетки мерцательного эпителия.

2) Наркотические вещества (хлороформ и эфир) действуют также парализующим образом на деятельность мерцательного эпителия, причем продолжительное действие их вызывает и повреждение самих клеток. Подметить ускорение движения под действием эфира, как то наблюдал Engelmann, нам не удалось.

3) Гедонал действует парализующим образом на деятельность мерцательного эпителия, причем восстановление движений ресничек после его удаления происходит очень медленно. Глубоких поражений вещества клеток под действием гедонала не бывает, так как через сутки движения ресничек еще сохраняются.

4) Кофеин замедляет и останавливает движения ресничек в зависимости от концентрации.

5) Морфий заметного замедляющего действия на деятельность мерцательного эпителия на изолированных препаратах не оказывает, несмотря на продолжительность действия.

На основании наших опытов на кроликах мы могли вывести следующее:

1) Передвижение спор ликоподия по трахее движениями ресничек мерцательного эпителия под влиянием различных веществ (хлороформа, эфира, гедонала, морфия, новокаина и кофеина) и рефлексов с париетальной брюшины резко замедляется.

2) Резкой разницы в действии наркотических веществ (хлороформ, эфир) в этом отношении не замечается.

3) Влияние новокаина мало чем отличается от влияния веществ предыдущей группы. Прибавление адреналина, замедляющего всасывание анестезирующего раствора, или удаление части этого раствора во время операции, а также уменьшение количества анестезирующего вещества, — понижают его влияние на деятельность ресничек мерцательного эпителия.

4) Под влиянием гедонала наблюдается резкое замедление движения спор по трахее или даже полная их остановка.

5) Кофеин замедляет или останавливает движения спор ликоподия по трахее.

6) Введение под кожу раствора морфия замедляет и останавливает движение спор, хотя движения ресничек на изолированных препаратах, взятых из той же трахеи, и продолжаются. Эти опыты находятся, таким образом, в противоречии с нашими опытами на изолированных препаратах, взятых как от лягушки, так и от кролика.

7) Рефлексы, получаемые с париетальной брюшины, замедляют и останавливают продвижение спор по трахее.

В общем итоге, на основании добытых нами экспериментальным путем фактов, данных других авторов и клинических наблюдений, касающихся осложнений со стороны дыхательных путей и легких, мы можем прийти к следующим выводам:

1) В этиологии послеоперационных поражений дыхательных путей и легких большую роль играют расстройства деятельности мерцательного эпителия.

2) При местной анестезии на деятельность ресничек мерцательного эпителия, в смысле ее угнетения, влияет как само анестезирующее вещество, так и рефлекс с брюшины и, вероятно, с органов брюшной полости.

3) Гедоналовый наркоз может повысить число послеоперационных поражений дыхательных путей и легких вследствие сильного парализующего действия на деятельность мерцательного эпителия, а также вследствие того, что он остается в организме продолжительное время после операции, т. е., следовательно, и действует в течение большего промежутка времени.

4) Общий ингаляционный наркоз, эфирный или хлороформный, действует не более вредно, чем другие виды наркоза и анестезии, на мерцательный эпителий, причем к его преимуществам нужно отнести сравнительно непродолжительное действие на организм (быстрое выведение), а при глубоком полном наркозе—отсутствие рефлексов.

5) Одной из существенных причин большого количества пневмоний после операций, сопровождающихся вскрытием брюшной полости, (лапаротомий) являются рефлекторные влияние с брюшины, замедляющие деятельность мерцательного эпителия.

6) Применение кофеина во время операции и в ближайшее время после нее нерационально.

В заключение считаю нужным отметить, что, если роль движения ресничек мерцательного эпителия в происхождении аспирационных пневмоний установлена, то, вероятно, нарушение правильных функций его способствует развитию указанных осложнений и при формах, которые вызываются гипостазом и эмболией, т. к. для развития пневмоний, кроме гипостаза и эмболии, необходима инфекция со стороны дыхательных путей—за исключением случаев попадания уже инфицированных эмболов.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Braun. Verh. d. deutsch. Gesell. f. Chir., 1905.—2) Becker. Wien. med. Woch., 1856.—3) Березкин и Кадлец, Н. X. А. 1926, № 35.—4) Белорецкий. Дисс., СПб., 1896.—5) Гах. Вр. Дело, 1925, № 9.—6) Gerulanos. Deut. Zeit. f. Chir., 1900, Bd. 57.—7) Дерюжинский. Руск. Хир. Обзор., 1905; Хирургия, 1903, т. XIII.—8) Dax. Bruns Beitr., 83, S. 713.—9) Демшин. Русск. Хирург., Отд. V, 1904.—10) Engelmann. Hermann's Handb. d. Phys., Theil I, 1879; Pflüg. Arch., 23, 1880.—11) Erhard. Arch. f. Zellforsch., 4, 1910.—12) Kelling. Münch. med. Woch., 1900, № 34; Verh. der deut. Ges. f. Chir., 1905.—13) Kümmel. Ibid.—14) Карлович. Дисс., СПб., 1905.—15) Krehl. Pat. Physiologie, Leipzig, 1910.—16) Lömmel. Deut. Arch. f. kl. Med., Bd. 94, 1908.—17) Ласточкин. Хирургия, 1913.—18) Lemon. Реф. в Нов. Хир. Арх., № 43, 1926.—19) Lesshaft. Virchow's Arch., 1891.—20) Lichtenberg. Centr. f. Grenz. der Med. und Chir., Bd. XI, № 4, 1908.—21) Löwen. Bruns Beitr. zur. kl. Chir., 1906, Bd. I. II.—22) Морзон. Нов. Хир. Арх., т. VII, кн. 4.—23) Merton. Die Naturwiss., 1924; Pflüg. Arch., Bd. 198, 1923; Biol. Zentr., 1923.—24) Протопопов. Дисс., М., 1923; Реф. Нов. Хир. Ар., 1925, № 30.—25) Ranvier. Учебник гистологии.—26) Родзевич. Дисс., СПб., 1895.—27) Розанов. Моск. Мед. Ж., 1922, № 3—4.—28) Trendelenburg. Verh. d. deut. Gesell. f. Chir., 1905.—29) Vogel. Berl. kl. Woch., 1894.—30) Featherstone. Реф. Нов. Хир. Ар., № 28.—31) Шлесс. Дисс., СПб., 1897.—32) Шах-Парониан. Дисс., 1894, СПб.—33) Шаак. Вестн. Хир., 1926, кн. 15.—34) Юдин. Спинно-мозговая анестезия. Серпухов, 1925.

Посвящается 70-летию славной жизни моего учителя, проф. В. И. РАЗУМОВСКОГО.

Метод смачивания артериальных стволов 80% алко-голем вместо операции Leriche'a.

Ассистента Н. Н. Назарова.

В настоящее время настойчиво разрабатывается хирургия симпатической нервной системы, причем из всех оперативных методов, которыми этот новый отдел нервной хирургии успел обогатиться, особенно популярным является периаартериальная симпатэктомия. Идея и первые опыты этой операции принадлежат Jaboulay, дальнейшая разработка и пропаганда метода Leriche'y. Предлагая указанную операцию, эти авторы имели в виду изменить тем самым кровоснабжение конечности, вызвав в ней гиперэмию путем разрушения на определенном протяжении симпатических сплетений, залегающих в периаартериальной клетчатке и стенках сосуда. Учитывалась и возможность эффекта от перерезки рефлекторной дуги с зависящими от нее вазомоторными и трофическими расстройствами.

Факт периферической гиперэмии после симпатэктомии оказался клинически и экспериментально установленным, что дало повод многим авторам сильно расширить показания к операции. На благотворительную гиперэмию при этом возлагались большие надежды. К сожалению, как то часто бывает, увлечение методом так захватило хирургическую мысль, что операцию стали часто компрометировать, пользуясь ею без достаточных к тому показаний. Предложенная сначала при расстройствах вазомоторно-трофического характера, при расстройствах циркуляции, операция эта вскоре охватила широкую область—от эпилепсии до tbc суставов и переломов костей. Отражая настроение и направление хирургической мысли, Бабицкий говорил одно время: „Мы живем под знаком симпатикуса“. Это не мешало, однако, Вaгoн's'y одновременно заявить, что „успех операции зависит от самовнушения врача и больного“.

Сопоставление таких совершенно противоположных заявлений дает право полагать, что истина занимает золотую середину, и что вопрос о симпатэктомии не пережил еще стадии накопления опыта клиники и лаборатории, а равно не получил еще оценки объективного наблюдателя. Клинические наблюдения и экспериментальные данные относительно этой операции, каковых скопилось теперь все же немало, не дают основания отрицать за ней право на существование, но ограничивают ее применение строго продуманными специальными показаниями. Кроме того следует признать, что операция эта явилась сильнейшим стимулом к изучению симпатической нервной системы вообще,—системы, знания относительно анатомии, физиологии и патологии которой до сих пор не могут считаться

полными. В частности, поднимая вопрос об иннервации сосудистых стенок, о вазоконстрикторах и вазодилататорах, исследователи до сих пор не выходят еще из рамок всякого рода предположений. До сих пор предлагается целый ряд, и притом различных, схем сосудистой иннервации с объяснением функций и законов для рефлексов. О вазомоторных центрах в головном мозгу, о взаимоотношениях крайне разнообразных и сложных нервных аппаратов в кровеносных сосудах существует также больше предположений, чем несомненных истин.

Вышесказанным мы в немногих словах подчеркиваем, что всестороннее изучение симпатической нервной системы еще далеко не закончено. С другой стороны мы уже научились разбираться в картине общих сосудистых расстройств, зависящих от нарушения тонуса различных отделов вегетативной нервной системы, а также в картине ангиотрофоневротических процессов, являющихся результатом патологического состояния симпатического аппарата на определенном участке. Известно, что эти заболевания сопровождаются рядом сосудистых, трофических и секреторных расстройств и изменением чувствительности. Сосудистые и секреторные моменты проявляются в форме расширения и спазма сосудов, гипо—и гиперсекреции, трофические—в виде атрофии, остеопороза и усиленного роста волос, изменения чувствительности выражаются главным образом в форме каузалгий.

Общий итог наших знаний о симпатической нервной системе значительно суживает показания к широкому применению операции *Leriche'a* на нервах сосудов,—правда, не запрещая ее вовсе при определенных к тому показаниях. Эффектные клинические наблюдения над этой операцией насчитываются сотнями, если не тысячами, и это дает нам право пытаться и в дальнейшем облегчать страдания больных периаартериальной симпатэктомией. Тем более это может относиться к методу, который не приносит вреда больному, представляя в то же время, быть может, единственно-возможную попытку помочь ему. Сгановясь на такую точку зрения и разделяя взгляд о несомненном участии симпатической нервной системы в целом ряде хирургических заболеваний, мы прибегаем в известных случаях к операции *Leriche'a*, существенно видоизменив ее. Мы полагаем, что теми анатомическими и физиологическими данным, на которых основана операция, можно удовлетвориться и рассчитывать от нее на терапевтический успех, но техника операции с ее грубыми манипуляциями на нежных тканях сосуда с самого начала казалась нам мало приемлемой. По этому вопросу мы разрешаем себе привести здесь некоторые соображения, основываясь на которых, мы и изменили технику операции, отказавшись от механического обдирания с артерии ее оболочек по *Leriche'y*.

Опасения, что операция *Leriche'a* может повлечь вредные последствия для питания самой артериальной стенки, кажется, теперь достаточно устранены целым рядом исследований. Разбирая вопрос об артериосклерозе, *Ribbert*, *Aschoff* и др. считают установленным факт, что питание внутренних слоев сосудистой стенки совершается из просвета сосуда, наружных же—из *vasa vasorum*; уже одно это обстоятельство говорит против опасений, что симпатэктомия может повлечь за собою значительные расстройства питания стенки сосуда. Д-р Страдынь поставил опыты на собаках, произведя в 6 случаях типичную периаартериаль-

ную симпатэктомию и в 7—периартериальную ин'екцию спирта; патолого-анатомическое изучение препаратов во всех случаях показало, что в смысле кровоснабжения стенка артерии ни после денудации, ни после периартериальной ин'екции спирта в значительной мере не страдает. Изменения при этом получаются нерезкие и сравнительно быстро исчезающие,— так, что уже через 1½ месяца стенка денудированного сосуда микроскопически почти не отличается от нормальной. При современной технике сосудистой хирургии нет также оснований бояться обнажать сосуд на большом протяжении так, как этого боялись прежде.

Значительно важнее и опаснее нам кажется другой момент операции *Leriche'a*.—опасность здесь может грозить не со стороны расстройства кровоснабжения сосуда, а со стороны той травмы, которой подвергается нежная *intima* при разминании, сдавливании и натяжении сосуда *sub operatione*. У некоторых лиц эти повреждения *intimae* могут повести, даже при самой тщательной технике, к образованию тромбов, и тогда неудача операции неизбежна (мы не говорим уже о возможности грубых повреждений и разрывов сосуда, требующих наложения сосудистого шва). Такие неудачи имели место у многих авторов, в том числе и у самого *Leriche'a*. Для некоторых хирургов возможность их и является главным противопоказанием к операции *Leriche'a*.

Мы вполне согласны с мнением проф. Поленова (Вестн. Хирургии, 1926 г.), который полагает, что „идеальную периартериальную симпатэктомию, предложенную *Leriche'ем*, т. е. полное удаление адвентиции (что теоретически вполне правильно), производить нельзя“. Автор приводит случай, где по поводу *status praegangraenicus* им была произведена операция *Leriche'a* на *art. femoralis*; после того, как адвентиция была удалена по всей окружности сосуда на 2½ сант., мускулатура среднего слоя (*media*) на глазах образовала выпячивания (на подобие *haustra* толстой кишки) и в двух местах разошлась совершенно. Пришлось резецировать 3 сант. сосуда.

Отсюда следует, что, хотя технически операция *Leriche'a* и выполнима, но применять ее нельзя, особенно там, где имеются указания на артериосклероз. Те, кто прибегает к операции и не имеет после нее осложнений, в действительности снимают только ткани до *adventitia*, так как по удалении последней оставшиеся *intima* и *media* не могут выдерживать даже нормального кровяного давления. Между тем симпатические сплетения главным образом залегают именно в *adventitia*.

Принимая это во внимание, мы считаем значительным шагом вперед предложение Страдыня—ин'ектировать спирт в периартериальную клетчатку. Этим путем мы можем, как и при ин'екциях спирта в нервные стволы, перервать проводимость в нервных волокнах, оплетающих артерии, вызвав в них процессы дегенерации. Операция эта, очевидно, несравненно менее травматична, чем операция *Leriche'a*, не уступая ей по своей радикальности. Как эксперименты, так и клиника свидетельствуют, что в том и другом случае изменения в кровообращении достигаются не больше, как на 1½—2 месяца, а затем развитие коллатералей и компенсация со стороны местных центров иннервации приводят тонус сосуда к норме.

При этом важно предварительно иметь точное представление о тех изменениях патолого-анатомического характера, которые происходят в нерв-

ном стволе после инъекции в него спирта. Действительно-ли здесь может идти речь о „химической перерезке“ нерва? Чтобы выяснить это вопрос, мы предприняли экспериментальную работу, изучая картину патолого-анатомических изменений в нервном стволе, получившем 80% алкоголь через иглу шприца. Работа эта, сделанная под руководством проф. П. П. Заболотнова, привела нас к определенным выводам (Zentr. f. Chir., 1925, № 31).

В частности, изменения в осевом цилиндре (Ramon-Cajal) в главном свелись к следующему: мы могли констатировать совершенно отчетливые изменения во внешнем его виде (форме) в препаратах, взятых через 2 суток после алкоголизации,—осевой цилиндр становится неравномерным, местами отчетливо дает колбообразные вздутия, в промежутках между которыми видны участки резкого втягивания; в препаратах более позднего времени картина довольно правильных четок сменяется картиной распада всего осевого цилиндра на отдельные глыбки; наконец, в препаратах, имеющих более, чем 2-недельную давность, наблюдается местами полное исчезновение цилиндра, как бы растворение его.

Что касается мякотной оболочки (Marschi), то первые признаки перерождения здесь, сначала нерезко выраженные, констатируются на препаратах, взятых уже через сутки после инъекции. Потеря правильности контуров и очевидные нарушения непрерывности оболочки своеобразными зазубринами,—первое, что при этом обращает на себя внимание микроскописта. В дальнейшем, по мере того, как нарастает послеоперационная давность исследуемых препаратов, степень изменений в мякотной оболочке становится более резкой, пока вся оболочка не распадется на ряд мелких глыбок, как-бы капель, что имеет место при сроках, превышающих 2-недельную давность. Наряду с этим довольно значительные изменения в соединительной ткани препарата, с явлениями развития капилляров, довершают собою общую картину наступающих в нерве под влиянием алкоголизации изменений. В итоге перед нами—дегенеративный процесс, нарушающий цельность всей структуры нерва, получившего сравнительно-мягкую травму.

Результаты наших исследований не противоречат по существу такому же Finkelnburg'a и Frankenthal'a (1923 г.), которые своими экспериментами доказали довольно резкие явления перерождения нерва после инъекций алкоголя.

Ограничиваясь этими краткими замечаниями по поводу вышеуказанных изменений в алкоголизированном нервном стволе, перейдем теперь к описанию изменений, обнаруженных нами в нервах артериальной стенки после смачивания ее 80% алкоголем. Исследования эти составляют вторую серию наблюдений, побудивших нас отрицательно отнестись к первоначальной технике операции Leriche'a.

Относительно патолого-анатомических изменений в стенках артерии после периартериальной инъекции спирта мы находим некоторые данные у Страдыня, которым отмечают рыхлость периваскулярной клетчатки с мелкоклеточной инфильтрацией ее, раздвигание и местами прерывание эластических волокон в наружных слоях mediae, отечность всей средней оболочки и отсутствие изменений во внутренней. Мы свое внимание сосредоточили на изменениях в нервах стенок артерии, смоченной алкоголем, для чего поставили эксперименты на 28 кроликах и 4 собаках.

Техника наших опытов была такова: через линейный разрез мы подходили к а. carotis или а. femoralis и, приподняв их на протяжении 2—3 сант., смачивали 80% алкоголем со всех сторон, помощью маленького марлевого шарика на пинцете; после этого рана зашивалась, а затем через различные сроки (от 1 дня до 3 недель) мы брали этот участок артерии и подвергали, после обработки, микроскопическому исследованию. Препараты, окрашенные по методу Ramon'a-Saja'l'a, дали такую картину: нервные волокна в сосудистой стенке резко набухли и зернисто изменены, пробегая в виде змеевидно изгибающихся линий в различных направлениях; в некоторых местах правильность линий нарушается, и волокна лежат, образуя разбухшие зернистые образования по 2—3 в ряд. Обращает на себя внимание отсутствие изменений в тканях внутренней оболочки, до которой алкоголь как-бы не доходит. Изменения в нервах особенно отчетливо наблюдаются между media и adventitia сосуда.

На основании приведенных патолого-анатомических данных, полученных нами как при экспериментах с алкогольными инъекциями в периферию нервов, так и с методом смачивания алкоголем нервов в артериальной стенке, мы вполне разделяем мнение Schlösser'a, полагающего, что действие алкоголя может быть равным действию перерезки нерва,—настолько резко бывают выражены от него перерождение и разрушение нерва на глубине и протяжении. Мы считаем наш метод смачивания артериальных стволов 80% алкоголем следующим—после периартериальных инъекций спирта—шагом вперед по упрощению практического проведения в жизнь идеи Jaboulay-Leriche'a: этот метод, как легко себе представить, превосходит простотой периартериальные инъекции алкоголя, а тем более симпатэктомию по Leriche'y, не уступая им в то же время в разрушающей силе действия на нервную ткань.

Техника этого метода в клинике такова: обнажив артерию на желаемом протяжении, мы подводим под нее 2 иглы Deschampre'a и нежно приподнимаем ими тот участок сосуда, который подлежит обработке алкоголем. После того окружающие сосуд ткани отгораживаются марлей, чем устраняется возможность попадания на них алкоголя, затем артерия повторно со всех сторон смачивается 80% алкоголем при помощи марлевого шарика, захваченного пинцетом, марля убирается, артерия укладывается на место и прикрывается с помощью швов тканями; в заключение накладываются швы на кожу. Обычно заживление происходит per primam.

Пропагандировать указанный метод дают нам право не только экспериментальные исследования, но и клинические наблюдения, к краткому описанию которых мы и переходим. Метод смачивания артериальных стволов 80% алкоголем был применен нами в нескольких случаях спонтанной гангрены и mal perforant du pied, в случае тяжелой невралгии тройничного нерва и при каузалгии.

Остановливаясь на хирургических способах лечения самопроизвольной гангрены, мы вынуждены признаться, что все наши мероприятия при этом страдании не отличаются полнотою теоретических обоснований и мало эффективны по практическим результатам. Вся беда заключается в том, что патогенез спонтанной гангрены до сих пор еще остается далеко не разрешенным. Несомненно, в конечном итоге, что в основе этого заболевания лежит страдание артерий; однако первопричина наступающих в них

патолого-анатомических изменений до сих пор загадочно. Marchand рассматривает эти изменения, как результат расстройства их питания. Проф. Оппель предполагает, что в крови гангреников циркулирует сосудосуживающий яд, который держит vasa vasorum в хронически суженном состоянии, почему питание стенок артерий и растроявается. Автор обосновывает свою гипотезу весьма солидным клиническим материалом. Сосудосуживающим веществом при спонтанной гангрене он считает адреналин, рассматривая имеющийся при гангрене в конечностях артериит, как результат гиперфункции надпочечников. Наиболее важным следствием расстройства питания артериальных стенок при спонтанной гангрене является десквамация эндотелия с последующим тромбозом просвета артерий. Отсюда предложенная проф. Оппелем при gang. spontanea эпинефректомия.

Мы полагаем, что, не нарушая стройности указанного учения, не следует в иных случаях отрицать доводов Raynaud, Wieting'a и др., которые рассматривают гангрену, как результат спазма артерий в связи с заболеванием нервной системы (центральной, периферической или симпатической). В таких случаях периапериартериальная симпатэктомия, — или, как предлагаем мы, смачивание art. femoralis 80% алкоголем, — может оказаться операцией вполне целесообразной. Если кому же иметь в виду, что излечить гангрену вообще нельзя и путем эпинефректомии, а можно лишь попытаться остановить процесс, дабы сохранить большую часть конечности, или предотвратить его развитие, — то можно и вовсе отказаться от сложных операций, дающих небольшой эффект, чем простая алкоголизация путем смачивания нервных сплетений на артериях.

Наш метод лечения при спонтанной гангрене мы применили в 15 случаях, причем остались вполне довольны полученными результатами. Приводим для примера две кратких истории болезни.

Случай I. Г. К., 28 лет, поступил с жалобами на сильные боли в правой ноге и невозможность наступать на нее. Болезнь началась три месяца тому назад после того, как больному долго пришлось стоять в холодной воде. При осмотре стопа вся с синюшным оттенком, особенно большой палец. A. dorsalis pedis не пульсирует. Диагноз: gangraena spontanea. Операция: a. femoralis dex. обнажена на протяжении 4—5 сант. близ пупартовой связки и смочена 80% алкоголем. Боли после этого прошли, синюшность стопы исчезла, наступило выздоровление.

Случай II. А. К., 37 лет, больной 1½ года. На правой стопе синюшная окраска, особенно близ большого пальца, кожа которого местами представляет почерневшие участки. Больной страдает от сильных болей, много ночей не спал. A. dorsalis pedis не пульсирует. Диагноз: gangraena spontanea. Операция: a. femoralis обнажена и близ пупартовой связки на протяжении 5—6 сант. смочена 80% алкоголем. Боли после того прошли совершенно. Сон хороший. Стопа розовая, теплая. Процесс остановился.

Нам кажется, что метод смачивания артерий алкоголем при спонтанной гангрене (особенно в начальных ее стадиях) должен занять одно из первых мест среди других паллиативных операций. В своих наблюдениях мы всегда констатировали при этом исчезновение болей, гиперэмию больной конечности, появление пульса в a. dorsalis pedis и развитие свежих грануляций после ясной демаркации.

Вторая группа наших наблюдений касается случаев, где разбираемый метод был применен нами при дистрофических процессах в нижней конечности. Как известно, вопрос о трофических расстройствах до сих пор плохо разработан как клиникой, так и физиологией. По некоторым

авторам (Samuel, Steinberg) существуют особые трофические нервы, другие же авторы (Cassirer, Thöle) совершенно отрицают их существование. Расходятся авторы и в мнениях о сущности трофических растройства. Так, Resnick говорит, что здесь „все сводится к деятельности сосудов, которые находятся под влиянием центрипетальных нервов и рефлекторно, через посредство спинного мозга, реагируют на раздражение нерва сужением или параличем, благодаря чему ткани в обоих случаях получают менее питательных веществ и кислорода“. Cassirer также приходит к заключению, что „частой причиной трофических растройств является раздражение, которое захватывает чувствительные нервные проводники, распространяется по ним центрипетально и затем передается на вегетативную систему.“ Страдынь, основываясь на большом клиническом материале, устанавливает зависимость трофических растройств от раздражения, рефлекторно передающегося с чувствительных волокон на симпатические нервы, проходящие в стенках сосудов конечностей. Большинство авторов являются сторонниками неврогенной теории и ставят образование трофических язв в непосредственную зависимость от раздражения поврежденного нерва. В случаях полного нарушения целостности последнего дуга рефлекса, очевидно, проходит через поясничную часть спинного мозга и спускается на периферию по разветвлениям симпатических волокон, проходящих в наружной оболочке сосудов. Мы применили в случаях трофической язвы стопы метод смачивания стенок артерии алкоголем, причем имели 3 раза полный успех. Приводим выписку из одного скорбного листа.

Случай III. Больной поступил по поводу незаживающей в течение трех лет язвы на правой стопе. Язва развилась после ранения в область правой ягодицы с повреждением поясничных позвонков. А. femoralis близ пупартовой связки смочена на протяжении 5—6 сант. 80% алкоголем. Полное выздоровление.

Неменьший успех имели мы, применив наш метод на а. carotis при невралгии тройничного нерва, что относится к третьей группе наблюдений. Здесь мы тем более могли рассчитывать на успех, что, по Müller'у, сосуды головы, в противоположность сосудам конечностей, симпатических волокон от спинальных нервов не получают, и таким образом те сплетения симпатических нервных волокон, на которые мы действуем при операции, являются единственными вазоконстрикторами. Гиперемия, которую мы вправе ожидать в области ветвей тройничного нерва после химического повреждения вазоконстрикторов, может оказать крайне благотворное влияние на течение болезненного процесса. Вероятно, еще в 1892 г. Troussseau, делая перевязку а. carotis при невралгии тройничного нерва, имел терапевтический успех потому, что при операции он нарушал целостность вазоконстрикторов в периапериартериальной клетчатке и адвентиции сосуда. В 1926 г. из клиники проф. А. В. Вишневского вышла работа с описанием нескольких случаев, где операция Leriche'a на а. carotis дала хорошие результаты при невралгиях n. trigemini. В наших случаях мы с успехом заменили типическую операцию Leriche'a смачиванием а. carotis 80% алкоголем.

Случай IV. Больная Г., страдает невралгией n. trigemini sin. (ram. II—III) в течение 5 лет. Никакие средства, испытанные до сих пор, не помогают. Пациентка сильно страдает, требуя какой угодно операции, лишь бы избавиться от болей. Произведено смачивание а. carotis comm. sin. по описанному нами способу. После того боли прошли, и пациентка выписана в хорошем состоянии; через 2 месяца она продолжала чувствовать себя прекрасно.

Разумеется, указанный способ лечения невралгий требует тщательной диагностики в каждом случае. Он может и не дать эффекта, если в основе страдания лежат причины, не имеющие ничего общего с функциональными расстройствами в сосудах (напр., сдавление нерва опухолью и т. п.).

Лучше всего при невралгиях тройничного нерва производить алкогольные инъекции в область *for. ovale* и *for. rotundum*, но в ряде случаев и метод смачивания алкоголем *a. carotis* может оказаться ценным. Мы имеем три подобных наблюдений с хорошими результатами.

Четвертая группа наших наблюдений над методом смачивания относится к случаям каузалгии. Природа последней оставалась загадочною на протяжении чуть не 100 лет. Это отчасти объясняется тем, что заболевание встречается сравнительно редко и не успело подвергнуться достаточному изучению; кроме того изучение физиологических функций и патологии нервной системы вообще является труднейшей главой в медицине. Последняя мировая война дала возможность сделать ряд ценных наблюдений над этим заболеванием, и тогда же был выдвинут в России проф. В. И. Разумовским метод лечения каузалгий алкогольными инъекциями в нерв. Хорошие результаты при таком способе лечения вскоре получил и *Sicard*. Теперь мы рекомендуем при каузалгии производить вместе с алкогольными инъекциями смачивание алкоголем стенок артерии. Приводим для иллюстрации такой случай:

Случай V. Г. И., поступил в клинику с диагнозом каузалгии, который был установлен в клинике нервных болезней, где пациент перед тем находился на излечении. Жалуется на жгучие, сильные боли в левой руке, становящиеся нестерпимыми при дотрагивании до V и IV пальцев левой кисти. В анамнезе травма левого предплечья, полученная при сильном падении. Болезнь тянется на протяжении 10 лет, ухудшаясь за последнее время. Влажные обертывания и холодные ванны несколько облегчают страдания. Мышцы руки атрофичны, на левой кисти V и IV пальцы согнуты. После консультации с невропатологами устанавливается диагноз каузалгии и заинтересованность в процессе *n. ulnaris*. Операция: обнажена *a. axillaris* в *fossa axillaris* на протяжении 3 сант. и смочена алкоголем; алкоголь был вырыснут также в *n. ulnaris*. Квечеру того же дня прежние боли прошли, и контрактура V и IV пальцев исчезла, причем не только прикосновение к ним, но и грубые манипуляции с ними перестали быть болезненными. На другой день состояние прекрасное. В последующее время стойкое улучшение, больной не страдает от болей в прежней мере, операцией доволен.

Из всего сказанного можно сделать такой вывод: идея *Jaboulay-Leriche'a*—нарушать целостность симпатических сплетений на артериальных стволах при определенных заболеваниях—и в настоящее время не утратила практического значения. Однако во всех случаях, где имеются показания к операции *Leriche'a*, не надо выполнять ее так, как первоначально рекомендовал *Leriche*, ибо его метод не лишен грубости и сопряжен с возможностью тяжелых повреждений сосуда. Метод смачивания, на определенном протяжении, ствола артерии 80% алкоголем вполне заменяет собою периаптериальную симпатэктомию и в то же время имеет пред нею преимущества, как прием малотравматичный и легче технически выполнимый.

К этиологии последовых и послеродовых атонических кровотечений¹⁾.

Д-ра М. Г. Юртайкина.

Одним из тяжелых осложнений родов, нередко угрожающим жизни и часто надолго ослабляющим организм женщины, является кровотечение или в периоде отделения и изгнания последа—последовое кровотечение, или тотчас по выделении его, т. е. по окончании родового процесса,—послеродовое кровотечение. Так как в основе тех и других кровотечений лежит атония матки, то они и называются атоническими,—в отличие от кровотечений, зависящих от разрывов стенок родового канала.

Как показывают наблюдения, атонические кровотечения чаще всего сочетаются с задержанием последа или частей его. Если исключить случаи задержания последа *in toto*, вследствие недостаточной сократительной деятельности матки на почве первичной атонии последней, то громадное большинство остальных случаев надо отнести за счет более или менее плотного соединения последа со стенкой матки, вызывающего атонию последней, как вторичное явление.

Степень плотности соединения последа со стенкой матки в разных случаях его задержки бывает различна. Термин „приращение“ большинство авторов обычно относит только к очень редким случаям т. наз. истинного приращения с вращением ворсин в мускулатуру матки. Для другого рода плотных соединений последа с маткой М. А. Колосов считает более подходящим название „плотное спаяние“.

Патолого-анатомические изменения, находимые при исследовании случаев приращения последа, сводятся к глубоким изменениям в отпадающей оболочке дегенеративного и атрофического характера с уничтожением губчатого и части компактного слоя, а в более тяжелых случаях—с полным уничтожением отпадающей оболочки и заменой ее соединительной тканью, причем ворсины врастают или в эту последнюю, или в самую маточную мускулатуру и сосуды матки. Главным этиологическим моментом, ведущим к образованию указанных патолого-анатомических изменений, многие авторы склонны считать хронический эндометрит в форме *endometritis interstitialis*. Что касается изменений в плодовой части плаценты, то особого внимания заслуживают апоплектические фокусы на границе между мышечной и децидуальной тканью, различной величины экстравазаты в толще последа в различных стадиях регрессивного изменения, скопления бесструктурной гомогенной массы, слои фибрина с гибнущими в них клетками синтиция и, в особенности, белые инфаркты,

¹⁾ Доложено в Саратовском Гинекологическом Обществе 23/IV 1926 г.

которые, по наблюдениям Simpson'a, могут привести к очень плотному соединению ткани последа со стенкой матки. Negat такое же значение приписывает ретроплацентарным кровоизлияниям, которые в некоторых случаях беременности возникают еще в первой половине ее.

Многие авторы большое значение в возникновении межутробного эндометрита, ведущего в свою очередь к приращению последа, приписывают общим заболеваниям, как нефрит, пороки сердца, в особенности же—такой хронической инфекции, как сифилис. К числу хронических инфекций, на основании наших современных знаний, следует отнести и малярию. Роль последней, как момента, ведущего к целому ряду нарушений в процессах деторождения, теперь все более и более начинает выясняться. Однако о связи этой инфекции с приращением последа известно еще очень мало. Такую связь допускает, напр., Agazzi (1913 г.). Более определенные указания мы находим у М. А. Харитонова, по данным которого приращение последа у маляричек, лечившихся и не лечившихся, в общем было наблюдаемо в 3,7%. Кровотечение вследствие задержания последа отмечено у него в 9,2%, а кровотечение вследствие атонии матки—в 2,4%, что составит 11,6% всех атонических кровотечений. Цифра эта очень высока и при современной обширности эндемического распространения малярии заслуживает серьезного внимания.

Если мы обратим внимание на статистики, определяющие частоту атонических кровотечений, то нам бросится в глаза факт все увеличивающейся частоты этого осложнения родов в нашей стране за последние годы. По медицинским отчетам родовооппогательных учреждений в довоенное время число таких кровотечений колебалось в среднем от 1½% до 2% общего числа родов. Так, по отчету П. Н. Лебедева в Воронежской больнице за 1907—1913 гг. наблюдалось 41 атоническое кровотечение на 2106 родов, т. е. 1,9%; по Л. А. Кривскому в Петербургских родильных приютах за 1909 г.—1,7%; по М. Н. Порошину в тех же родильных приютах за 1912 г.—1,5%; по М. Л. Баншикову там же за 1913 г.—1,5%; по Hofstätter'у (Вена) с 1900 по 1910 г.—1,6%; по отчету А. Н. Бучаринина по I Саратовскому Родильному Дому за 1912 г.—1,4% атонических кровотечений; в 1922 году мы имеем в этом же учреждении 2,8%, в 1923 г.—2,7%, в 1924 г.—4,2% и в 1925 г.—5,7% атонических кровотечений.

Таким образом мы имеем за последний год увеличение числа атонических кровотечений приблизительно в 3 раза по сравнению с прежним временем. Надо думать, что это явление стоит в тесной причинной связи с какими-то особенностями в условиях современной жизни. Многие из влияний военно-революционно голодного времени или перестали существовать, или же в значительной степени сгладились в смысле вредного воздействия их на функцию деторождения. Но, вместе с тем, видимо, до сих пор продолжают существовать и даже прогрессируют некоторые моменты, нарушающие функцию деторождения указанным образом. Наличие двух факторов, думается нам, должна быть в этом отношении принята во внимание,—мы разумеем с одной стороны возрастающее из года в год количество абортов, с другой—громадное распространение малярии. На возможное влияние малярии в этом смысле мы уже выше указали; что же касается абортов, то они тоже несут в себе опасность таких изменений эндометрия, которые predisполагают к развитию

плотного спаяния последа со стенкой матки. Endometritis decidualis при неполных выкидышах и энергичное иногда соскабливание слизистой оболочки при производстве аборта, с полным уничтожением ее местами до мнометрия, являются как раз моментами, могущими играть важную этиологическую роль в возникновении интересующей нас аномалии родов. В виду практической важности указанных факторов мы поставили себе задачей изучить их влияние на материале I Саратовского Родильного Дома за период времени с 1922 по 1925 гг. включительно. При учете движения абортотворения по г. Саратову мы пользовались данными д-ра Скундиной, статистические же сведения о движении малярии мы получили из данных Саратовского Губздрави.

Постепенное увеличение количества атонических кровотечений в Родильном Доме с 1922 по 1925 гг. в процентах к общему количеству родов выражается так: 2,8%; 2,7%; 4,2%; 6,2%. Движение абортотворения за это же время в годовых цифрах дает величины 1380, 2088, 3486 и 4778. Наконец, соответственные цифры, определяющие ход малярии, будут для этого же периода—5803, 26232, 20690 и 21273. Приведенные цифры ясно показывают, как, параллельно с возрастанием числа абортотворения и малярийных заболеваний, идет возрастание %-ного отношения атонических кровотечений к родам в I Саратовском Родильном Доме. Нужно при этом оговориться, что цифры, указывающие движение малярии, включают только регистрируемые первично случаи этого заболевания; накапливающиеся же из года в год значительное число хроников сюда не входит; фактически количество малярийных больных у нас гораздо больше.

Для выяснения вопроса о том, какой из двух указанных факторов, абортотворения или малярия, повинен в увеличении числа атонических кровотечений, мы подвергли подробному рассмотрению материал Родильного Дома за 1926 г., течение которого мы наблюдали 228 случаев атонических кровотечений на 3662 родов. Все кровотечения мы подразделили на послеродовые и послеродовые, причем в группу послеродовых не вошли сопровождавшиеся в дальнейшем послеродовыми кровотечениями, в группе которых они и значатся.

По степени тяжести наблюдавшиеся кровотечения мы не подразделяли, так как таковая часто зависит не от особенности случая, а от своевременности и рациональности оказанной помощи, причем определяется известными признаками, наступающими не сразу, а спустя некоторое время. Распознавание малярии, при ненадежности бактериоскопического метода, в особенности в хронических случаях, представляет немало затруднений. Помимо данных анамнеза об имеющейся, имевшейся во время беременности или до беременности малярии, подкреплением диагноза нам служила, главным образом, наличие плотной, увеличенной селезенки, а также рецидивы после родов, легко купировавшиеся хинином. В части случаев для диагноза достаточно убедительными были данные, указывавшие, что больная перенесла более или менее тяжелую форму малярии во время или до беременности, установленную в лечебном учреждении. Таким образом к числу маляричек мы относили не только тех рожениц и родильниц, у которых были найдены плазмодии, но и тех, которые имели лишь клинически достаточные признаки этого заболевания.

Из 228 случаев атонических кровотечений 95, т. е. 41,6%, падает на маляричек, из коих у 76 (80%) диагноз был установлен лишь на

основания клинических данных. У больных с бактериоскопически подтвержденным диагнозом преобладала тропическая форма малярии. В 30 случаях имело место послеродовое и в 65 случаях—послеродовое кровотечение.

Прежде, чем перейти к более подробной оценке значения малярии, как этнологического фактора в возникновении атонических кровотечений, рассмотрим возможное влияние при этом абортов. Если распределить наши случаи атонических кровотечений в зависимости от наличия в анамнезе абортов, то окажется, что первобеременных, т. е. рожениц, не имевших раньше ни родов, ни искусственных абортов, ни произвольных выкидышей,—гарантированных, следовательно, от каких-либо заболеваний, связанных с родовой функцией и до известной степени с половой жизнью вообще,—было всего 56, что составляет 24,5% всех кровоточивших. Из них маляричек было 28, т. е. 50%.

Вторую группу составляют у нас 19 рожениц, имевших в прошлом только искусственные аборты и произвольные выкидыши. Из них 10, т. е. 52,6% были малярички.

В третью, самую большую группу нашего материала, входят повторнородившие, числом 153. Из них 69 имели аборты и произвольные выкидыши, а 82, т. е. подавляющее большинство, таковых не имели и выскабливанию не подвергались. Эта подгруппа, вместе с группой первобеременных, обнимающая 138, т. е. 60,5%, всех кровоточивших рожениц, не имела никакого отношения к аборту. Этого, нам кажется, достаточно, чтобы усомниться в зависимости увеличения числа атонических кровотечений от увеличения числа абортов.

Остальные 39,5% составляют 90 рожениц, имевших искусственные аборты и произвольные выкидыши; среди них было 22 имевших только произвольные выкидыши, которые происходили от разных причин, в том числе, несомненно, и от малярии. Больные эти далеко не все подвергались выскабливанию. Если исключить эту подгруппу из числа 90, то останется только 68 рожениц, имевших искусственные аборты, т. е. 29,8% всех кровоточивших.

Трудно признать, чтобы за счет этой именно группы шло увеличение атонических кровотечений, если даже и допустить, что действительно искусственный аборт ведет за собой изменения, которые предрасполагают к такого рода кровотечениям. Наши наблюдения над массой абортирующих за последние годы, повидному, не говорят в пользу этого. Таким образом главное внимание в смысле этнологического значения при интересующей нас аномалии родов приходится уделить малярии.

Особый интерес представляет для нас та группа наших больных, в числе 18, где диагноз малярии был установлен бактериоскопически. Для большинства этих больных можно считать доказанным наличие хронической малярии, начало которой у некоторых относится за несколько лет до настоящих родов. Повторнородивших среди этой группы было 7 (6 рожениц и 1 родильница). У двух из них наблюдалась первичная слабость потуг, потребовавшая наложения щипцов, и у одной было краевое предлежание плаценты. Повторнородивших, но первородящих было 2, обе имели самопроизвольные выкидыши, повидному, от малярии. Из 9 повторных рожениц 6 поступили со срочными и 3—с преждевременными родами. Из этой группы 3 роженицы абортов не имели, у 4 были самопроизвольные и у 2—искусственные выкидыши. Одна женщина с тро-

вической формой малярии, рожавшая второй раз, аборт не имевшая, и при первых родах получила атоническое кровотечение на почве приращения плаценты. Другая роженица, тоже с тропической малярией, имела предлежавшую плаценту, которая ктому же была приращена. Из 3 рожениц с преждевременными родами у одной первые роды были тоже преждевременными, — несомненно, на почве хронической малярии. У всех больных разбираемой группы послеродовые кровотечения имели место 9 раз, послеродовые — 6 раз, те и другие вместе — 2 раза. Последы в большинстве случаев носили на себе признаки приращения или плотного спаяния. Таким образом относительно этой группы случаев можно думать, что малярия явилась здесь основной и несомненной причиной атонических кровотечений, — что она, повидимому, создает условия, благоприятствующие приращению последа, которое может стать в некоторых случаях привычным при продолжающемся страдании малярией, — что атония матки может быть продолжением первичной слабости родовой деятельности, вызванной малярией, и что, помимо атонии матки, малярия может быть причиной плохого обратного развития ее.

Сущность патолого-анатомических изменений, вызывающих подобного рода осложнения и требующих от нас специальных исследований, повидимому, состоит в изменениях интерстициального характера в маточной мышце и эндометрии. Это предположение вполне согласуется с открытием проф. К. Виноградова, подробно описавшего изменения при малярии во внутренних органах и кровеносной системе и отметившего, что воспалительные интерстициальные изменения продолжают прогрессировать в хронических случаях даже там, где человек считает себя давно выздоровевшим от малярии. На мысль о том, что подобные изменения могут быть у женщин и в эндометрии, наводит и то обстоятельство, что в рассмотренной нами группе случаев при тропической малярии имеются 2 случая предлежания плаценты, которое, по современным воззрениям, является следствием болезненного состояния эндометрия и которое давно пользуется, по выражению М. А. Колосова, дурной славой по частоте приращений последа. Таковое было и в одном из наших двух случаев.

Что касается случаев кровотечений у маляричек, где не было бактериоскопического подтверждения малярии, то при изучении их мы приходим к аналогичным результатам, хотя эти случаи могут казаться не столь убедительными в силу возможности некоторой доли субъективности в постановке диагноза. Но о порядке регистрации таких случаев было уже сказано выше.

Для того, чтобы проследить, какое отношение проявляют малярички к различного рода осложнениям беременности и родов, мы разбили все наши случаи кровотечений по группам в зависимости от характера оперативных вмешательств и акушерских пособий, а также по группам в зависимости от бывших осложнений при беременности и родах, с обозначением числа маляричек в каждой группе.

Изучение первой из этих групп показало, что большой % маляричек приходится на случаи, где были применены наиболее серьезные вмешательства, — ручное удаление последа. Таких случаев, с последующим выскабливанием и без него, — было у нас 15. Маляричек в этой группе было 9, что составляет 60,0%. Еще больший % маляричек мы имеем в группе, где был применен способ Credé с последующим выскаблива-

нием,—66,6%. Такое возрастание процента кровоточивших маляричек в этих группах говорит не только вообще за причастность малярии к атоническим кровотечениям, но и в частности за причастность ее к более тяжелой форме этих кровотечений,—той форме, при которой приходится применять ручной и инструментальный способы удаления последа, т. е. где обычно имеется приращение последнего.

В группе больных с различными осложнениями беременности и родов мы имеем самый большой % маляричек у больных с преждевременными родами (48%), являющимися, как известно, зачастую следствием малярии. Помимо этого обращают на себя внимание число и серьезность оперативных вмешательств в этой группе: на 21 случай кровотечения в 6 было применено ручное выделение последа с четырьмя последующими выскабливаниями (обследованнем тупой кюреткой). Аналогичную картину мы наблюдаем и в случаях родоразрешений мацерированным плодом и при *placenta praevia* (43,0% маляричек). Из 53 родов двойнями атонические кровотечения наблюдались в нашем материале в 9 случаях, процент маляричек в этой группе равнялся 55,5%, в 7 случаях из 9 было применено выскабливание, в том числе однажды после ручного удаления последа. Это обстоятельство и большой % маляричек заставляют думать больше о специфическом действии малярии, чем о чрезмерном растяжении матки, как причине кровотечений в данных случаях.

В добавление к высказанным соображениям о роли малярии в этиологии атонических кровотечений нужно заметить, что, помимо слабости, мышца матки у маляричек обладает повышенной раздражительностью. Благодаря этому свойству, матка легче реагирует на внешние раздражения, в частности на наружные манипуляции, образуя стриктуры, ущемляющие послед, и давая иногда повод к атоническим кровотечениям. В силу этих соображений осторожное ведение последового периода у маляричек является еще более необходимым, чем у здоровых.

В заключение мы должны сказать несколько слов об отдаленных последствиях задержания частей последа. По мнению Schroeder'a (Учебник Акушерства, VI русское изд.), остающиеся в матке небольшие части последа, при поверхностных дефектах в нем, обыкновенно не вызывают каких-либо осложнений и современем элиминируются вместе с лохиями. Повидимому, это так, однако, лишь для части случаев, для другой же части, как нам приходилось наблюдать на нашем материале, такая задержка небезразлична. Родильниц, вернувшихся в Родильный Дом после родов, было у нас 28, из них 24 родили у нас, а 4—в другом Родильном Доме и клинике. Нами взяты только эти родильницы, как пользовавшиеся рациональной помощью. Оказалось при этом, что 19 из них вернулись с явлениями кровотечения и *subinvolutio uteri*: маляричек в этом числе было 6. У 10 поступивших повторно было при их возвращении сделано выскабливание матки, в 4 случаях с обнаружением полипов, иногда в виде очень незначительных плотных крошек. У 4 из этих 19 больных при родах имело место атоническое кровотечение (3 из них были малярички). Что малярия может вызвать *subinvolutio uteri*, отмечено и в наблюдениях Г. А. Соловьева, что автор ставит в связи с ослабляющей организм женщины лихорадкой.

На основании как литературных данных, так и приведенных личных наблюдений мы считали-бы возможным сделать следующие выводы:

1) Малярия, в особенности при хроническом ее течении, во многих случаях ведет к осложнению родов атоническими кровотечениями.

2) Атония матки может возникнуть при малярии не только вследствие ослабления сократительной деятельности этого органа, но и вследствие плотного спаяния или приращения последа.

3) При хронической малярии, повидимому, создаются условия, благоприятствующие привычному приращению последа.

4) Помимо атонических кровотечений, малярия может быть причиной замедленного обратного развития матки со всеми вытекающими отсюда дальнейшими осложнениями.

5) Сущность патолого-анатомических изменений, вызываемых малярией в матке, не изучена и требует специальных гистологических исследований.

6) Выскабливание матки при искусственных абортах не имеет значения в увеличении числа атонических кровотечений, и роль его в этиологии последних и приращения последа должна быть ограничена.

7) Необходимо каждую беременную, роженицу и родильницу исследовать на наличие малярии и, в случае обнаружения последней, подвергать специфическому лечению во избежание могущих быть осложнений.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Александров. Ж. Ак. и Ж. Б., 1900.—2) Банщиков. Ibid., 1916.—3) Борткевич. Ibid., 1910.—4) Виноградов. В.-Мед. Ж., 1892.—5) Колосов. К вопросу о приращении последа. Дисс. 1909.—6) Кривский. Ж. Ак. и Ж. Б., 1911.—7) Лебедев. Ibid., 1915.—8) Порошин. Ibid.—9) Соловьев. Вр. З., 1894.—10) Скундина. Докл. в Саратов. Гинеколог. О-ве.—11) Hofstätter. По реф. в Ж. Ак. и Ж. Б., 1911.
-

К вопросу о судьбе поздних эктопических беременностей.

В. Касогледова и Я. Браула.

Вопрос об эктопической беременности за последнее время, в связи с значительным учащением ее, привлекает к себе все большее и большее внимание врачей. С одной стороны возбуждают интерес причины возникновения эктопической беременности, с другой стороны не менее интересна судьба продуктов ее после длительного пребывания в организме. Ряд авторов (Груздев ¹), Рузский ²), Парсамов ³), Вейсенберг ⁴), Цейтлин ⁵) и др.) связывает значительное учащение случаев внематочной беременности, наблюдаемое в последние годы, со столь сильно распространенным теперь способом вызывания запоздавших кровей или раннего выкидыша впрыскиваниями в матку йода и др. едких жидкостей.

В настоящей работе мы хотели-бы обратить внимание главным образом на другую сторону вопроса. С точки зрения практической хирургии наиболее актуальным является здесь вопрос о судьбе плаценты в случаях поздних, — доношенных и переносенных, — эктопических беременностей. В то время, как удаление плода в подобных случаях обычно не представляет особенных трудностей, хирургу в большинстве случаев поздней внематочной беременности приходится подумать над тем, как поступить с плодным мешком, ибо удаление последнего часто бывает сопряжено с величайшим риском и оказывается весьма трудным, а подчас и совершенно технически невозможным, — напр., при прикреплении плаценты у корня брыжейки, в области крупных сосудов (Бекман ⁶).

С этой стороны представляют известный интерес следующие 2 случая поздней внематочной беременности, наблюдавшиеся нами среди общего числа 38 случаев внематочной беременности, поступивших в отделение за период с 1920 по 1926 г.:

Случай I. Крестьянка М. Б., 31 г., первобеременная, перестала носить крови, приходившие до того аккуратно, с 1/XII 1923 г. В конце мая следующего года у нее появились резкие боли в животе. С этого же времени — кровянистые выделения из полового канала. При поступлении больной в отделение 3/VII справа внизу живота у ней была обнаружена опухоль, переходившая в малый таз. Операция 8/VII — срединное чревосечение (хлороформ — эфир). Предлежал спаянный с большой колбасовидной опухолью сальник. Опухоль оказалась сильно растянутой правой трубой, содержавшей плодный мешок с плодом. Матка и мочевого пузыря были отеснены кпереди и кверху. Сальник выделен и отчасти отрезан у места перехода его в опухоль. Левые придатки спаяны с опухолью, отдавая последней несколько сосудов. Левая труба отсечена от левого яичника и левой широкой связки. Из правого угла матки иссечено начало правой (беременной) трубы, до-

стигавшей здесь толщины большого пальца. Перевязаны и перерезаны между лигатурами сильно расширенные правые яичниковые сосуды, шедшие к верхнему полюсу опухоли, где располагалась плацента. После этого брюшина надсечена, начиная от правых яичниковых сосудов, до начала правой круглой связки, надсечен также задний листок *lig. lat. dex.*, и опухоль постепенно выслосена пальцем из заднего дугласова кармана. При этом во время отделения опухоли от нижнего отдела *S. roman.* и прямой кишки пришлось штрихами ножа снимать поверхностный слой ее и оставлять его на кишках. Обнаженная полость малого таза была перитонизирована широкими связками, прилегавшей *SR* и спущенным салынком. Брюшная полость закрыта наглухо. В *sav. Retzii* стеклянный дренаж. 16/VII сняты швы.—*prima*. 22/VII больная выписана здоровой.

Макроскопическое описание препарата (фиксированного 10% формалином). Сильно изогнутая дугообразно, колбасовидная, с закругленными концами опухоль, наибольшая ширина которой равняется 17,5 сант., длина по наружной кривизне—44 сант., диаметр верхнего конца—9,75 сант., нижнего—8,25 сант. По вскрытии опухоли в верхнем, толстом конце ее обнаружена плацента. Внутренняя поверхность последней была слегка вогнута. Толщина плаценты в центре равнялась 6 сант. Снаружи на этом конце опухоли находился пучок толстых затромбированных сосудов, перевязанных шелком. Книзу от места прикрепления плаценты опухоль представляла собою тонкостенный мешок (стенки от 2 до 5 милл. толщиной). Вся полость мешка была выполнена сильно сдавленным, деформированным плодом мужского пола. Плод соединялся с плацентой извивающейся пуповиной до 1 сант. в диаметре. Длина плода по спинной кривизне, от *bragm.* до копчика,—28 сант. Кожа обильно покрыта жировой смазкой, на головке и местами на туловище—волосистой пух.

Микроскопическое описание. Стенка мешка из бедной сосудами, волокнистой, довольно богатой ядрами соединительной ткани, содержащей много эластических волокон. Соединительнотканые волокна идут главным образом циркулярно—поперечно к длиннику опухоли. Между ними заложено много пучков гладких мышечных клеток, идущих в том же направлении. Ткань в окружности кровеносных сосудов и лимфатических щелей местами инфильтрирована круглыми клетками. Внутренняя поверхность мешка выстлана однослойным кубическим эпителием. В просвет мешка в некоторых местах выпячиваются сильно уплотненные, прилегающие к внутренней поверхности поперечные складки. Покрывающий их эпителий—плоский, однослойный, лишь в отдельных местах, у корня складок, имеющий вид низкого кубического. В кусочках, взятых из мест прикрепления к мешку плаценты, стенка его оказалась такого же строения, только инфильтрация круглыми клетками здесь была выражена несколько сильнее. Внутренняя часть мешка прилегающая к плаценте, состоит из богатой пузырькообразными ядрами молодой волокнистой соединительной ткани, обильно васкуляризированной. Отдельные тяж этой ткани врастают в некротизированную плаценту, в наружном слое состоящую из гомогенной, резко красящейся эозином, бесформенной массы. В конце этих тяжей образуются лакуны, выполненные крупными, с большим количеством протоплазмы, одноядерными клетками, протоплазма которых содержит желтовато-бурый пигмент (кровоной) в виде пыли. В более глубоких частях детского места сохранилось местами вполне ясное строение его ворсин. Клетки ворсин и их ядра видны, однако, лишь в виде теней. При исследовании срезов, проведенных через покровы плода вглубь, оказалось, что ткани плода сохранили способность к дифференцированной окраске.

Таким образом в данном случае имелась трубная семимесячная беременность. Плод умер приблизительно за 2 месяца до операции и успел подвергнуться мумификации. Организация и рассасывание плаценты совершались здесь довольно резко.

Случай II. Крестьянка А. Р., 25 лет, поступила в Терапевтическое отделение больницы в январе 1926 г. по поводу *ibc* легких в кавернозной стадии. При поступлении больная заявила, что беременна 5 месяцев, почему возник вопрос о желательности производства здесь прерывания беременности. В виду безнадежного положения больной такое прерывание было признано, однако, бесполезным. Через несколько дней после того у Р., при незначительных болях в животе, появились небольшие кровянистые выделения из влагалища. Вскоре после того она, по собственному желанию, выписалась из больницы, но 14/X снова поступила, на

этот раз в Гинекологическое отделение последней с запиской от сельского фельдшера, что она направляется для родов, и что она переносила уже свою беременность на 2 месяца. Из распроса больной выяснилось, что вскоре после выписки ее из больницы кровянистые выделения у ней постепенно прекратились; почти одновременно с появлением выделений Р. заметила у себя резкое нагрубание груди и выделение молока, которое продолжалось по день опроса. Особых расстройств со стороны органов живота пациентка не имела, но подметила, что опухоль, бывшая у нее над лобком, которую она принимала за беременную матку, передвинулась в правую подвздошную область и перестала расти.

При объективном исследовании Р. было найдено следующее: крайнее истощение, тbc легких в предсмертной стадии, грудные железы нагрудли, с ясно выраженными дольками и большой, пигментированной, двухконтурной ареолой; из них выдавливаются немного жидкого молока; в животе ясно определяются две опухоли: одна—поднимающаяся над лобком пальца на 3, с небольшой подвижностью, не дающая зыблениа; вторая опухоль продолговатой формы, бугристая, полуфиксирована, прощупывается справа в области слепой кишки. Слизистая vulvae бледна, атрофична. Матка мала, подвижна, резко контурируется. От углов ее вверх, к мису, идут два тяжа, переходящие в нижний полюс первой опухоли.

В виду безнадежного состояния Р., не допускавшего и мысли об оперативном вмешательстве, больная была переведена в тbc палату Терапевтического отделения, где через 11 дней и скончалась. При вскрытии были обнаружены следующие изменения: *tbc cavernosa pulmonis sin. et miliaris pulmonis utriusque, atrophia fusca myocardii, infiltratio adiposa hepatis, cirrhosis hepatis initialis, inanitio summa, graviditas ectopica tubo-abdominalis mens. V.*

Макроскопическое описание препарата. Препарат представляет собою удаленные целиком в мешке брюшины брюшные органы, фиксированные 10% формалином. В нижней части брюшной полости имеется красновато-бурого цвета, бугристая, с гладкою поверхностью опухоль, приближающаяся по форме к шару. На разрезе эта опухоль оказывается состоящей из красновато-бурой, крошащейся массы, окруженной тонкой белесоватой капсулой, достигающей 2 мм. в толщину. Передняя поверхность опухоли покрыта приросшим к ней большим салником, сзади опухоль свободна от сращений. Наибольшая длина ее—14,5 сант., толщина—11,5. К нижнему полюсу опухоли припаяны, как-бы переходя в нее, обе фаллопиевы трубы на расстоянии 3 сант. друг от друга. Справа от правой трубы к опухоли припаяны растянутые правые широкая и круглая связки матки. Трубы свободны от сращений, не утолщены, правая имеет в длину 7 сант., левая—5. Трубы соединяют опухоль с маленькой по объему маткой, длина которой равна 6,75 сант., а наибольшая толщина стенок тела—2,5 сант. Тело матки свободно от спаек. Оба яичника нормальной величины, лежат на своих обычных местах, окружены прозрачными пленками соединительной ткани. Желтого тела ни в одном яичнике обнаружить не удалось. Сосуды большого салника, идущие к первой опухоли, резко расширены,—толщина их достигает 0,75 сант.

Длинная, баллотирующая слепая кишка, свободная от спаек, смещена вниз, инкапсулированной плацентой (первая опухоль) вверх и влево и лежит в левой подвздошной области. В правой подвздошной области, в месте нормального расположения слепой кишки, на расстоянии 6 сант. от первой опухоли, лежит, головкой вниз, окутанный большим салником, сильно сплюснутый плод, длина тела которого от бregma до кончика—16 сант., а наибольшая ширина—7,5 сант. Плод резко деформирован и сплюснут; консистенция его очень плотная, почти пергаментная; спереди тело его тесно спаяно с салником, сзади же свободно от сращений. С первой опухолью плод связан только общим большим салником и отдельными тонкими перемышками из соединительной ткани. Следов пуговины обнаружить не удалось.

Микроскопическое описание препарата. Капсула плодного мешка (первой опухоли) представляет под микроскопом различные картины. В нижней половине опухоли она состоит из трех слоев. Первый, наружный слой ее построен из волокнистой соединительной ткани, богатой палочковидными, резко красящимися гематоксилином ядрами и эластическими волокнами. В слое этом видно много лимфатических щелей, выполненных круглыми клетками и полинуклеарами, и крупных кровеносных сосудов. К волокнистой соединительной ткани в этом слое во многих местах примешиваются пучки гладких мышечных волокон. Второй слой, более мощный, состоит из значительно более нежной соединительной ткани, богатой овальными пузырькообразными ядрами и капиллярами. В ткани этой много круглых

клеток, а также довольно много ветвящихся узеньких, длинных полостей, идущих параллельно поверхности капсулы; полости эти выстланы низким кубическим эпителием. Третий слой, самый внутренний, имеет одинаковую толщину с предыдущим, состоит из грубой, гиалиново-перерожденной, волокнистой соединительной ткани, бедной ядрами и сосудами, но богатой эластическими волокнами. Во всех трех слоях, особенно в последнем, разбросано большое количество крупных, круглых и веретенообразных, одноядерных клеток, протоплазма которых содержит большое количество желтовато-бурого пигмента. Под капсулой лежит содержимое опухоли из некротизированного мелкозернистого вещества, резко красящегося эозином; местами в этом веществе разбросаны шары из желтовато-бурого пигмента. Периферические части его гомогенны, в центральных же местах различаются очертания ворсин. В периферическом, прилежащем к фиброзной капсуле гомогенном веществе множество мелких лакунообразных полостей, в которых лежат крупные, круглые, одноядерные клетки с протоплазмой, содержащей мелкие крупинки желтовато-бурого пигмента.

При микроскопировании кусочков, вырезанных из верхней части первой опухоли, оказалось, что ее капсула состоит из двух главных слоев: один построен из рыхлой, петливой, богатой сосудами и живыми клетками соединительной ткани,—это сальник, в эндотелии сосудов которого имеется большое количество мелких крупинок желтовато-бурого пигмента; ткань слегка инфильтрирована круглыми клетками; второй слой, более мощный, построен из довольно плотной, местами гиалинизированной, богатой эластическими волокнами, но бедной ядрами соединительной ткани. На границе сальника и этого слоя различается пояс из больших, вытянутых клеток, протоплазма которых плотно набита гомогенными, преломляющими свет крупинками желтовато-бурого пигмента. Во внутренней части второго слоя встречается большое количество таких же клеток, но расположенных более редко. Эта часть слоя состоит из более молодой волокнистой соединительной ткани, богатой клетками с вытянутыми, овальными, пузырькообразными ядрами. На границе слоя с гомогенным содержимым во многих местах в один ряд расположены крупные, протоплазматические, круглые клетки, которые разедают гомогенные массы—некротизированную плаценту—и образуют в ней лакуны. Протоплазма их содержит мелкую пыль желтовато-бурого пигмента.

При исследовании кусочка, вырезанного из левой трубы на расстоянии 1½ сент. от места перехода ее в опухоль, обнаружены резкие изменения в строении трубной мукосы. Просвет трубы представляется в виде ряда узеньких щелей, сильно сдавленных утолщенными складками. Цилиндрический эпителий, выстилающий складки, резко уплощен, клетки его местами низко-кубические. Просвет некоторых щелей заполнен слущившимся эпителием и шаровидными, набитыми желтовато-бурым пигментом клетками. Строма сильно утолщенных складок трубы—из молодой, богатой капиллярами соединительной ткани, густо инфильтрированной круглыми клетками. Наружные слои трубной стенки нормального строения, но также инфильтрированы круглыми клетками.

Правая труба при микроскопировании кусочков, вырезанных на 1½ сент. от опухоли, обнаруживает также некоторые изменения: просвет трубы, растянутый скопившейся жидкостью, образован из ряда довольно крупных, круглых полостей, выстилающий которые эпителий местами сильно уплощен. Строма складок в некоторых участках настолько резко сдавлена, что имеет вид узеньких полосок. В местах же, где строма складок не так сдавлена, она состоит из нижней, богатой овальными клетками с сочными ядрами, соединительной ткани. Наружные слои нормального для маточной трубы строения.

При микроскопировании кусочков, взятых из окутывавшего плод сальника, эпителиального слоя кожи плода под приросшим сальником нигде не было обнаружено. Ткань плода, как и в случае I, сохранили способность к дифференциальной окраске их по Van-Gieson'y. Ядер нигде не видно, отдельные мышечные клетки и волокна соединительной ткани хорошо различимы. Процессов рассасывания и об'известления в плоде нигде не констатируется.

Судя по всем этим данным, в нашем случае II имела место *graviditas tubo abdominalis mens. V*. Какая именно из труб была первоначально беременна,—точно ответить не представляется возможным; скорее всего это была левая. Плацента была окружена плотной фиброзной капсулой и подвергалась медленному процессу организации и рассасывания, каковые

процессы были строго-асептического характера. Вокруг окутанного сальником плода образования такой капсулы не отмечалось, а равно не наблюдалось процессов организации и рассасывания.

Таким образом на основании изучения патолого-анатомической картины обоих наших случаев поздней эктопической беременности мы можем с несомненностью отметить следующее:

В обоих случаях имели место процессы организации—уплотнения и частичного рассасывания плаценты. Признаков воспаления или нагноения плодного мешка и плацент нигде на многочисленных препаратах из разных мест нам обнаружить не удалось. Процесс рассасывания и организации всюду имел строго-асептический характер.

Как известно, многие авторы (Бекман ⁶⁾, Вимм ⁷⁾, Рыжиков ⁸⁾, Brugnietelli ⁹⁾ в случаях прогрессирующей поздней внематочной беременности, опасаясь сильного кровотечения при попытках отделения плаценты, вшивают плодный мешок в брюшную рану, производя т. н. марсупиализацию, и вносят вторичную неизбежную инфекцию со всеми ее последствиями (перитонит, обширные сращения в брюшной полости, послеоперационные грыжи и пр.), или же ставят больную в опасность погибнуть от кровотечения, выделяя плодный мешок вместе с фиброзной капсулой.

Хороший исход удаления прикрепленной к нижней поверхности печени плаценты в случае переносенной эктопической беременности, описанном д-ром Тимошенко ¹⁰⁾, нужно считать счастливым исключением, — тем более, что плодный мешок выделялся здесь вместе с фиброзной капсулой из ткани печени из-за какой-то проблематичной, недоказанной возможности токсического влияния детского места на клетки печени.

Наши практические предложения для поздних стадий эктопической беременности таковы:

1) Оперативное вмешательство в этих случаях можно ограничить только удалением плода, если удаление плаценты связано с риском.

2) Плодный мешок, предварительно окутанный большим сальником, может быть оставлен в брюшной полости.

3) Оставление на некоторое время инкапсулированной плаценты в брюшной полости дает возможность самому организму подготовить ее к вторичной операции: крупные сосуды плаценты спадутся, спайки сделаются тоньше и длиннее, подвижность плаценты станет больше, т. е. произойдет все то, что наблюдалось во II нашем случае, причем удаление плодного мешка через некоторое время не представит уже трудности.

4) Пребывание инкапсулированной плаценты в брюшной полости в некоторых случаях особых неудобств не создает.

Последнее положение подтверждается II нашим случаем и случаем д-ра Н. И. Кочетова, который после демонстрации второго нашего случая эктопической беременности, в научном заседании врачей г. Петрозаводска, сообщил о двух случаях доношенной эктопической беременности, которые сам наблюдал в своей практике. В одном из этих случаев Кочетов ограничился удалением доношенного умершего плода, оставив плаценту из-за трудности ее выделения и зашив брюшную полость наглухо. Больная выздоровела, и дру Кочетову в продолжении ряда лет удалось наблюдать у ней в животе круглую, подвижную, постепенно

уменьшавшуюся в объеме и совершенно не стеснявшую больной опухоль. В другом случае Кочетов пытался удалить плаценту при большом кровотечении, и больная погибла в первые же сутки.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Груздев. Каз. Мед. Журн., 1923, № 3. — 2) Рузский. Там же, 1926, № 10. — 3) Парсамов. Врач. Дело, 1925, № 7. — 4) Вейсенберг. Zent. f. Gyn., 1926, № 19. — 5) Цейтлин. Практ. Мед., 1924. — 6) Бекман. Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1914, № 2. — 7) Витт. Акушерство, 1924. — 8) Рыжиков. Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1914, № 8. — 9) Brugnetelli. Zent. f. Gyn., 1922, № 46. — 10) Тимошенко. Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1926, № 4.
-

Материалы к вопросу о реакции Dick'a и активной иммунизации против скарлатины.

Сообщение II ¹⁾.

Национальные различия в иммунитете к токсину Dick'a и скарлатине.

Н. Н. Благовещенского.

(С 2 диаграммами).

В предыдущей работе нами было указано, что, производя обследование детей на реакцию Dick'a, мы заметили разницу между русскими и татарами в чувствительности к токсину Dick'a. Сопоставляя общий % положительных реакций, полученных нами у татар, с таковым же %, полученным у русских, мы замечаем более низкий % у татар в сравнении с русскими: первые дают 23,1% положительных реакций, вторые— 29,9%.

Таблица № 1, составленная суммарно, но содержащая отдельные данные для школ и интернатов, в отношении национальности дает следующие цифры:

ТАБЛИЦА № 1.

	Т а т а р ы		Р у с с к и е	
	Общее число обследован. и положит. рр.	% положит. реакций	Общее число обследован. и положит. рр.	% положит. реакций
Интернаты	659—147	22,1	529—152	28,7
Школы	278— 70	25,1	1154—352	30,5
Всего	937—217	23,1	1683—504	29,9

Однако такое сравнение процентов, общих для каждой национальной группы, может не дать правильного представления о действительной разнице, ибо в данном материале возрастные группы русских и татар могут быть представлены неодинаково; поэтому нужно вычислять % положительных реакций отдельно для каждой возрастной группы татар и русских, и тогда получится вполне реальный и убедительный результат.

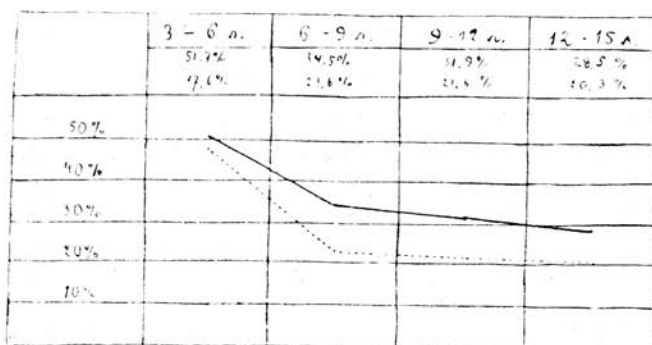
¹⁾ См. Каз. Мед. Ж., 1927, № 3.

Так как самый младший возраст (до 3 лет) представлен в нашем материале почти исключительно русскими (татар были лишь единицы), то эту группу, к сожалению, пришлось исключить из сравнения. Равным образом пришлось исключить и самую старшую группу, малочисленную у татар: кому же в этом возрасте уже существенным образом сказывается влияние жизненных условий, и происходит некоторая нивелировка приобретаемого с годами иммунитета. Таким образом для выявления роли национального фактора мы можем взять лишь 4 самые многочисленные возрастные группы.

Результат сопоставления изображен наглядно на кривой № 1.

Мы видим из этой кривой, что во всех представленных возрастных группах $\%$ чувствительных к скарлатинозному токсину татар гораздо

К Р И В А Я № 1.



Кривая положительных реакций у русских (—) и у татар (-----).

Общий процент полож. реакций: русские—29,9%, татары—23,1%.

ниже, чем русских, и здесь мы не можем не отметить новой параллели с р. Schick'a. Обследуя русских и татар в свое время на р. Schick'a (совместно с проф. Е. М. Лепским и д-ром В. М. Федоровым), мы получили, беря тогда для сравнения одну возрастную группу, тоже больший $\%$ положительных реакций у русских, чем у татар.

Параллельно с этим мы должны отметить гораздо меньшую заболеваемость скарлатиной среди татар в нашем крае. По данным Санитарного отдела ТНХЗ (д-р П. А. Кондаков) в районах города и кантонах ТР с татарским населением случаев скарлатины гораздо меньше, чем среди районов с русским населением. Достаточно отметить, что татарские школы за прошлый и настоящий годы, несмотря на эпидемию в городе, ни разу не закрывались по поводу скарлатины. Просматривая лично архив местной Заразной больницы, мы также убедились в меньшей заболеваемости татар скарлатиной. Таким образом факт пониженной чувствительности к скарлатинозному стрептококковому токсину и пониженной заболеваемости скарлатиной среди татар в сравнении с таковыми же среди русских можно считать несомненным.

Другой вопрос—как смотреть на эту пониженную чувствительность и восприимчивость, в чем и где искать их причину. Это—вопрос чрезвычайно сложный, требующий глубокого анализа. Считать ли это результатом бытовых социальных условий в том смысле, что, живя, предположим, более скученно, чем русские, татары скорее инфицируются друг от друга

и, перенося инфекцию в скрытой форме, получают с детства прочный иммунитет, или же здесь мы имеем дело с гораздо более сложным и оригинальным явлением расовой особенности, — сказать трудно. Иммунитет вообще есть сложная функция от многих производных величин. Мы видим отклонения в иммунитете у отдельных индивидуумов: одни получают его легко, другие с трудом, либо даже вовсе не получают. Что для иммунитета может иметь значение, между прочим, и раса, за это нам говорят и эксперименты на животных, и наблюдения над некоторыми инфекциями у людей различных рас. Известно, что Zingher отметил довольно высокий % восприимчивости к дифтерии у негритянских детей в сравнении с европейскими, несмотря на то, что негритянские дети живут довольно скученно. В недавнее время Zoeller показал, что лица желтой расы, именно, аинамиты, даже находясь в одинаковых условиях с европейцами, проявляют малую восприимчивость к скарлатине и вместе с тем — к токсину Dick'a. И Zingher, и Zoeller найденные ими факты объясняют расовыми особенностями. О незаболеваемости скарлатиной американских индейцев в последнее время говорят Sherwood, Nigg и Baumgartner, несмотря на то, что чувствительность к токсину у индейских детей выражена не меньше, чем у белой расы.

На нашем материале тоже замечается, что % заболеваемости татар не идет вполне параллельно с % восприимчивости их, определяемой реакцией Dick'a (заболеваемость меньше, чем можно было бы ожидать на основании % D+). Это обстоятельство свидетельствует, что в создании иммунитета играют роль не исключительно лишь гуморальные свойства организма, и лишний раз подчеркивает нашу точку зрения о большей достоверности, в качестве показателя иммунитета, именно отрицательной р. Dick'a. Впрочем по поводу особенно большого расхождения заболеваемости с чувствительностью у индейцев, полученного указанными авторами, нужно вообще сказать, что абсолютный расовый иммунитет едва-ли существует (Matrin Hahn). Это сказывается особенно ясно, как только в такую „невосприимчивую“ среду попадет инфект, — примеров тому достаточно. Можно вернее говорить лишь о большей резистентности отдельных рас к отдельным человеческим инфекциям.

Подвергая самому тщательному и добросовестному анализу полученные нами цифры, мы думаем, что факт пониженной чувствительности татар к скарлатине едва-ли можно объяснять исключительно особенностями бытовых условий, игнорируя иммуно-биологические особенности расы. Такое исключительное объяснение, при всей осторожности подхода к данному вопросу, кажется нам уж слишком простым и несвободным от возражений.

Мы находим пониженную чувствительность к скарлатине у татар как среди школьников, так и среди интернантов (см. таблицу). При обследовании школьников мы нарочно испытали по Dick'у те школы (как татарскую, так и русскую), где учатся по преимуществу дети более состоятельных родителей. Интернанты же татары живут в одних и тех же санитарных условиях и бок-о-бок с русскими. Значение предшествующего поступлению в детские дома санитарного состояния, в котором жили те или другие (тяжелое военное время для всех), едва-ли тоже играет в нашей статистике большую роль, ибо ту же разницу в чувствительности татар и русских мы нашли в сравнительно раннем возрасте

у детей Домов ребенка (3—8 л.). Дети туда поступают по преимуществу из Домов охраны материнства и младенчества, следовательно, с самого начального возраста они все находятся в одинаковых санитарных и бытовых условиях, и тем не менее мы получаем и здесь ту же разницу в чувствительности и заболеваемости скарлатинной.

В следующей возрастной группе мы замечаем еще большее увеличение разницы в чувствительности татар и русских, после чего это увеличение приостанавливается. Отнести увеличение этой разницы за счет большей возможности для татар приобрести контактный иммунитет с достоверностью нельзя, ибо и татары, и русские (по крайней мере в интернатах) живут, как указано, в равных условиях. Ктому же и кривая в следующих возрастных группах спускается вниз уже отнюдь не резче, чем русских. Здесь можно высказывать лишь предположения. Наростающий с годами иммунитет и сам Zingher рассматривает не исключительно, а лишь главным образом, как контактный иммунитет. Schick же, как известно, смотрит на этот иммунитет, как на „функцию созревания“ организма, когда наступает, выражаясь словами Hirszfeld'a, „maturité sérologique“. У одних эти нормально присутствующие противотела увеличиваются быстрее и полнее, у других—медленнее и меньше. Это предположение довольно демонстративно подтверждается наблюдениями Hirszfeld'a и Seydel'a над кроликами, которые нормально (не вследствие искусственной иммунизации) содержали гэмолизины к бараньим эритроцитам и агглютинины к палочке Eberth'a: часть их новорожденного потомства совершенно не имела противотел, часть имела в незначительном количестве, но с возрастом количество противотел все увеличивалось. Здесь уже не может быть никакой речи о контактном иммунитете, ибо организм этих животных никогда не приходил в контакт с бараньими эритроцитами.

Укажем еще на одно обстоятельство, совершенно ясно вытекающее из нашей статистики и безусловно заслуживающее быть отмеченным: татары дают псевдореакции в ‰ отношении вдвое реже, чем русские. Как смотреть на псевдореакции,—окончательно еще не решено; но, во всяком случае, совершенно ясно, что псевдореакция есть реакция не только на неспецифический протеин бульонного токсина, и на него меньше всего, ибо употреблявшийся нами токсин (почти вся кампания проведена нами одной серией токсина) после очистки его по способу Hentoon'a был свободен от белка, поскольку об этом можно было судить на основании тонких химических реакций. Ктому же псевдореакции получались у нас и при пользовании токсином, изготовленным на бульоне с человеческой кровью (1 куб. с. содержит 25,000 к. д.), а также токсином, изготовленным почти исключительно на человеческой плаценте, чтобы избежать инородных протеинов в питательной среде. В большей части случаев псевдореакция, если откинуть погрешности технического характера, есть реакция на бактериальный протеин, вернее—его распад.

Исходя из развиваемых в последнее время Zoeller'ом идей об „анатоксин-реакции“ (положительная реакция на интрадермальную инъекцию разведенного дифтерийного анатоксина), можно таковую сблизить с псевдореакциями вообще. Согласно этому последние собственно тоже можно считать специфическими реакциями (анатоксин-реакция полу-

чается положительной на дифтерийный анатоксин и отрицательной—на стафилококковый). Такая реакция на инактивированный дифтерийный токсин обнаруживает состояние сенсibilизации организма по отношению к протейну дифтерийной палочки и т. о. указывает, что данный организм, очевидно, или уже был, или находится в контакте с данным микробом, он специфически аллергирован. Поэтому эта реакция служит благоприятным признаком, она является показателем того, что данный организм находится в состоянии иммунизации в результате контакта, как-бы в переходной стадии к состоянию полной невосприимчивости.

Конечно, выводы Zoeller'a могут быть и оспариваемы. Brok-mann и Baranski в самое последнее время своими опытами показали, что псевдореакция, в общем,—реакция стойкая, и на нее нельзя смотреть, как на переходную стадию в получении иммунитета. Однако отрицать указанную Zoeller'ом возможность считать псевдореакции за выражение сенсibilизации организма и таким образом за выражение уже случившегося контакта с данным микробом—нет достаточных оснований. Чрезвычайно интересным кажется нам и то обстоятельство, что дети дают нам псевдореакции больше в интернатах, чем в школах (рахитики и дети с экссудативным диатезом сюда не относятся). Если мы примем во внимание бо́льший интимный контакт детей друг с другом в интернатах, нежели в школах, то указанная точка зрения на псевдореакции, как на аллергическую реакцию, как-бы находит свое новое подтверждение в нашем материале. Далее, % псевдореакций неукоснительно растет с возрастом, что опять-таки подтверждает вышеуказанное.

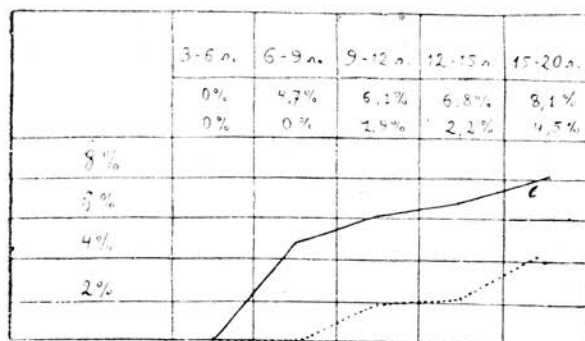
Проводя наблюдения над реакцией Dick'a у скарлатинозных больных, проф. Аристовский и Агафонов получили у реконвалесцентов большое количество всякого рода ложных реакций, тогда как в первые дни болезни эти же больные давали чисто-положительные реакции. Псевдореакции здесь, очевидно, являлись результатом сенсibilизации организма стрептококковым протейном. Что организм действительно может сенсibilизироваться к стрептококку или его дериватам, показывают опыты, поставленные в 1925 г. Dochez и Sherman'ом на морских свинках, являющихся, как известно, нечувствительными к токсину Dick'a. Будучи предварительно заражены стрептококком, или даже просто обработаны убитыми культурами или фильтрами, свинки через несколько времени начинают давать положительную кожную пробу с реактивом Dick'a. Ту же аллергию показали в самое последнее время и Козьмодемьянский, Протасов, В. Державский, Файн и Пономарев, как в опытах над свинками, предварительно зараженными стрептококком, так и у скарлатинозных реконвалесцентов. В своей работе указанные авторы сообщают о том интересном факте, что эта аллергическая реакция получается гораздо чаще и яснее именно с прогретым токсином и всецело зависит от созданного стрептококкового очага в организме.

Вот теперь, исходя из представленной нами выше концепции, если мы посмотрим на частоту получаемых псевдо-комбинированных и парадоксальных реакций у интересующих нас групп населения, то мы заметим безусловно интересное, заслуживающее внимания явление. Из нашей статистики совершенно ясно следует, как уже указано, что татары дают нам количество псевдореакций вдвое меньшее, чем русские. Едва-ли это

можно объяснять исключительно пониженной реактивной способностью кожи у татар вообще, их способностью отвечать более слабо на введение раздражителя под влиянием особой конституции и более слабой возбудимости, хотя данное обстоятельство вообще и может иметь значение. Наш материал показывает, что, если здесь конституция и играет роль, то далеко неисключительную, ибо эта способность давать в меньшем числе псевдореакции не является для татар характерной и постоянной, находясь в прямой зависимости от образа их жизни. У тех же самых татар, как и у русских, имеется различие в частоте даваемых ложных реакций в интернатах и школах, и в этом различии незаметно влияния конституции, а лишь исключительно выступает влияние образа жизни. Однообразная жизнь в интернатах,—по моим личным наблюдениям, сделанным в бытность врачом преимущественно татарского интерната,—менее способствует поднятию общего тонуса жизни, а, тем не менее, именно там, в интернатах, мы видим больший % псевдореакций (в возрастной группе свыше 15 лет даже больше, чем у русских). Ктому же замечается совершенно определенное влияние возраста на частоту даваемых псевдореакций. Для примера приведу кривую № 2, наглядно демонстрирующую распределение псевдореакций по возрасту у школьников, т. е. как раз у той именно категории детей, относительно которой еще может быть сделано предположение о неодинаковости бытовых условий их семей (группа татар от 6 до 9 л. всего лишь 42 человека).

Таким образом на основании этой кривой, в связи с представленными выше соображениями, у нас останется еще меньше вероятности

К Р И В А Я 2.



Кривая нарастания у школьников % псевдореакций с возрастом (русские —, татары).

относить больший иммунитет татар за счет контакта. Но оставим этот анализ псевдореакций и допустим на время, что больший иммунитет среди татар обусловлен чисто-контактным иммунитетом в смысле Zinghera. Тогда остается непонятным, где лежит причина этого большего контакта с микробом татар в сравнении с русскими, живущими

вместе, бок-о-бок с ними, непонятна эта их большая заражаемость (не заболеваемость!), или их большая способность вырабатывать противотела в ответ на процесс скрытой иммунизации. Явления же клеточного иммунитета со стороны лимфатического аппарата полости рта и глотки, безусловно имеющие значение, трудно учитываемы и ничего не говорят об отношении к токсину Dick'a.

В последнее время встречается все больше и больше попыток установить корреляции между заболеваниями и конституциональными типами, а равно таким генотипическим признаком, как изоагглютинационные свойства человеческой крови (Hirszfeld, Halber и Amsel, Ляховецкий, Авдеева и Грицевич, Панченко и Агте,

Шварц и Нимцовицкая и др.). Но все подобные изыскания, сами по себе интересные, являются делом очень трудным и, пытаясь проследить связь между заболеваемостью и принадлежностью организма к той или иной группе, страдают, особенно при малом материале, одним общим недостатком: болезнь, особенно инфекционная, зависит не только от степени восприимчивости к ней субъекта, но и от целого ряда факторов внешнего порядка; наблюдать же заболевания при экспериментальном единообразии эпидемиологических и иных условий у людей чрезвычайно трудно. Поэтому-то, с нашей точки зрения, и встречаются в литературе противоречия при попытках выяснить связь указанного генотипического признака с заболеваемостью. Так, напр., что касается tbc, то по данным одних авторов (Панченко и Агте, Авдеева и Грицевич, Шварц и Нимцовицкая) лица IV группы по Mossy (относительно III группы и у указанных авторов имеются расхождения) дают меньший % заболеваемости, чем лица I и II групп, и болезненный процесс носит у них более доброкачественный характер, чем у лиц I и II групп; то же указывается и относительно других заболеваний. С другой стороны по данным, напр., Беседина, относящимся к горным крымским татарам, живущим, однако, среди равных условий деревенской жизни, совершенно не явствует особой жизнеспособности лиц IV (I по Jansk'ому) кровяной группы, ибо не замечается ни селекции ее на протяжении возрастов, ни уменьшения ее среди, напр., туберкулезных. Равным образом о том же говорят исследования румынских авторов Mironesco и Stefanov'a на больных острыми инфекциями — корью, коклюшем, тифом и скарлатиной. В частности в отношении интересующей нас скарлатины I и IV группы представлены у больных совершенно одинаково. Поэтому, хотя, согласно работе Шварца и Нимцовицкой, и установлено, что среди казанских татар имеется, по сравнению с русскими, уменьшение „устойчивой“ к различным заболеваниям вообще IV группы за счет главным образом I группы, мы не считаем это противоречащим нашей мысли о большей резистентности к скарлатине (возможно, и к дифтерии) татар по сравнению с русскими.

Более интересной представляется попытка проследить, особенно на однородном и многочисленном материале, корреляции между кровяными группами и не самим заболеванием, а лишь чувствительностью к нему, как это можно сделать в отношении дифтерии и скарлатины. Вышедшая из Института самого Hirszfeld'a работа Kaczynsk'ого, произведенная на 2340 солдатах, как раз и показывает, что % чувствительности к дифтерии и скарлатине (гр. Schick'a и Dick'a) никоим образом нельзя связать с группировками крови (напр., Sch+ среди „устойчивой“ IV гр. — 13,8%, „неустойчивой“ I гр. — 12%; D+: IV гр. — 18,6%, I гр. — 19,5).

Определить ближе причины большей или меньшей резистентности той или другой расы представляется пока, т. о., делом еще невозможным. Чрезвычайно интересные мысли о различном иммунитете как у животных, так и у людей, проводит за последний год Ch. Zoeller в ряде своих докладов Парижскому Биологическому Об-ву. Неодинаковость иммунитета у лиц, находящихся в совершенно одинаковых условиях жизни, Zoeller объясняет их неодинаковой способностью быстро и интенсивно отвечать выработкой защитных тел под влиянием болезни, вакцинации, скрытого

контакта с микробом. Эта реактивность приобретается в течение всей жизни, под влиянием разных стимулов, но она может быть и естественной, и эта-то естественная, получаемая по наследству реактивность и отличает людей друг от друга в отношении иммунитета. Она предшествует всякому специфическому влиянию.

Допустим, что все дети, коль скоро они теряют материнский пассивный иммунитет, реагируют по Sch. или D. положительно; но одни из них обладают естественной реактивностью, другие же—нет, или—более слабой. Тогда, даже не прибегая к теории предопределения болезней, вытекающей из крайней точки зрения по этому вопросу Baransk'ого и Брокмана, все же возможно принять, что в значительной зависимости от этой реактивности встречающийся часто инфект различно сказывается на организме: у одних, возбуждая естественную реактивность, он может усиливать ее и переводить в Sch.-resp. Dick, отрицательную, у других, с более слабой естественной реактивностью, или вызывает заболевания, или, при недостаточности дозы, проходит вполне бесследно для организма, не усилив его реактивности, что и сказывается в данном случае на р. Dick'a. Это-то приобретенная, являющаяся результатом развития естественной, но увеличивающаяся с годами, реактивность и служит в дальнейшем основным элементом активного иммунитета. Даже независимо от состояния антитоксина в данный момент субъект с такой реактивностью сейчас же отвечает выработкой его в ответ на раздражитель, будь то микроб, или местно примененный его яд.

Вариабильность этой способности между крайними группами может быть очень велика среди совершенно одинаковых людей. Не может быть ничего удивительного в том, что такие отдаленные друг от друга расы, как монгольская и арийская, могут также в этом отношении отличаться друг от друга. Если когда-нибудь исторически, под влиянием микробного контакта, естественная реактивность нации усилилась, то эта усиленная способность, как говорят и Zoeller, передавалась и дальше по наследству, все больше усиливаясь. Таким образом обе спорные точки зрения на разбираемый иммунитет—и контактная и расовая—могут быть по существу объединены, так как вопрос о происхождении иммунитета при этом переместился-бы лишь во времени.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Благовещенский. Каз. Мед. Журн., 1927.—2) Лепский. Благовещенский и Федоров. Ibid., 1925, № 1.—3) Zoeller. Cpt. rend. Soc. Biol., t. 91, p. 1315; Presse méd., 1925, 59; Soc. Biol., 1925—1926.—4) Hahn. Handb. d. path. Mikroorg., Bd. 1.—5) Hirschfeld et Seydel. Cpt. rend. Soc. Biol., t. 92, № 12.—6) Baranski et Brokman. Ibid., 1926, t. 95, 27.—7) Dochez and Schermann. По реф. в Zbl. f. B., Bd. 80, 7—8.—8) Козмодемьянский, Протасов, Файн, Держжовский и Пономарев. Микроб. Журн., 1926.—9) Аристовский и Агафонов. Ibid., т. I, вып. 1.—10) Беседин. Вр. Дело, 1926, № 21.—11) Шварц и Нимцовицкая. Каз. Мед. Журн., 1925.—12) Sherwood, Nigg and Baumgartner. По реф. Kongresszentralblatt f. gesam. exp. Med., B. 44, H. 8.—13) Kaczynsky. Copt renmd. Soc. Biol., 1926, t. 95, № 28.—14) Mironesko et Stefanov. Ibid., 1926, 95, № 21.

Из Рентгеновского кабинета при Терапевтической клинике Гос. Института для усов. врачей в Казани. (Директор проф. Р. А. Лурия).

К вопросу о лечении злокачественных новообразований кожи рентгеновскими лучами¹⁾.

М. И. Гольдштейн.

Из заболеваний кожи, поддающихся действию рентгеновских лучей, особого внимания заслуживают злокачественные новообразования. Могучая лучистая энергия рентгеновских лучей нередко приносит полное выздоровление даже в тех тяжелых, далеко зашедших, неоперабельных случаях, когда всякий другой метод лечения оказывается бессильным. Отдельные благоприятные сообщения такого рода относятся уже к началу рентгеновской эры, когда техника облучения далеко еще не была совершенной. С тех пор литература вопроса значительно возросла. Тем не менее мы все же считаем нелишним поделиться результатом своих наблюдений, так как до самого последнего времени далеко нет еще единого, установленного взгляда как на биологическое действие х-лучей, так и на способ их применения.

Всего под нашим наблюдением за зимний семестр 1925—1926 г. находилось 12 больных. Позволю себе привести краткие выдержки из наиболее характерных историй болезни.

1. Больной К., 52 лет, поступил в Кожно-Венерическую клинику Института 5/XI 1925 г.; считает себя больным свыше 10 лет, когда впервые в области скуловой кости появился узелок; вскоре на этом месте образовалась язва, распространявшаяся постепенно по всем направлениям. При поступлении в клинику вся левая половина лица представляла собою обширную язвенную бугристую поверхность с обильным выделением гноя. Края язвы плотны и образуют возвышенный валик. Опухоль захватывает также нижнее веко; все глаз время закрыт и также сильно гноится. Клинический диагноз: распространенный *ulcus rodens*, случай неоперабельный.

15/XI приступлено к рентгенотерапии; индуктор длина искры 45 сант., прерыватель ртутно-газовый, трубка Miller'a, расстояние от антикатада 24 сант., фильтр 3 мм. алюминия, доза 2 Н. 25/XI второе освещение при тех же условиях; доза 2 Н. 30/XI инфильтрат ниже глаза рассасывается, язвенная поверхность становится чище и кровоточит. 2/XII инфильтрационный валик несколько уплощен, намечается рубцевание у нижнего края язвы. 4/XII третье освещение, доза 3 Н. 10/XII инфильтрат вокруг язвы значительно рассосался, образование грануляций идет усиленно, язвенная поверхность заметно уменьшилась в своем объеме. 16/XII четвертое освещение области глаза, доза 3 Н. 24/XII глаз полуоткрыт, рана около него совершенно зарубцевалась, инфильтрационный шнур стал совершенно плоский. 2/I вся бывшая обширная язва затянулась нежной рубцовой тканью, и только в центре остались две язвочки, разделенные соединительнотканым мостиком. 3/I пятое освещение, доза 3 Н. 2/II вся язвенная поверхность полностью закрыта

¹⁾ Доложено на I Поволжском Съезде по борьбе с венерическими болезнями в Казани 15/IX 1926 г.

розовой рубцовой тканью, глаз открыт, никакого выделения нет, имеется конъюнктивит и заболевание роговицы. 10/II выписывается клинически-здоровым.

2. Больная А., 45 лет, поступила в ту же клинику 9/II 1926 г. Пять лет тому назад у нее появилась бородавка в области левого крыла носа, быстро изъязвившаяся и постепенно увеличивающаяся в своем объеме. При поступлении А. в клинику в области крыла носа, щеки и верхней половины губы слева у ней найдена язвенная поверхность величиною в 8 сант. Опухоль значительно выдается над уровнем нормальной кожи и своим бугристым видом напоминает цветную капусту. Края язвы довольно плотны, покрыты разрожениями, дно местами покрыто корочками. Отделение слизисто-гнойное. Левое крыло носа совершенно разрушено. Гистологическим исследованием ткани опухоли установлен плоско-эпителиальный рак с ороговением (жемчужный), случай признан неоперабельным.

9/II первое освещение трубкой Метро, расстояние 24 сант., фильтр 3 мм. алюминия, доза 2 Н. 24/II второе освещение, доза 2 1/2 Н. 6/IV поверхность язвы значительно очистилась, намечаются грануляции по краям опухоли. 7/VI третье освещение, доза 3 Н. 28/IV четвертое освещение, доза 3 Н. 10/V замечается значительное улучшение, — опухоль в целом стала значительно плосче, с периферии ее к центру наподобие каналов тянутся соединительнотканые тяжки, разделяющие опухоль на ряд мелких эпителиальных островков. 12/V пятое освещение, доза 3 Н. 25/V повсюду хорошее рубцевание, небольшие язвочки с чистой поверхностью имеются лишь по нижнему краю левой ноздри. 28/V от всей опухоли остался лишь на правой щеке небольшой узелок величиною с горошину. 5/VI больная выписывается в хорошем состоянии, клинически здорова.

3. Больной Б., 52 лет, амбулаторный, болен 9 лет, когда впервые у внутреннего угла правого глаза появился небольшой узелок, вскоре изъязвившийся. При осмотре все нижнее веко представляет собою обширную язвенную поверхность с обильным гнойным выделением. Клинический диагноз — *ulcus rodens* (неоперабельный случай).

Больному было проделано 6 сеансов освещения: 15/II 2 мм. алюминия, доза I Н; 27/II 2 мм. алюминия, доза I Н; 13/III 2 мм. алюминия, доза 2 Н; 27/III фильтр такой же, доза 2 Н; 7/IV фильтр такой же, 3 Н; 3/IV фильтр такой же, доза 3 Н. Уже после первых двух сеансов выделение стало значительно уменьшаться; в дальнейшем, при последующих освещении, дно язвы стало чище, инфильтрационная краевая зона постепенно стала плоской, язвенная поверхность покрылась нежной рубцовой тканью. Больной в состоянии открыть глаза. После 5—6 сеансов — полное зарубцевание и прекращение какого-бы то ни было выделения. Больной после многолетнего перерыва в состоянии приступить к работе и выписывается клинически-здоровым.

Из общего количества наших больных у 8 получилось полное клиническое выздоровление, двое не закончили курса лечения, и у 2 больных с обширными поражениями, при сильном истощении всего организма, мы не добились успеха. Как видно из приведенных историй болезни, наши больные подвергались периодическому облучению приблизительно через 2—3 недели; руководящей нитью для каждого последующего сеанса служило наблюдение за общим состоянием и изменением пораженного участка; количество сеансов колебалось от 4 до 6; применявшаяся при каждом сеансе доза в среднем не превышала 1/3 НЕД.

Подобная форма использования рентгеновских лучей в качестве лечебного фактора при злокачественных новообразованиях значительно отличается от предложенного целым рядом исследователей метода единовременного применения большой дозы, как наилучшего способа воздействия лучистой энергии на ткань опухоли. Эти авторы (Seitz и Wintz и др.) все свое внимание при лечении рентгеновскими лучами обращают на их непосредственное, местное, избирательно-разрушающее действие на раковые клетки. По мнению Döderlein'a успех при лечении рака х-лучами достигается лишь тогда, когда, по его словам, удастся выжечь из здоровой ткани карциноматозную опухоль; оставшееся после нее свободное поле силами организма вторично заполняется рубцовой тканью. Те же

авторы полагают, что применение малых доз вызывает ухудшение процесса, так как дозы эти, согласно закону Arndt-Schulz'a, действуют, как раздражитель, способствуя усилению роста опухоли. Кроме того раковые клетки в промежутках между небольшими освещениями восстанавливаются, становясь более стойкими и упорными по отношению к лучистой энергии.

Таким образом немецкая школа, придавая первенствующее значение местному разрушающему действию х-лучей, склонна разрешать рентгенотерапевтическую проблему преимущественно, как физико-техническую; отсюда она приходит к заключению, что положительных результатов можно достигнуть путем применения определенных больших доз, — т. наз. карциноматозных, которые Seitz'ем и Wintz'ем определяются в 130 % НЕД. Всякую неудачу названные авторы приписывают недостатку технических приемов в смысле уменьшения дозы.

Такой подход к решению сложного вопроса действия рентгеновской энергии на живую ткань опухоли является несколько поверхностным, мало обоснованным и встречает целый ряд серьезных возражений. Так, известно много случаев, где после интенсивного облучения вместо ожидаемого улучшения наступало резкое ухудшение, и наоборот, при применении доз, значительно уступающих карциноматозной, наблюдалось полное выздоровление. Далее, нам теперь известно, что клетки одной и той же опухоли в зависимости оттого, находятся-ли они в стадии митотического деления или покоя, далеко неодинаково чувствительны к рентгеновским лучам. Интересны также опыты с зараженными раком мышами, где удавалось достигать обратного развития опухоли, когда само злокачественное новообразование тщательно защищалось свинцом, а облучению подвергались только соседние участки (Kok и Vorlaender). Наконец, при освещении клеток раковой ткани *in vitro* (Opitz) самыми большими дозами ни разу не удавалось уничтожить их, а последующие прививки облученными культурами оказались действительными. Все эти данные говорят за то, что влияние х-лучей далеко не ограничивается одним лишь местным действием.

Надо полагать, что при освещении этими лучами живой ткани мы встречаемся с крайне сложной, далеко еще неизученной биологической проблемой, причем ключ к пониманию действия лучей надо искать не в одних только местных изменениях, но и в реакции всего организма. Что в сферу влияния рентгеновских лучей вовлекается не только одна облученная карциноматозная ткань, видно из работ Exner'a (из клиники Opitz'a), который на обширном экспериментальном материале доказал, что уже через 2—3 дня после освещения опытных животных, когда микроскопически еще нельзя определить никаких изменений со стороны эпителиальной раковой ткани, намечается уже реакция со стороны соединительнотканых клеток, расположенных на границе между новообразованием и здоровой тканью; эта реакция, по наблюдениям автора, выражается в постепенном разрастании элементов соединительной ткани и внедрении их в ткань опухоли. Раковые же клетки продолжают еще жить и размножаться, и дегенерация их наступает лишь на 12-й—14-й день.

Не разделяя полностью выводов Exner'a и Opitz'a о первичном раздражающем действии рентгеновских лучей на соединительную ткань, мы все же должны подчеркнуть роль, значение ее в деле борьбы с зло-

качественным новообразованием. Ряд авторов (Drew, Rhoda Erdmann) полагают, что соединительная ткань является антагонистом эпителиальной, она призвана регулировать рост последней и вводить его в определенное русло. Без направляющего влияния со стороны соединительной ткани рост эпителия становится беспорядочным, безудержным и безграничным. Во всех случаях злокачественных новообразований, как у человека, так и у животных, между здоровой тканью и опухолью имеется реактивная зона, состоящая из соединительной ткани, гистиоцитов и др. мезодермальных клеток, производных ретикуло-эндотелиального аппарата. Оказывается, что, чем богаче эта реактивная зона, тем менее злокачественно протекает новообразование, так как она служит надежным барьером, препятствующим дальнейшему распространению опухоли (Opitz, Theilhaber). Надо полагать, что этот барьер не является простой механической защитой, а тесно связан с местным активным клеточным иммунитетом. Недаром Krehl и Abderhalden, признавая за мезодермальной тканью исключительную роль в жизни нашего организма, сравнивают ее с железой внутренней секреции. Отсюда ясно, какое большое значение должно быть признано за соединительной тканью в процессе развития злокачественных новообразований, и этого не следует забывать при объяснении воздействия на последние рентгеновских лучей.

Если мы станем применять одновременно большие, т. наз. кардиноматозные дозы, как то до самого последнего времени рекомендуют Wintz и др. авторы, то мы всегда станем перед опасностью наряду с раковыми клетками повредить и защитную ткань, так как максимальные дозы находятся на границе биологической выносливости для окружающей здоровой ткани. Нередки также случаи, где после интенсивного облучения, рядом с некротизирующейся соединительной тканью, встречаются гнезда раковых клеток, способных к размножению. Отсюда становится понятным, что от однократного облучения большими дозами не только нельзя ожидать особых преимуществ, а наоборот—можно думать, что оно способствует ухудшению процесса. Вот почему наши симпатии на стороне тех авторов,—еще немногочисленных,—которые рекомендуют повторное освещение с промежутками. В пользу фракционного метода облучения говорят также прекрасные исследования последнего времени Alberti и Pollitzer'a, которые, освещая рентгеновскими лучами сходную с раковыми клетками эмбриональную ткань (двухслойный эпителий роговицы) зародышей саламандры, показали, что эффект действия дробных доз при правильном выборе промежутков значительно превосходит результаты однократного интенсивного освещения.

Фракционная доза не должна быть, однако, и слишком малой; необходимо, чтобы она в состоянии была воздействовать на наиболее чувствительные к лучам клетки опухоли. Такой дозой мы склонны считать $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ НЕД. Применяя дробные дозы такой величины, обычно уже после первых сеансов освещения мы могли констатировать значительное уменьшение гнойного выделения, постепенное замещение эпителиальных клеток рубцовой тканью, а также улучшение общего состояния. Общая суммарная доза в среднем не превышала у нас НЕД, после чего обычно наступало полное клиническое выздоровление.

Вопрос о применении дробных доз, как мы уже раньше упоминали, тесно связан с вопросом о раздражающем действии х-лучей, которое по

Seitz'y и Wintz'y имеет место при дозах менее 30—40% НЕД. Однако мы не наблюдали заметного ухудшения даже и после $\frac{1}{4}$ НЕД и в этом отношении полностью разделяем взгляды Holzknechta, Pogges'a и др., которые полагают, что применение жестких отфильтрованных лучей в любой малой дозе абсолютно исключает какое-бы то ни было раздражение опухоли в смысле усиления ее роста.

Признавая за пограничными с опухолью мезодермальными клетками особое значение в деле борьбы с новообразованием, мы должны помнить, что они в свою очередь тесно связаны с общим состоянием организма. Наряду с клеточными реакциями при облучении наблюдаются обычно и значительные изменения со стороны крови, вегетативной нервной системы, инкреторных органов, а также ретикуло-эндотелиального аппарата. Вероятнее всего изменения эти зависят от всасывания продуктов распада наиболее чувствительных к лучам тканевых элементов, каковые продукты, поступая в кровь, повидимому, действуют в качестве неспецифической „аутопротейнотерапии“. Чем интенсивнее освещение и чем шире облученный участок, тем, очевидно, больше таких белковых тел поступает в кровь, и тем сильнее должна быть выражена общая реакция. Действительно, после применения больших доз, как правило, наблюдается ранняя реакция, т. наз. рентгеновский катарр, сопровождающийся повышением температуры, головными болями, рвотой, припухлостью облученного участка и т. д. Рентгеновский катарр есть явление нежелательное при терапии, и предостеречь его мы можем лишь путем применения меньших, но оптимальных доз.

Итак, рентгеновская энергия, попадая в ткань опухоли, производит перестройку всего организма, выражающуюся в местных, общих и очаговых изменениях. Можно-ли после этого говорить о какой-нибудь определенной для данного заболевания биологической дозе, в частности карциноматозной? Разумеется, нет. В каждом отдельном случае приходится учитывать характер опухоли, ее чувствительность к лучам, степень распространения, общее состояние организма и характер т. наз. краевой зоны. Очевидно, для каждого отдельного случая требуется своя индивидуальная доза, и при небольших опухолях, как в том мы могли убедиться на некоторых из наших случаев, — можно безусловно достигнуть успеха и при дозах значительно меньших НЕД.

Наши наблюдения немногочисленны, гистологически полностью не обработаны, но они все же позволяют нам сделать следующие выводы:

1) Рентгенотерапия является могущественным лечебным фактором при злокачественных новообразованиях кожи, в особенности в неоперабельных случаях.

2) Успех лечения злокачественных новообразований кожи обуславливается непосредственным местным влиянием рентгеновских лучей, очаговой реакцией окружающей опухоли, а также общей реакцией всего организма в смысле усиления его защитных сил.

Излечение опухоли сопровождается гибелью эпителиальных клеток с постепенным замещением их нежно-рубцовой соединительной тканью.

4) Наиболее рациональным методом лечения рентгеновскими лучами злокачественных новообразований кожи следует считать применение дробных оптимальных доз отфильтрованных лучей, так как они наилучшим образом способствуют клиническому выздоровлению; такими дозами мы приблизительно считаем $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ НЕД.

5) Дробные дозы отфильтрованных лучей никогда не вызывают раздражения опухоли в смысле усиления ее роста.

6) Примененная суммарная доза должна быть индивидуализирована в каждом отдельном случае, в среднем же она должна равняться НЕД.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Seitz u. Wintz. Unsere Methode d. Röntgentiefentherapie u. ihre Erfolge. Berlin. 1920.—2) Opitz. Die biologischen Grundlagen der Strahlentherapie d. Carcinoms. Lehrbuch d. Strahlentherapie von H. Meyer, B. I.—3) Holthusen. Theoretische Grundlagen der Strahlentherapie mit besondere Berücksichtigung d. Allgemeinwirkung. Ibid.—4) Kok u. Vorlaender. Strahlentherapie, Bd. XV, XVI.—5) Rhoda Erdmann. Zeit. f. Krebsf., 20,6.—6) Holzknecht. Röntgenologie, eine Revision ihrer technischen Einrichtungen u. s. w., Berlin, 1922; Fort. a. d. G. d. Röntgenstrahlen, Kongressheft, B. XXXIII, 1925.—7) Alberti u. Politzer. Ibid., Bd. XXXII, H. 1/2, 1924.—8) Theilhaber. Münch. m. Woch., 1913, № 48.—9) Неменов. Рентгенотерапия. 1920.
-

Новый вариант лечения острых ангин.

А. А. Павлова.

Превосходные результаты, полученные при аутогемотерапии многими врачами в ряде случаев различных заболеваний, особенно некоторых дерматозов бактериального происхождения (acne vulgaris, impetigo, furunculosis и др.), побудили меня испытать этот лечебный способ и при острых ангинах. В самом деле, если воздействие крови самого больного (я не касаюсь здесь теоретических обоснований данного метода) на патологические процессы при названных болезнях дает столь успешный терапевтический эффект, то, приняв в расчет однородность возбудителей в обоих случаях, такого же эффекта можно ожидать и при ангинах, ближайшим этиологическим моментом которых следует считать внедрение в слизистую носоглотки, главным образом, различных развидностей кокков. Результаты получились настолько ободряющие, что я позволю себе остановить на них внимание товарищей.

Приведу здесь краткое описание пяти проведенных мною случаев.

1) Больной К., 17 лет, явился 16/IX 26. Angina follicularis средней тяжести. Т° 38,6°. Многочисленные точечные налеты на обеих миндалинах. Сильная боль при глотании, общая разбитость. Инъекция в m. gluteus 3 к. с. крови больного, взятой из локтевой вены. 18/IX т° 37,1°, воспалительный процесс сошел на нет, кое-где торчат отделяющиеся гнойные пробки, самочувствие больного почти нормально, введено еще 4 к. с. крови. 19/IX все явления исчезли, т° 36,4°.

2) Больной М., 19 лет, явился 17/IX. Angina follicularis. Сильная воспалительная краснота обеих миндалин и мягкого нёба. Т° 38,4°, затрудненное глотание, инсаливая речь, налеты в стадии образования, самочувствие плохое. Сделана инъекция 4 к. с. крови. 20/IX т° нормальна, процесс закончился, и все болезненные явления исчезли.

3) Больной Л., 24 лет, явился 18/IX с т° 38,2°. Сильное воспаление и припухлость обеих миндалин, налеты на левой, процесс средней тяжести; сделана инъекция 4 к. с. крови. 20/IX все явления исчезли, здоров.

4) Больной Н., 33 лет, явился 19/IX с angina phlegmonosa. Налеты на обеих миндалинах, сильно увеличенных, частью точечные, частью сливные, т° 39,0°, дужки и занавеска густо-багровые, опухшие, тянущие боли в спине, болезненные и припухшие лимфатические железы под углами нижней челюсти, резкая боль при глотании, общая разбитость, слабость и головная боль; сделана инъекция 3 к. с. крови. 21/IX т° 36,7°, боль при глотании едва заметна, налеты исчезли, легкая ломота в ногах; введено еще 4 к. с. крови. 22/IX здоров, т° 36,3°.

5) Больной С., 30 лет, явился 29/IX с angina lacunaris и tbc I обеих верхних долей легких. Т° 39,1°, сильные боли при глотании, частью отдельные, частью сливные налеты на обеих миндалинах, разбитость, слабость, сильная воспалительная реакция; сделана инъекция 3 к. с. крови. 1/X т° нормальна, все болезненные явления в горле исчезли, процесс закончился.

В целях чистоты наблюдения я проводил лечение исключительно только одними инъекциями крови, не применяя других лечебных процедур (полосканий, смазываний, компрессов и др.). Несмотря на то, во всех моих

случаях ликвидация процесса шла очень быстро (в среднем она заканчивалась в 2—3 дня): t^0 быстро падала до нормы, исчезали налеты и боль при глотании, и восстанавливалось нормальное самочувствие. Однако воспалительная реакция со стороны пораженных миндалин и соседних тканей не всегда успевала закончиться ко времени клинического выздоровления больного,—в некоторых случаях воспалительная окраска и инфильтрация выравнивались последовательно через 1—2 дня.

Отмечу в заключение, что у всех пятерых наших больных не было никаких осложнений, в частности вовлечения в процесс евстахиевых труб и среднего уха.

Плоскостопие, как профессиональное заболевание печатников.

Д-ров Н. А. Герасимовой и К. Н. Кочева.

Стопа является опорой при стоячем положении человека и рессорным аппаратом при ходьбе, беге и прыжках. По своему устройству она напоминает свод, состоящий из костных частей, соединенных связками и мышцами. Одной из наиболее распространенных деформаций стопы является плоскостопие, относительно происхождения которого в настоящее время существует несколько теорий. Так, Lorenz полагает, что на наружном своде покоится внутренний свод, при плоскостопии же последний частично соскальзывает с наружного опустившегося свода. Meier рассматривает плоскую стопу, как переместившийся свод. Riedinger предполагает, что свод есть ряд продольных дуг, вершины которых лежат в промежутке между *os naviculare* и *os cuneiforme I*. Engels и Tietze придерживаются также теории сводчатого строения стопы. Kruppenberg и Semeledeger рассматривают костяк стопы, как двуглавый рычаг. Взгляд на анатомическое строение стопы Fik'a существенно разнится от взглядов предыдущих авторов: этот автор отрицает существование внутреннего и внешнего продольного свода; по его взгляду стопа состоит из пяти продольных дуг, которые спереди соединяются в поперечный свод, причем заднюю общую точку опоры этих сводчатых дуг является пяточный выступ. Спереди каждая дуга имеет в головках средних костей стопы свою точку опоры. Самую большую силу опоры имеет вторая дуга, которая является самой высокой и самой длинной; при опускании свода она опускается в первую очередь. По мнению Fik'a большее значение при опускании имеет также тоническая сила мышц подошвы и супинаторов стопы, сила напряжения и сокращения которых равняется около 500 кило. Наконец, ряд авторов полагает, что первой и главной причиной опускания свода является изменение в мышечном аппарате стопы, а именно нарушение равновесия между супинаторами и мышцами, натягивающими свод стопы,—с одной стороны и пронаторами и абдукторами—с другой (Müller, Schultze, Petco).

Одной из причин, вызывающих развитие плоскостопия, является длительное стояние на ногах, когда стопа непрерывно, в течение нескольких часов служит опорой для всей тяжести человека и испытывает большую нагрузку. Те профессии, при которых рабочим много времени приходится проводить на ногах, при этом стоять в неподвижном положении или совершать очень незначительные движения, должны особенно неблагоприятно влиять на стопу, вызывая понижение ее свода.

В виду того, что статическое равновесие тела зависит от величины площади опоры, направления линии тяжести и высоты центра тяжести,—имеет большое значение способ установки стоп во время работы. Чем

больше площадь опоры, тем меньше напряжение мышц стопы и голени для удержания тела в равновесии и тем меньше переутомление указанных мышц. По Hoffa и Annandalю самым устойчивым положением являются расставленные и ротированные кнаружи стопы; по Stendelю стопы должны стоять параллельно и несколько отставленными одна от другой.

С целью выяснить величину нагрузки, испытываемую различными частями стопы во время качательных движений, которые неизбежны при работе, Schmidtом был произведен ряд исследований: он ставил стопы на пружинные весы, устроенные таким образом, что стопы становились одновременно на 2 чашки весов, именно, передний отдел стопы на одну, а задний—на другую чашку, или внутренний край передней части на одну чашку, а наружный край—на другую. При исследовании величины давления на отдельные части стопы при различных способах стоек оказалось, что при параллельном положении стоп, отстоящих одна от другой на ладонь, самая большая часть давления приходится на долю передней части стопы, именно, на головки *os metatarsus I* и *II*. Чем больше стопа ротруется кнаружи, тем больше увеличивается давление, приходящееся на внутренний край стопы. Таким образом, очевидно, имеет большое значение способ установки стоп во время работы, причем параллельно поставленные стопы менее располагают к понижению свода.

Стопа с уплощенным сводом делается менее пригодной для движений, так как уничтожается ее значение, как рессорящего аппарата, предназначенного для смягчения толчков и сотрясений, получаемых при движении, беге, прыжках и т. д. Рабочий, проработав несколько лет, получает вместе с деформированной стопой и тяжелую, неэластичную походку. Ходьба его уже затрудняет, он старается меньше двигаться, что ведет за собой вялость мышечной системы и ослабление общего обмена веществ. С ростом промышленности, с увеличением числа фабрик и заводов, растет и число людей, страдающих плоскостопием. На это указывают статистики Hoffa, Blenke и др. авторов.

С целью выяснить степень отрицательного влияния длительного стоячего положения на стопы был произведен ряд обследований рабочих различных профессий, напр., пекарей (Голяницкий), рабочих текстильной фабрики и др. При этом было обнаружено опускание свода; но, в виду того, что исследование производилось методом отпечатков, не было получено точных данных. Процентное отношение рабочих с опущенным сводом по отношению к общему количеству обследованных рабочих получалось незначительное. Оценка полученных отпечатков производилась субъективно, и за плоскостопие принимались только ясно выраженные формы.

Более точное представление о форме стопы дает метод, предложенный проф. М. О. Фридландом (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1926; Arch. f. Orthop. u. Unfall-Chir., 1926), которым мы и воспользовались при обследовании рабочих типографии „Красный Восток“. Метод состоит в измерении стопомером длины, ширины и высоты стопы.

Так как главным признаком плоской стопы является понижение продольного ее свода, то нами брались измерения лишь длины и высоты стопы. Процентное отношение высоты стопы к длине, по наблюдениям проф. Фридланда, есть величина, колеблющаяся для каждого данного возраста в незначительных пределах.

Нами было обследовано 96 рабочих, причем были взяты только те из рабочих типографии, которые весь свой рабочий день проводят на ногах, а именно, 30 печатников, 50 наборщиков, 16 литографов и гравиров, работающих стоя. По возрасту обследуемые распределялись следующим образом: с 16 до 20 лет—6 чел., с 20 до 40 лет—65 чел., с 40 до 65 лет—25 чел. 60% из обследованных начали работу в данном предприятии с 9 до 15-летнего возраста, 35%—с 15 до 20 лет и 5%—с 20-летнего возраста. Обследование было произведено нами в самой типографии, с 9 до 12 час. дня. Результаты получились следующие:

В о з р а с т	%-ое отношение высоты стопы к длине ее у типографщиков	%-ое отношение в норме по Фридланду	Разница
16—20 лет	26,8	30,3	— 3,5%
20—40 лет	27,1	29,3	— 2,2%
40—65 лет	27,2	31,8	— 4,6%
среднее для всех возрастов	27,0	30,5	— 3,5%

Сравнивая полученные результаты с нормой, данной проф. Фридландом, мы видим, что стопа типографских рабочих во всех возрастах понижена. При этом наиболее сильное опускание свода обнаруживается в молодом возрасте, вначале служебного стажа; затем свод повышается на очень незначительную величину и остается в течение всей жизни почти без перемены. Колебаний в отношении свода к длине, характерных для отдельных возрастов, мы здесь не замечаем, и особенно резко бросается в глаза разница в возрасте 40—65 лет, когда в норме свод несколько повышается, мы же этого не наблюдаем.

Многие из исследованных нами рабочих жаловались на судороги и боли в стопах и голених и на быстро появлявшуюся усталость. Эти тягостные ощущения особенно беспокоят рабочих в течение первых месяцев службы и длятся иногда годами. В зависимости от крепости связочного аппарата опускание свода идет с различной быстротой, и, наконец рабочий „приспосаблиется“ к условиям труда, стопа его делается плоской, но те из рабочих, у которых опускание свода идет очень медленно и болезненно, часто бывают вынуждены бросать службу. Особенно легко приспосабливаются те, которые начинают работу в детстве. В обследованной нами типографии 60% работающих начали работать с 9—15 лет, т. е. в том возрасте, когда рост скелета еще не закончен, и связочный аппарат обладает значительными пластическими свойствами; это, возможно, и облегчило указанным лицам последующее приспособление формы стопы к профессиональной работе, ибо в настоящее время они, обнаруживая высокую степень плоскостопия, не испытывают особенных болей.

В качестве профилактических мер против плоскостопия нами было рекомендовано типографским рабочим следующее: 1) во время работы вкладывать в свою обувь супинаторы; 2) во время работы ставить свои стопы параллельно, по возможности чаще становясь на наружный край стопы; 3) по окончании работы делать ванны и массаж для стоп и голених; 4) в свободное время молодым рабочим рекомендовано заниматься теми из видов физических упражнений, которые укрепляют свод стопы (плавание, легкая атлетика).

К вопросу о получении и сохранении преципитирующих сывороток.

Т. С. Бородатовой.

Важнейший вопрос судебно-медицинской гэматологии, именно, вопрос об отличии крови человека от крови животных, казалось, получил точное свое разрешение еще 25 лет тому назад, когда Uhlenhuth, в 1901 г., разработал методику постановки биологической или преципитивной пробы.

Ровно четверть века прошло с тех пор, но и до сего времени еще не вполне изучен ряд сложных и невыясненных условий в постановке этой пробы, от которой зависит, как говорит Таранухин ¹⁾, нравственное право давать определенное, а не предположительное заключение о природе кровавых пятен.

Целый ряд работ судебно-медицинских авторов посвящен вопросам о способах иммунизации животных, о способах сохранения иммунных сывороток, о постановке пробы Uhlenhuth'a и т. д.

Первым требованием по отношению к преципитирующей сыворотке, по словам покойного проф. К. В. Бенинга ²⁾, является ее сильная активность, т. е. высокий титр. Сыворотки со слабым титром для судебно-медицинской практики непригодны, потому что дают неясную реакцию и часто оказываются неспецифичными, т. е. дают реакцию и с кровью животных.

Сам Uhlenhuth ³⁾ требует, чтобы при судебно-медицинском исследовании кровавых пятен применялась сыворотка с титром не ниже 1:10000.

Для получения высоко-активных сывороток авторами предложено много различных способов иммунизации животных, и уже одно это обстоятельство, как говорит Караганов ⁴⁾, свидетельствует о том, что получение преципитирующих сывороток не так просто, как кажется на первый взгляд. Одно из первых затруднений, с которым приходится сталкиваться при получении специфических сывороток, состоит в том, что иммунизация находится в зависимости от индивидуальных особенностей каждого животного. Так, напр., при иммунизации группы кроликов по совершенно одинаковому методу оказывается, что только часть их дает специфическую сыворотку достаточной силы, другая же часть дает слабые сыворотки; наконец, попадаются и такие кролики, которые совершенно неспособны давать активной сыворотки после первой иммунизации, а дают таковую только после повторных серий иммунизации. Было замечено, что при введении антигена животному после продолжительного

перерыва не только восстанавливается иммунитет, но и сыворотка приобретает более высокий титр.

Такое явление наблюдал и сам Uhlenhuth, но он считал его непостоянным и случайным. Райский ⁵⁾ первый доказал, что, благодаря повторным сериям иммунизации, у животных в короткое время достигается не только высокий титр преципитирующей сыворотки, но и весьма длительный иммунитет.

Караганов в своей диссертационной работе более широко разработал методику повторной иммунизации. Первую серию иммунизации этот автор проводил по классическому способу Uhlenhuth'a, т. е. вводил антиген 5—6 раз через 5—6 дней, причем каждый раз брал по 1 куб. сант. на кило веса кролика. Через 3 месяца после первой иммунизации Караганов производил вторую иммунизацию по тому же способу, затем вновь давал кролику отдых на 3—4 месяца и вновь иммунизировал его. В результате этих опытов оказалось, что такая подготовка кроликов оказывается наиболее выгодной.

Заведующим Судебно-медицинским кабинетом Казанского Университета, пр.-доц. А. Д. Гусевым было предложено мне воспользоваться выводами Караганова для получения преципитирующей сыворотки для нужд кабинета.

Считаю нужным указать, что получение преципитирующих сывороток в нашем кабинете было организовано только в последние годы, когда было оборудовано примитивное помещение для опытных животных, и приобретены некоторые приборы. Это не могло не отразиться на ходе работы, так как, благодаря материальным затруднениям кабинета, до сих пор еще в нем не имеется достаточного оборудования. Вследствие этого мне пока удалось проработать сравнительно небольшой материал, и полученные результаты я сообщаю, как предварительные. В настоящее время условия работы у нас мало-по-малу улучшаются, и результаты дальнейшей моей работы будут сообщены впоследствии.

Пока я привожу свои наблюдения над девятью иммунизированными кроликами. В качестве антигена я применяла свежую сыворотку плацентарной крови, тщательно центрифугированную после отстаивания на холоду в стерильной посуде. После центрифугирования я вначале фильтровала сыворотку через Berkefeld'овский фильтр, но в дальнейшем это пришлось оставить вследствие порчи аппарата и ограничиться только одним центрифугированием.

Центрифугирование сыворотки продолжалось до тех пор, пока она не становилась соломенно-желтого цвета, совершенно прозрачной, затем такая сыворотка вводилась с помощью шприца в ушную вену животным. Введение сыворотки последние переносили хорошо, и пока я потеряла только одного кролика, и то при явлениях анафилаксии.

Иммунизация производилась мною по классическому методу, т. е. сыворотка вводилась 5—6 раз через промежутки в 5—6 дней. В первых двух опытах мною применялось введение сывороток внутривенно, но затем я перешла исключительно к внутривенному введению, как более удобному и требующему меньших количеств антигена. После первой иммунизации в большинстве случаев получалась сыворотка, имевшая титр не выше 1 : 7000—1 : 8000, а у одного кролика (опыт № 8) сыворотка осталась неактивной.

Так как для ответственных судебно-медицинских исследований требуются сыворотки высокого титра, то в дальнейшем я применила, основываясь на выводах Караганова, повторные серии иммунизации с промежутками от 1 до 3 месяцев, вводя антиген совершенно так же, как и при первичной иммунизации. В виду того, что мне не всегда удавалось вовремя получить плацентарную кровь, промежутки между вспрывиваниями антигена иногда приходилось удлинять до 8—9 дней, причем явления анафилаксии получались редко.

С другой стороны, в последних своих опытах я укорачивала промежутки между двумя введениями антигена и вводила его не 5—6 раз, а 3 раза, причем получала совершенно одинаковые результаты.

Из находившихся под опытом кроликов первые три были иммунизированы однократно, три (опыты №№ 4, 6 и 9) подверглись вторичной иммунизации, два (опыты №№ 5 и 8) иммунизировались по три раза, и один (опыт № 7) вынужденно был обескровлен после первой иммунизации в виду наступившего резкого истощения. Одновременно с испытанием повторной иммунизации я делала и попытки консервирования иммунных сывороток, причем способы консервирования будут мною указаны при описании соответствующих опытов.

Результаты иммунизации получились следующие:

Опыт № 1. Белый кролик-самец. Иммунизирован сывороткой плацентарной крови, полученной из Городского Родильного приюта. Антиген введен внутривенно 15/III 1924 в количестве 6 куб. сант., 19/III—в количестве 8 куб. сант., 24/III—10 куб. сант., 29/III—12 куб. сант., 6/IV—8 куб. сант. В последний раз введено только 8 куб. сант. антигена в виду недостатка сыворотки. 12/IV произведено испытание титра полученной сыворотки. Оказалось, что в разведении человеческой крови 1:1000 тотчас же получается белое кольцо, а в разведении 1:8000—через 5 мин. Сыворотка специфична. Кролик обескровлен, получено 30 куб. сант. крови, из которой добыто 16 куб. сант. сыворотки. Последняя консервирована добавлением равной части смеси 1 ч. 95% спирта и 3 ч. 0,85% раствора Na chlorati. Такая консервированная сыворотка хранилась за окном в течение 3 мес., пока не была вся израсходована. За все это время титр сыворотки оставался постоянным.

Опыт № 2. Белый кролик-самец весом 1530,0. Иммунизация такой же сывороткой, что и в опыте № 1. Антиген введен внутривенно 26/IV 1924 г. в количестве 5 куб. сант., 1/VI—7 куб. сант., 9/VI—9 куб. сант., 16/VI—10 куб. сант., 25/VI—7 куб. сант., 2/VII—9 куб. сант. Через 3 мин. после последнего введения антигена—резкое учащение дыхания. Синюха и смерть после клонических судорог.

Опыт № 3. Черный кролик-самец. Тот же антиген, что и в первых двух опытах, был введен внутривенно 25/X 1924 в количестве 1 куб. сант., 29/X—1½ куб. сант., 4/XI—2 куб. сант., 8/XI—2½ куб. сант., 13/XI—3 куб. сант., 20/XI—определение титра сыворотки. Реакция с раствором крови 1:1000—тотчас же, с раствором 1:7000—через 2 мин. После обескровливания кролика получено 10 куб. сант. сыворотки. Активная сыворотка консервирована тем же способом, что и в опыте № 1, и сохранялась в течение 5 мес. за окном, причем несколько раз замерзала. Титр ее все время оставался прежним.

Опыт № 4. Черный кролик, самка. Тот же антиген, что и в первых опытах, введен внутривенно 18/XI 1924 в количестве 1 куб. сант., 23/XI—1½ куб. сант., 29/XI—2 куб. сант., 5/XII—2½ куб. сант., 10/XII—3 куб. сант., 15/XII—испытание сыворотки. Титр—1:1000 через 1 мин. и 1:3000—через 4 мин. Через 2 мес.—вторая серия введения того же антигена; последний введен внутривенно 8/II 1925 в качестве 1 куб. сант., 15/II—1½ куб. сант., 23/II—2 куб. сант., 2/III—2 куб. сант., 9/III—2½ куб. сант., 18/III—испытание титра активной сыворотки; оказалось, что титр этот значительно повысился, именно, тотчас же получалась реакция с раствором крови 1:1000, а через 1 минуту—даже с раствором крови 1:15000 реакция была тоже положительной. Кролик обескровлен вскрытием сонной артерии, сыворотки получено 12 куб. сант. Консервирование сыворотки по

тому же способу, что и раньше. До 20/VI титр прежний, потом флакон с сывороткой случайно разбит.

Опыт № 5. Кролик-самец, черный. Тот же антиген, что и раньше (сыворотка пропусклась через фильтр Berkefeld'a), введен внутривенно 15/XII 1924 в количестве 1 куб. сант., 22/XII—1½ куб. сант., 28/XII—5 куб. сант. внутривенно, 3/I 1925 внутривенно в колич. 2¼ куб. сант. и 10/I—также 2½ куб. сант. 16/I—испытание титра: с раствором крови человека 1:1000 реакция тотчас же, с раствором 1:18000—через 2 мин. 17/I—испытание специфичности сыворотки: ни с кровью коровы, ни с кровью лошади реакции нет. Через 6 мес. начата повторная иммунизация. Предварительное испытание показало, что сыворотка кролика совершенно неактивна. Тот же антиген был введен внутривенно 1/VII 1925 в количестве 1,3 куб. сант., 14/VII—1,5 куб. сант. (несмотря на большой промежуток между 1-м и 2-м впрыскиваниями анафилактики не наблюдалось), 20/VII—2 куб. сант., 25/VII—2 куб. сант., 30/VII—3 куб. сант. 5/VIII произведено испытание титра сыворотки: резкая реакция с раствором человеческой крови 1:1000 тотчас же после добывания активной сыворотки, с раствором крови 1:25000—через 2 мин. Кролик не был обескровлен, а сыворотка получалась по мере надобности кровопусканием из ушной вены. Через 4 мес. третья серия иммунизации тем же антигеном, который введен внутривенно 4/XII 1925 в количестве 1½ куб. сант., 7/XII—2 куб. сант., 11/XII—2½ куб. сант., 14/XII—1½ куб. сант. 20/XII испытание титра: тот же титр, что и после второй серии иммунизации. Кролик обескровлен вскрытием арт. carotis. Активная сыворотка консервирована тем же способом, что и раньше, хранилась за окном в течение 6 мес., оставаясь прозрачной. Каждый месяц производилось испытание титра. На шестом месяце титр сыворотки упал до 1:20000.

Опыт № 6. Кролик-самец, черный. Тот же антиген. Фильтрация антигена через фильтр Berkefeld'a. За 20 мин. перед каждым введением антигена кролику впрыскивалось 0,1 куб. сант. 1% sol. pilocarpini hydrochlorici (что, по наблюдениям Salomonsen'a и Madsen'a⁶⁾, будто-бы влияет на иммунизацию в смысле получения более активной сыворотки). После введения пилокарпина наблюдалось сильное слюнотечение. Антиген введен внутривенно 30/XII 1924 в количестве 1½ куб. сант., 4/I 1925—1½ куб. сант., 13/I—1½ куб. сант., 20/I—1½ куб. сант. и 26/I—6 куб. сант. внутривенно. 3/II испытание титра сыворотки: пилокарпин никакого влияния не оказал, и титр был—1:1000 тотчас же белое кольцо и 1:7000 через 4 мин. 29/II новая проверка титра: сыворотка оказалась совершенно неактивной. Через 8 мес. вторая иммунизация того же кролика, без применения пилокарпина. Антиген введен внутривенно 1/X 1925 г. в количестве 1 куб. сант., 3/X—1,5 куб. сант., 7/X—2 куб. сант., 10/X—2 куб. сант. 15/X испытание сыворотки: титр активной сыворотки—1:1000 тотчас же, 1:2000—через 5 минут. Кролик обескровлен, получено около 17 куб. сант. активной сыворотки. Сделана проба консервирования последней по Begey⁷⁾ (в флакон с сывороткой положена медная пластинка). Уже через 10 дней (25/X) сыворотка помутнела, дала сильный осадок и сделалась негодной для постановки преципитивной пробы.

Опыт № 7. Кролик-самец, белый. Антиген тот же, что и в первых опытах, введен внутривенно 23/VIII 1925 в количестве 0,8 куб. сант., 29/VIII—1,25 куб. сант., 3/IX—1,5 куб. сант., 10/IX—2 куб. сант., 17/IX—2 куб. сант., 25/IX—2 куб. сант. Тотчас же почти после последнего введения антигена—сильные клонические судороги, резко учащенное дыхание в промежутках между судорогами, остановка дыхания во время судорог. Кролик остался жив, но, ввиду наступившего резкого истощения, был обескровлен 2/X. Сыворотки было получено 10 куб. сант. Определение титра дало следующие результаты: с раствором человеческой крови 1:1000 тотчас же получилось белое кольцо, с раствором же 1:10000—через 4 мин. Большая часть полученной иммунной сыворотки израсходована в свежем виде, и только 4 куб. сант. ее консервировано с помощью той же смеси спирта с физиологическим раствором. Консервированная сыворотка хранилась за окном около 5 мес.

Опыт № 8. Кролик-самка, черная. Тот же антиген, что и раньше, введен внутривенно 26/IX 1925 в количестве 1 куб. сант., 29/IX—1,2 куб. сант., 3/X—2 куб. сант., 6/X—2,5 куб. сант., 10/X—2 куб. сант. 15/X—испытание сыворотки. Последняя оказалась неактивной. Через 1½ месяца—новая иммунизация тем же антигеном, который введен внутривенно 4/XII 1925 в количестве 1 куб. сант., 7/XII—1,2 куб. сант., 12/XII—2 куб. сант. 17/XII определение титра сыворотки.

Реакция с разведением человеческой крови 1:1000—тотчас же и с разведением 1:15000—через 8 мин. (резкое белое кольцо). Кролик не обескровливался, а по мере надобности у него бралась кровь из ушной вены, в количестве не более 5 куб. сант. зараз. Через 1½ мес. сыворотка потеряла активность. Через 6 мес. после второй иммунизации—третья серия внутривенного введения того же антигена в количестве: 20/VI 1926—1 куб. сант., 25/VI—1,5 куб. сант., 30/VI—2 куб. сант., 5/VI—2,5 куб. сант. 10/VI определение титра сыворотки дало следующие результаты: с разведением крови 1:1000 тотчас же белое кольцо, с разведением 1:15000—через 3—4 мин. Произведено обескровливание кролика вскрытием арт. carotis. Во время обескровливания наступила остановка деятельности сердца, и крови удалось собрать около 20 куб. сант. Полученная из крови сыворотка консервирована тем же способом, что и раньше, и до сих пор сохраняет свой титр.

Опыт № 9. Кролик-самец, черный. Тот же антиген, что и раньше, введен внутривенно 2/XI 1925 в количестве 1,5 куб. сант., 5/XI—2 куб. сант., 9/XI—2 куб. сант. 15/XI испытание сыворотки. Реакция с раствором крови 1:1000—тотчас же, с раствором же 1:5000—через 5 мин. Через 2 мес. вторая серия введения того же антигена, который введен внутривенно 14/I 1926 в количестве 1 куб. сант., 18/I—1,5 куб. сант., 23/I—2 куб. сант., 28/I 2,5 куб. сант. Испытание сыворотки, произведенное 1/II, показало титр 1:1000 (реакция тотчас же) и 1:25000 (через 4—5 мин.).

Таким образом из 9 иммунизированных кроликов только два (№№ 5 и 7) дали преципитирующую сыворотку достаточной силы уже после первой иммунизации, все же остальные дали только слабые сыворотки, непригодные для судебно-медицинских целей. Один из кроликов, именно в опыте № 8, дал после первой иммунизации совершенно неактивную сыворотку. Вторичная иммунизация за исключением одного случая (опыт № 6) давала очень хорошие результаты, именно, активность сыворотки значительно увеличивалась, и титр ее становился вполне достаточным для судебно-медицинских целей. В 2 случаях (опыты №№ 5 и 8) кролики подвергались троекратной иммунизации, причем в опыте № 5 после третьей иммунизации получился тот же титр сыворотки, что и после второй серии введения антигена, а в опыте № 8 третья иммунизация дала более активную сыворотку (максимальный титр сыворотки после второй иммунизации был 1:15000 через 8 мин., а после третьей иммунизации—1:15000 через 3—4 мин.).

Явления анафилаксии наблюдались нами 2 раза, именно, в опыте № 2 и в опыте № 7, где вместо обычных 5 введений антигена было сделано по 6 впрыскиваний его. При обычно принятой иммунизации пятикратным введением антигена явлений анафилаксии совершенно не наблюдалось. Что касается метода иммунизации, то наилучшим оказался способ внутривенного введения антигена, как требующий наименьшего количества человеческой сыворотки. Это обстоятельство крайне существенно, так как при наших местных условиях получить свежую человеческую сыворотку нелегко. Самая техника внутривенного введения довольно проста и при надлежащей подготовке необходимых инструментов и антигена совершенно безопасна для опытных животных.

Поставленными опытами вполне наметился дальнейший путь работы нашей лаборатории, и впредь иммунизация животных будет производиться исключительно внутривенным способом и повторными сериями введения антигена.

Что касается предложения Salomonsen'a и Madsen'a—для повышения силы преципитирующих сывороток делать впрыскивания пилокарпина прежде, чем вводить антиген, то единственный опыт, поставленный мною (№ 6), показал, что при этом никаких преимуществ не получается.

Вторая серия иммунизации, как показал Р айский^{*)}, может быть сильно сокращена,—по его наблюдениям достаточно даже однократного введения антигена для получения очень хороших результатов. Это обстоятельство чрезвычайно важно в смысле экономии антигена, и дальнейшие наши опыты будут поставлены именно в этом направлении.

Что касается вопроса о сохранении иммунных сывороток, то здесь, как известно, имеются три пути: 1) запаивание стерильно полученных сывороток в ампуллы, 2) высушивание их на бумаге или стекле и 3) консервирование добавлением дезинфицирующих веществ. Первый способ является в настоящее время наиболее распространенным, но по чисто техническим соображениям он не мог быть применен в нашей лаборатории. Второй способ имеет ряд существенных недостатков и почти совершенно неприменим. Наконец, третий способ сравнительно мало проверен, но он наиболее подходит к условиям нашей лаборатории, почему нам и пришлось остановиться на нем.

Так как прибавление таких консервирующих веществ, как формалин, карболовая кислота и т. д., резко влияет на сыворотки, то нами были избраны два способа, именно, проверены предложение Вегера^{*)} и способ проф. Григорьева. Способ Вегера был применен в опыте № 6 и дал совершенно нежелательные результаты. Способ проф. Григорьева^{*)} применялся в опытах №№ 1, 3, 4, 5, 7 и 8 и оказался вполне пригодным для сохранения преципитирующих сывороток,—последние сохранялись в течение долгого времени, причем титр их падал немного, во всяком случае не больше, чем при общепринятом способе запаивания их в ампуллы. Замерзание такой сыворотки, даже и повторное, не оказывало заметного влияния, что вполне согласуется с наблюдениями Караганова над замерзанием сывороток, запаянных в стеклянные трубочки.

Способ проф. Григорьева был изменен в нашей лаборатории только в той части его, которая касается постановки самой пробы Uhlenhuth'a. Именно, проф. Григорьев при постановке пробы активную сыворотку, консервированную по его способу, предварительно непаряет при комнатной температуре, сухой остаток растворяет в физиологическом растворе и уже этот раствор применяет для реакции Uhlenhuth'a. В этом виде способ проф. Григорьева слишком сложен, почему нами была сделана попытка непосредственного применения консервированной по Григорьеву сыворотки, причем и растворение исследуемых пятен производилось не физиологическим раствором NaCl, а тем же раствором Григорьева, которым консервировалась и сыворотка. Результаты оказались вполне благоприятными,—реакция Uhlenhuth'a всегда получалась только с раствором крови человека и ни разу не была получена с раствором крови животных или с раствором поваренной соли.

Таким образом и в этом виде проба вполне сохраняет свою специфичность, делалась в то же время гораздо более простой, чем предложил проф. Григорьев.

Вот, в кратких словах, те выводы, которые можно сделать из небольшого числа поставленных нами опытов. Все эти наблюдения, безусловно,—только предварительные: работа нашей лаборатории по этому вопросу еще только налаживается, и дальнейшие результаты будут сообщены впоследствии.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Таранухин. Вестн. Общ. Гиг., 1914, февраль.—2) Бенниг. Ibid.—3) Uhlenhuth. Praktische Anleitung zur Ausführung des biologischen Eiweißdifferenzierungsverfahrens u. s. w. Jena, 1909.—4) Караганов. Дисс. Изв. Томского Ун-та, 1913.—5) Цит. по Караганову.—6) Цит. по Dieudonné: Иммуитет, предохранит. прививки и сывороточное лечение, СПб., 1913.—7) Beger. Zentr. f. Bakt., Bd. 89, 1922.—8) Райский. Учен. Зап. Саратовского Ун-та, т. V, вып. I, 1926.—9) Григорьев. Реф. в Вестн. Общ. Гигиены, март, 1912.
-

О дефектах и достижениях при паховом грыжесечении *).

Ассистента Фак. Хир. клиники Каз. У-та, д-ра мед. С. А. Флерова.

Настоящая лекция посвящается интересам начинающих хирургов. достаточно знакомых с основами классического пахового грыжесечения. Поэтому и ограничусь в ней только тем, что, во-первых, обращу внимание на некоторые слабые места, присущие хирургии пахового грыжесечения вообще и хирургии начинающего хирурга в этой области в частности, во-вторых, выделю из достижений в этой области то, что может оказаться полезным начинающему хирургу.

I.

Главнейшим дефектом пахового грыжесечения является рецидивирование грыж. наступающее, по Cole'ю, в среднем чрез 7 мес., редко—спустя 2 года после операции. О количестве рецидивов мы, на основании собственных наблюдений, можем мало сказать, так как подобные больные обычно избегают врача, а соответствующего аппарата для прослеживания отдаленных послеоперационных результатов у нас под руками не имеется. В крупных же американских и западно-европейских центрах, где в последние годы организованы особые институты для прослеживания результатов операций у выписанных из больничных заведений больных, процент рецидивов после пахового грыжесечения оказался неожиданно выше, чем принято было думать, а именно, около 9% при грыжах косых (минимум 3.15%) и около 17% (максимум 29.7%)—при грыжах прямых. На самом деле, однако, процент возвратов еще выше, так как в эти статистики не входят, большую частью, рецидивы после ущемленных и необычных паховых грыж. Особенно высок должен быть процент рецидивов у врачей неопытных. Это дало повод Andrews'у заявить, что прежние статистики (напр., Bassini—2.8%) ничего не стоят, ибо раньше не было надлежащих методов прослеживания. Вот почему заграничная хирургическая литература забила некоторую тревогу и не перестает говорить на эту, казалось-бы, избитую тему, и вот почему тема эта явилась программной на Всероссийском Хирургическом Съезде в текущем году.

Что же является причиной рецидивов паховых грыж после операции?

Во-первых, причиной служит здесь инфекция операционной раны, в результате чего швы прорезываются и не держат. Нагноение при паховом грыжесечении отмечается в 4.8% (Erdman) и, по Morrow, дает возврат в 25—50% случаев. Инфекция действует неблагоприятно на швы,—говорит Morrow,—не только тогда, когда она повела к образованию гнойного экссудата, но и при легких степенях без нагноения. Следовательно prima intentio кожи не всегда сопровождается prima intentio слоев, лежащих глубже.

Инфицирование операционной раны при паховых грыжесечениях обязано своим возникновением прежде всего тому обстоятельству, что паховая область, как богатая потовыми и сальными железами, богата, следовательно, и бактериальной флорой. Рядом с ней находится трудно поддающаяся очистке морщинистая кожа мошонки. В отношении богатства и вирулентности инфекции играет, несомненно, роль и индивидуальность кожи как самого больного, так и кожи рук оперирующего его врача.

Впрочем, оказывается, в борьбе с инфекцией усердие хирурга по очистке кожи должно иметь и свои границы. По заявлению W. Mayo, в нагноениях после

*) Пробная лекция на звание приват-доцента, прочитанная в засед. Мед. Ф-та Казанск. У-та 8/X 1926 г.

паховых грыжесечений, как правило, в большинстве случаев виновата бывает чрезмерность подготовки кожи операционного поля, когда в результате чрезмерной очистки кожа покрывается красными точками. Таким образом кожу травмируют, а микробы... они остаются тут же, — в выводных протоках кожных желез. Драматичнее всего, следовательно, что чрезмерно готовит кожу, несомненно, тот, кто в смысле нагноения и без того несчастлив, так как он удваивает дезинфекцию: чрезмерно готовят, далее, тех больных, которым желают, так сказать, удружить, напр., когда оперируют врача, хорошего знакомого и т. далее.

Виновата бывает подчас в инфицировании раны и торопливость хирурга, когда он рассекает ткани не отчетливо, а второпях разрывает их и мнет. Операция паховой грыжи, по какому-бы способу она не делалась, — говорит Lucas Championnière, — doit être minutieuse, т. е. должна быть проделана кропотливо, тщательно, следовательно — относительно долго. Это было сказано еще в то время, когда в хирургии господствовал, можно сказать, принцип быстроты, стремительности и натиска. Тщательный гемостаз, нежное и аккуратное обращение с тканями, острый нож, негрубое наложение зажимов и крючков, — вот лейт-мотив современной хирургии и, вместе с тем, лейт-мотив наглядного преподавания моего глубокоуважаемого учителя, проф. А. В. Вишневского. В этих принципах необходимо воспитываться, но необходимо, конечно, иметь и соответствующие приобретенные качества.

Помимо инфекции, рецидив грыжи произойдет, если в наличии было два грыжевых мешка, из коих один просмотрен. Такой двойной мешок, по Morgow, при исследовании прямых грыж найден в 25%. Он сидит на vasa epigastrica в виде переметной сумки, причем свисающая снаружи от эпигастриальных сосудов часть мешка дает грыжу косую, а внутри от них — грыжу прямую.

Одним из неприятнейших видов рецидива, наступающего вскоре же за операцией, является соскальзывание лигатуры с культи грыжевого мешка. Брюшные внутренности в таком случае опускаются уже не в грыжевой мешок, которого уже нет, а в клетчатку пахового канала, где и покрываются сращениями. Такое соскальзывание лигатуры, судя по объяснению Erdman'a, чаще случается, когда двустороннюю грыжу оперируют в один сеанс. При потягивании за мешок, на другой стороне тяга чрез брюшину передается на другую сторону, где операция уже закончена. В результате культи грыжевого мешка высвобождается из охватывающей ее лигатуры.

Справедливо обвиняют также отставание от пупартовой связки подшитых мышц. Несмотря на наблюдения Крымова, Заржецкого и Eliot'a, многие из современных авторов, как Seelig and Chuke, Andrews, Andarde et Jeane, Хесин и др., считают подшивание мышц к пупартовой связке делом ненадежным. По их наблюдениям сращения между мышцами и пупартовой связкой или не происходит вовсе, или, если и происходит, то только слабо и лишь временно.

Если разбираться в причинах такого отхождения мышц, то таковыми, кроме инфекции, будут следующие обстоятельства: а) мышцы с соединительнотканными образованиями вообще срастаются плохо (Seelig, Хесин); б) наличие слишком большого промежутка между пупартовой связкой и краем мышц. Подтянуть и в таком случае мышцы, конечно, можно, но при условии сильного их натяжения. По Stetten'u и Morgow, чем туже стягивать мышцы, тем легче они отойдут, так как в них наступит атрофия, а швы прорежутся. Приводить мышцы без натяжения — это основное правило пластических операций, в последнее время с особой настойчивостью проводимое в применении и к паховому грыжесечению (Stetten, Morgow). в) Мешает сращению также случайное попадание между мышцами и пупартовой связкой жира. Жир при паховом грыжесечении, — говорит Lucas Championnière, — играет громадную роль в происхождении рецидива и есть главный враг хирурга до, во время и после операции. Sorel занимается вопросом о заживлении ран и установил, что даже простое смазывание жиром краев ран мешает им заживать первым натяжением. г) Отхождению мышц благоприятствует еще попадание между ними и пупартовой связкой волокон m. cremasteris. Между тем названная мышца, гипертрофируясь при грыжах, может симулировать собою край внутренней косой мышцы. В одном из американских госпиталей у оперированных врачами-стажерами грыжевых больных начали появляться в большом количестве рецидивы. Расследование установило, что стажеры подшивали к пупартовой связке вместо m. obliquus internus и transversus — m. cremaster. Практический совет отсюда может быть один: оттеснять m. cremaster при подшивании мышц

туда, куда укладывается семенной канатик, т. е. кпереди от подшиваемых мышц при способе Bassini и кзади от них—при других, обычных у нас, т. наз. анатомических способах. д) Мышцы отойдут от пупартовой связки, если их захватить в шов слишком мало. Но, если их захватить слишком много, то это также, по нашим соображениям, было-бы несовсем рационально. В этом последнем случае мышечный пласт, увеличиваясь в передне-заднем диаметре, неизбежно должен укоротиться в диаметре поперечном, и тогда его без натяжения будет трудно подвести к пупартовой связке. Как-бы много мы не захватывали мышц, площадь соприкосновения все равно не будет больше той, какая имеется между выколом и выколом на пупартовой связке.

К грыжевым рецидивам предрасполагает врожденная или приобретенная вялость не только мышц, но и вообще всех слоев данного места брюшной стенки. В последнем мы можем убедиться следующим образом: если мы поставим больного со сдвинутыми пятками и запрокинутой назад верхней частью туловища, или лежащего больного заставим приподняться, то увидим в паховых областях косое выпячивание, хотя грыжи еще нет; если мы при этом введем чрез наружное паховое кольцо палец, то последний часто не ощущает со стороны расслабленной поперечной фасции никакого сопротивления. Но главным образом в состоянии поперечной фасции можно убедиться, если во время операции ввести палец в брюшную полость чрез культю грыжевого мешка: вялой поперечной фасции обычно сопутствует широкое внутреннее паховое кольцо, а, следовательно, и широкая шейка грыжевого мешка. Что касается апоневроза наружной косой мышцы, то он при паховых грыжах бывает не только растянут, но иногда и истончен.

Только что упомянутая вялость слоев брюшной стенки паховой области пожилому возрасту свойственна в особенности, и вот почему, напр., в Нью-Йоркской клинике Egdman'a выработалось даже традиционное правило избегать паховых грыжесечений после 55-летнего возраста,—если, разумеется, нет особенных показаний к операции.

Грыжи чрезмерно большие не только неблагоприятны в смысле рецидива, но и могут ставить хирурга в затруднительное положение невозможностью вправить внутренности, которые, как говорят, потеряли уже в брюшной полости право жительства. Поэтому методическое увеличение вместимости полости живота должно быть предпринято еще задолго до операции.

Грыжи ущемленные, оперируемые при экстренной обстановке, всегда давали и будут давать процент возвратов большой.

Плохо обстоит дело, в смысле возвратов, судя по статистике (17%), с прямыми грыжами, но едва-ли лучше предсказание и при тех наружных грыжах, которые уже потеряли свое косое направление и, несмотря на неизменность пространственных отношений к *vasa epigastrica*, тоже, в сущности, стали прямыми.

Может иметь некоторое значение для возврата, далее, если мы не резецируем находящегося в грыжевом мешке салъника. Конечно, тяжесть его невелика, но за то постоянна, а *gutta cavat lapidem non vi, sed saepe cadendo*,—говорит пословица.

К рецидивам будет вести все, что повышает внутрибрюшное давление, т. е. хронические запоры, упорные бронхиты и преждевременное возвращение после операции к тяжелому физическому труду.

Наконец, все, что понижает жизненную энергию организма, понижает и жизненную энергию сфинктеров паховой области. Несмотря на то, что у большинства животных, у 35% трехмесячных детей, у 23% людей среднего возраста и 12% людей возраста пожилого *processus vaginalis peritonei* не заросен (Andrews), тем не менее грыжа образуется редко, так как от этого предохраняют два сфинктера. Один сфинктер—полукольцевой, в нем участвует внутренняя косая мышца, при сокращении своем прижимающаяся к пупартовой связке, а другой сфинктер—кольцевой, это *m. cremaster*, который препятствует растяжению канала, окружая элементы семенного канатика и *processus vaginalis peritonei*, и который по отношению к брюшной воронке, семенному канатику и яичку имеет то же значение, какое *m. levator ani*—к прямой кишке.

Кроме памятования о возможности рецидивов начинающему хирургу необходимо помнить о возможности встретиться с необычными грыжами вроде грыж, происходящих от соскальзывания, где легко поранить кишку, или грыжи мочевого пузыря, где настолько страшно поранить пузырь, сколько поранить и, не заметив этого, не зашить; тогда больной погибнет от мочевого флегмоны.

Если перед операцией не обратить внимания на вены семенного канатика, то можно при операции грыжевого мешка и не найти, а вместо него встретить сюрприз из конгломерата расширенных вен.

При неаккуратном выделении грыжевого мешка есть, затем, риск поранить а. spermaticam internam и, следовательно, вызвать омертвление яичка.

Наконец, следует упомянуть, что бывали в хирургической практике случаи, когда по ошибке производили разрез не на той стороне, где находилась грыжа, а на противоположной.

Низкая, почти ничтожная смертность (по E g d m a n'у 0,32%), короткое пребывание в больнице и редкость послеоперационных осложнений—заставляли смотреть на паховое грыжесечение, как на простейшую из больших операций и, относительно, неважную, тем более, что и возвраты считались до последнего времени редкими. «Если мы теперь видим улучшение в результатах,—говорит M o g g o w,—то не благодаря „новым методам“, а благодаря тому, что избегаются возможные ошибки». А какие тут могут быть ошибки, видно из вышеизложенного.

II.

Если процент рецидивов после пахового грыжесечения, по современным статистическим данным, достаточно высок (9% при косых и 17%—при прямых грыжах), то уже это одно говорит за то, что наши достижения в технике данной операции еще оставляют желать многого. Оттого в последнее время появились некоторые новые взгляды, уклады и приемы, которые хотя нельзя еще расценивать по результатам, но не лишены интереса.

Прежде всего, в чем полагает современная медицинская мысль радикальность лечения паховой грыжи? Если принять во внимание филологию слова «радикальный», то «корешков» этого заболевания мы найдем немало, а потому, напр., устранить геморрой, оказать помощь при энтероптозе или бронхите, наконец урегулировать условия труда,—это уже, значит, вырвать у грыжи один или несколько из ее корней, и не только в смысле лечебном, но и в смысле профилактическом.

Что же касается радикальности операции пахового грыжесечения, то она в настоящее время понимается, как целесообразное использование всех годных образований, представляющих собою как содержимое, так и стенки пахового канала. Сюда относятся: обработка грыжевого мешка, подшивание мышц, использование поперечной фасции и апоневроза наружной косой мышцы.

1. При выделении грыжевого мешка ошибка начинающего почти всегда состоит в том, что он начинает выделять мешок еще покрытый tunica vaginalis communis. Если же последнюю вскрыть, то выделение мешка затруднений не представляет. Но так бывает не всегда. Если стенки мешка тонки, как папиросная бумага, и интимно связаны с разбросанными по его периферии элементами семенного канатика, то лучше сначала выделить грыжевой мешок у шейки, так как здесь это удастся легче, а затем перерезать его. Периферическую часть мешка, при введении в нее пальцев, тогда выделить будет легче, ибо границы мешка будут доступны осязанию. Но, если-бы выделение периферической части мешка оказалось травматичным, то ее можно оставить на месте. Отмечается в литературе водянка периферической части мешка—явление, во всяком случае, исключительное. По L i e s c h i e d'у стремление удалить периферическую часть мешка, во что-бы то ни стало, ведет к стенозу и облитерации элементов семенного канатика (vas deferens и др.) и косвенно вредит высоко дифференцированным клеткам яичка, до атрофии последнего включительно. В очень редких случаях, может быть, и совсем не удастся, даже и в шейке, выделить грыжевой мешок. Тогда не остается ничего другого, как наложить на шейку кисетный шов изнутри по S z e r p'у. Хотя, таким образом, брюшинная воронка и остается, но ее значение, повидимому, несколько переоценивается. Имеет значение больше не воронка брюшины, а воронка в fascia transversa, и, если заботиться об уничтожении ее, то главным образом в этой последней. Поэтому нам представляется в высокой степени целесообразным прием B a r k e r'a—подшивание культи грыжевого мешка за концы лигатуры вверх, к задней поверхности мышц. Получается некоторая аналогия с приемом K o c h e r'a. Но полезный эффект кроется, повидимому, не столько в уничтожении брюшинной воронки, сколько в том, что одновременно натягивается ваялая задняя стенка пахового канала, состоящая, если не считать брюшины, из fascia transversa. Что в подтягивании кверху поперечной фасции есть необходимость, говорит хотя-бы то, что об этом позаботилась сама природа, снабдившая поперечную фасцию особой мышцей, описанной Z u c k e r k a n d'l'ем, как tensor fasciae transversalis.

2. Теперь относительно подшивания мышц к пупаротовой связке. Мы уже говорили, что прочного сращения между этими образованиями многие авторы не

признают. Использование мышц, по словам Andrews'a, есть заблуждение. Поэтому многие американские хирурги совершенно оставили подшивание мышц, как процедуру бесполезную. По свидетельству Andrews'a, это теперь принято и во многих европейских клиниках. Такой, можно сказать, трагический переворот во взглядах произошел уже после того, как несколько поколений хирургов воспитались в мысли возлагать на подшивание мышц к пупартовой связке главную надежду. Заинтересовавшись такого рода обстоятельством, я, с своей стороны, произвел попытку, так сказать, спасти положение и реабилитировать пошатнувшийся престиж мышечного подшивания. Я рассуждал так: при подшивании мышц к пупартовой связке площадь взаимного соприкосновения недостаточна, так как соединяется всего лишь ребро мышц с ребром пупартовой связки. Необходимо, следовательно, эту площадь соприкосновения увеличить. Но для этого необходимо использовать не только край мышц, а и их переднюю поверхность, не только пупартову связку, но и всю площадь нижнего лоскута апоневроза. Опубликованный нами дополнительный прием состоит в следующем: после обычного (клереди от канатика) подшивания мышц мы подшиваем нижний лоскут апоневроза (по возможности широкий) к передней поверхности подшитых уже мышц. Мышцы подшиваются, таким образом, в двух местах, а площадь соприкосновения и, следовательно, прочность скрепы с апоневротическими структурами—увеличивается в 3—4 раза. Оставшийся верхний лоскут запрокидывается на нижний и подшивается к нему, давая удвоение апоневроза по типу Wölfler'a. Для того, чтобы входящийся на апоневрозе тонкий слой ареолярной ткани сращению не препятствовал, мы, по совету Pettit'a, его удаляем.

3. До сих пор, увлекаясь подшиванием мышц, хирурги как-то мало уделяли внимания апоневротическим и фасциальным образованиям. А между тем они являются представителями соединительной ткани, как ткани поддерживающей, скелета организма. С удовлетворением, впрочем, можно отметить, что их репутация в настоящее время сильно улучшилась, и, напр., их использование по разным поводам в клинике проф. А. В. Вишневецкого (при зашивании брюшной полости, при вентральных грыжах и при материнском гастроптозе) блестяще себя оправдало. К соединительнотканым пластинчатым образованиям паховой области относятся апоневроз *m. obliqui addominis ext.* и *fascia transversa*.

а) Что касается апоневроза наружной косой мышцы, который при грыжах является растянутым, то кажется, что далее уже непростительно не использовать этот ценнейший пластический материал, находящийся к тому же под руками. Поэтому удвоение апоневроза наружной косой мышцы по принципу Girard'a и Wölfler'a (наш прием тоже сопряжен с удвоением апоневроза) должно производиться при каждом грыжесечении. В противоположность мышцам апоневрозы натяжения не боятся. По Lexer'у и Arthur'y Law от натяжения они срастаются даже лучше и становятся толще и прочнее.

б) Остается упомянуть об укреплении задней стенки пахового канала. Для этой цели можно использовать поперечную фасцию. Хотя последняя в части, примыкающей к пупартовой связке, при грыжах обычно слишком слаба и тонка, но введенным в брюшную полость пальцем легко можно убедиться, что сант. в 2—3 от пупартовой связки *fascia transversa* представляет собою более солидную структуру, чем это могло-бы казаться, и поэтому ее должно использовать. То обстоятельство, что ее вместе с мышцами подшивал к пупартовой связке сам Bassini, в пособиях или не упоминается, или упоминается вскользь. Те хирурги, как Andrews, которые бывали в Падуе, этой бывшей Мекке герниотомистов, и видели грыжесечение в руках самого Bassini, описывают это дело таким образом: Bassini отслаивал поперечную фасцию от брюшины, начиная с внутреннего кольца, проводил между брюшиной и *fascia transversa* ветвь особого зажима и, захватив в зажим поперечную фасцию вместе с мышцами, подшивал их к пупартовой связке.

Те же авторы, которые совершенно оставили подшивание мышц к пупартовой связке, подшивают к последней сначала поперечную фасцию и затем верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы, выигрывая таким образом не на мышцах, а на соединительнотканых структурах. Andrews, который является автором означенного способа, предварительно очищает заднюю стенку пахового канала от жировой клетчатки, причем становятся видны эпигастральные сосуды. Затем он вводит чрез культю мешка палец в брюшную полость и по пальцу, как по проводнику, захватывает иглой поперечную фасцию, подшивая последнюю к пупартовой связке.

После грыжесечений, равно как и после других операций, проф. А. В. Вишневский кладет на линию шва, в качестве внутреннего слоя повязки, смоченный спиртом компресс. Тоже и при повязках. Такой прием проверен на результатах в течение долгого времени, а потому заслуживает подражания.

О положении больного после операции грыжесечения также следует упомянуть. Оно должно быть таким, чтобы швы не подвергались большому натяжению. Поэтому наиболее целесообразным является положение с согнутыми коленями и приподнятой верхней частью туловища (Watson, Lyle). Оно уменьшает натяжение в паховой области на 25—50% и называется у американцев jack-knife-position (Watson), т. е. положением складного карманного ножа.

Я не могу не упомянуть потрудившихся здесь в Казани над разрешением вопроса о паховом грыжесечении моих бывших учителей: покойного проф. И. А. Праксина и ныне благополучно здравствующего проф. В. Н. Разумовского. В то время, как первый из них культивировал здесь способ Ferragari, второй — способ Bassini. На паховом грыжесечении более, чем на других операциях, В. Н. Разумовский демонстрировал свою идею обходиться без погружных перманентных швов, заменив их швами временными, выводными, проволоочными.

Из всего сказанного мною выше вытекает следующее заключение: на паховое грыжесечение нельзя смотреть, как на операцию очень несложную и неважную. Она имеет свои подводные камни, которые нужно знать для того, чтобы их избежать. С другой стороны она проявляет в себе признаки прогресса, она еще не вышла из застывших форм, она есть еще нечто живое, интересное, заслуживающее дальнейшего изучения.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Крымов. 1911.—Хесин. Нов. Хирургия.—Lucas-Championnière. Hernie. 1904.—Le Dentu et Delbet. 1899.—Lieschied. D. Ztschr. f. Chir., 1925. Н. 3—6.—Eastman. Ann. of surg., febr., 1924.—Andrews. Ann. of surg., aug., 1924.—Coley. Ibid.—Erdman. Ann. of surg., febr., 1923.—Stetten. Ann. of surg., july, 1923.—Morrow. Ann. of surg., oct., 1923.—Petitt. Surgery, gyn. and obst., may, 1924.—W. Mayo. Collection of papers, 1912, vol. II.—Elliot. Ann. of surg., sept., 1925.—С. Флеров. Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1926, т. VII, кн. 21.

Рефераты.

а) Общая патология.

351. *Экспериментальные исследования над химическим воспалением.* E. Glasz и E. Krüger (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 202, Н. 4), вводя белым мышам под кожу различные химические яды, наблюдали с патолого-анатомической стороны картину химического воспаления с более или менее выраженным некрозом. Картина крови изменялась при этом за счет лейкоцитоза. И. Цимхес.

352. *Об изменениях свертываемости крови у рентгенологов.* Л. С. Френкель и Л. А. Баринштейн (Нов. Хир., № 4, 1927) нашли, что работа рентгенологов влечет за собой в значительном большинстве случаев нарушение процесса свертываемости крови в сторону ее понижения. Имеется прямая зависимость между стажем и понижением свертываемости крови. Больше всего нарушается процесс свертываемости крови у лиц, занимающихся одновременно и рентгенодиагностикой, и рентгенотерапией. И. Цимхес.

353. *К этиологии рака.* Н. Г. Соболева, Л. М. Шабад и проф. Г. В. Шор (Вр. Газ., 1927, № 6) провели огромное количество опытов на белых мышах с вызыванием рака путем смазывания кожи камменноугольной смолой. Самое интересное в этих опытах, — что иногда рак после этих смазываний получался не на местах смазывания, а в других местах. Это свидетельствует, что раковый процесс не есть местное заболевание организма, а общее. Р.

354. *Клиническое значение реакции Votello при раковых новообразованиях.* Г. А. Васильев (Нов. Хир., № 3, 1927), исследовав 277 сывороток, в том числе 80 взятых от заведомо раковых больных, нашел, что реакция Votello не может считаться специфичной для рака. В диагностическом отношении она не является ценной, так как в начальных стадиях рака, как правило, дает отрицательные результаты; положительные же результаты ее получаются почти исключительно в случаях, далеко зашедших, где заболевание резко отражается на общем состоянии организма и легко диагностируется.

И. Цимхес.

355. *Эозинофилия при раздражении плевры, брюшины и подкожной клетчатки.* На основании клинических и экспериментальных наблюдений В. А. Равич-Щербо (Гр. клиник Ворон. У-та, т. II) находит, что воздух, введенный в подкожную клетчатку как человека, так и здоровой собаки, является агентом, вызывающим эозинофилию, а будучи введен в полости плевры и брюшины, он у здоровой собаки эозинофилии не вызывает. Возникает эозинофилия и под влиянием введения воздуха в полость плевры у больного с легочным тбс, а равно, если воздух вводится в плевру и брюшину здоровой собаки в комбинации с парами скипидара.

И. Цимхес.

δ) Внутренние болезни.

356. *Гипертония у молодых людей.* Большая часть случаев гипертонии при отсутствии почечных заболеваний падает на людей, перешедших 4-й десяток лет жизни. Однако сравнительно нередко, по наблюдениям Моога и Воита (Münch. med. W., 1927, № 1), эссенциальная гипертония, с давлением в 145—215 мм. ртутн., наблюдается и у молодых субъектов. Гипертония эта выражается у последних такими же субъективными расстройствами, как и у пожилых людей, но нередко вовсе не дает никаких припадков. Авторы особенно часто наблюдали ее у молодых субъектов с признаками аномальных конституций, — астеников и подагриков, и это заставляет их видеть в гипертонии у молодых людей результат наследственного предположения. Интересно, что, несмотря на длительное существование гипертонии, у подобных субъектов лишь редко наблюдается, и то легкая, гипертрофия левого сердца.

Р.

357. *Лечение серозного плеврита аутоинъекциями.* Hartogh (Nederl. Tijds. voor Genees., 1926, № 24) в 4 случаях экссудативного серозного плеврита получил хорошие результаты от подкожного впрыскивания серозного экссудата, добытого у больных. Автор видит здесь комбинацию вакцинотерапии и протейновой терапии.

Р.

358. *К лечению язв желудка.* Необходимым условием для быстрого заживления язв желудка является полный покой как самого желудка, так и верхнего отрезка кишек. Чтобы добиться его, Tillmann (Münch. med. Woch., 1927, № 3) рекомендует в течение 10—12 дней питать больного исключительно путем внутривенного введения раствора виноградного сахара (5,00 на 1000,0 физиологического раствора); раствор этот вливается по утрам в течение 20—30 мин., а вечером больному делается капельное вливание в rectum 1 литра воды. После 10—12 дней больному начинают давать слизистые супы в постепенно возрастающем количестве (от 200,0 до 1000,0), а затем переходят на смешанное питание.

Р.

359. *Аппендицит и пилороспазм.* На основании собственных наблюдений и литературных данных С. Л. Фельдман (Днепр. Мед. Ж., 1927, № 5—6) находит, что аппендицит может рефлекторно вызывать спазм pylori, причем спазм этот зачастую вызывается хронической бессимптомной формой аппендицита. Автор различает в пилороспазме 3 стадии: начальную, при которой стенка привратника мало изменена, предъязвенную — с гипертрофией мышц желудочной стенки и стенозом просвета и язвенную. При первой стадии уже одной аппендэктомии бывает иногда достаточно для освобождения больного от его страданий. Операцией выбора при пилороспазме автор считает пилоропластику по Heinecke-Mikulicz'y, — если нужно обследовать изнутри стенку pylori, и пилоропластику по Брайцеву или пилоромиотомию по Раугу, — если такое обследование не нужно.

Р.

360. *К дифференциальной диагностике между диабетической и гипогликемической комой.* По Wichmann'y (Münch. med. Woch., 1927, № 4) отличить эти два состояния не всегда бывает легко. Автор советует обращать внимание на пульс, который при диабетической коме бывает част и мал, но правилен, при

гипогликемической же учащен, неправилен и аритмичен. При гипогликемической коме часто наблюдается, далее, диплопия, и t^o бывает ниже 36^o , тогда как при coma diabeticum t^o обычно бывает выше 36^o . Р.

361. *Лечение бронхиальной астмы.* По Wittkower'y и Petow'y (Zeit. f. klin. Med., Bd. 104, H. 3/4) маленькими дозами атропина (не более 0,4 mgr. pro die) можно добиться при бронхиальной астме столь же хороших результатов, как и большими, без неприятных последствий, свойственных этим последним. Удобно атропин при бронхиальной астме назначать вместе с папаверином, кофеином и камфарой (0,5 куб. с. 200/о камфарного масла). Р.

362. *Лечение отравления грибами.* Haue r (Wiener kl. Woch., 1926, № 44) рекомендует для этой цели апоморфин, обычно в дозе 0,005, причем употреблять надо лишь неразложившиеся, розово-красные растворы этого средства. Промывание желудка надо производить лишь после опорожнения его, ибо более объемистые кусочки грибов обыкновенно уже с самого начала закупоривают просвет зонда и делают попытки промывания безрезультатными. Для поднятия сердечной деятельности у отравившихся автор рекомендует кардиазол, для возбуждения дыхательного центра—лобелин. В. С.

б) Хирургия.

363. *Смертельные исходы после люмбальной анестезии новокаином-супрарениновым раствором.* M. Frenke (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 202, H. 4) наблюдала два таких случая, причем в одном оказался status thymico-lymphaticus, а в другом развился паралич обеих нижних конечностей и недержание кала и мочи. Автор приписывает эти осложнения супраренину. Н. Цимхес.

364. *Местная анестезия при экстирпации грудной железы.* Л. А. Андреев (Жур. Совр. Хир., 1927, вып. 1) предлагает при этой операции производить анестезию plexus brachialis по Külenkamp'у, интеркостальную анестезию шести верхних межреберных нервов и впрыскивания в медиальную часть операционного поля. Последние начинают от асептиона по ключице до ее прикрепления к груди, далее—по парастеральной линии до реберной дуги и по реберной дуге—до точки укола на VIII ребре. Н. Цимхес.

365. *О производстве чревосечений* на основании своего опыта сообщают Gra u и H. Tyrell (по Berich. ii. d. g. G., Bd. XI). Авторы являются противниками морфия в качестве подготовительного средства перед наркозом и отдают предпочтение эфирному наркозу с предварительной подготовкой больного атропином. Голодную диету, слабительные и клизмы перед операцией они считают ненужными. Для уменьшения послеоперационной ацетонемии целесообразно назначение богатой углеводами пищи в последние сутки перед операцией. Авторы приписывают брыжжейке важную физиологическую роль при защите органов брюшной полости от раздражений, возникающих в связи с нарушением нормальных отношений в области желудочно-кишечного тракта. В норме это защитное приспособление начинает действовать всякий раз, когда человек принимает вертикальное положение; тогда опускающиеся вниз кишечные петли натягивают брыжжейку и раздражают ее Pasi-p'евы тельца, в результате чего получается рефлекторное сокращение брюшной стенки, дающей опору опускающимся внутренностям. Аналогичные явления получают при воспалительных и травматических раздражениях sub operatione, вследствие чего создаются налицо сокращение брюшной стенки, паралич кишечника и спазм pylorus'a. В соответствии с такими представлениями авторы различают ileus активный, который является защитным, и ileus паралитический, с которым следует бороться. Этими взглядами определяются также принципы ведения послеоперационного периода, которые сводятся к созданию покоя брюшной стенки и кишечника дачей морфия и воздержанием от твердой пищи. Обильная рвота, являющаяся следствием выделения через желудок примененного для наркоза средства, может быть прекращена с помощью адреналина и приемов Na bicarbonici. При операциях в верхних отделах брюшной полости, которые ведут иногда к осложнениям со стороны легких, вследствие нарушенной деятельности диафрагмы, авторы принципиально вводят на 48 ч. резиновый дренаж. В качестве профилактических средств против паралитического ileus'a рекомендуется питуитрин и тепло на живот. При развившемся ileus paralyticus нужна операция в виде ileo-или coecostomi'i.

А. Тимофеев.

366. *Невротомия по Молоткову.* Н. Н. Соколов (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 202, H. 4) думает, что перерезка чувствительных нервов вокруг раковой опу-

холи в некоторых случаях не влияет на рост и структуру последней, в других же стимулирует ее рост, ослабляя одновременно организм; поэтому применение данного способа должно ограничиваться исключительно неоперабельными случаями, для уменьшения болей. При вялых хронических трофических язвах невротомия по Молоткову, как правило, оживляет грануляции, вызывает обильную эпителиализацию и в короткое время приводит к заживлению ран.

И. Циммес.

367. *Отдаленные результаты хирургического лечения варикозных расширенных вен нижних конечностей.* Н. И. Блинов (Жур. Совр. Хир., 1927, вып. 1) приводит сведения о таких результатах у 50 больных, оперированных разными способами в клинике проф. Гессе. Наилучшие результаты дало полное удаление v. saphenae magna на бедре и голени; при этом подкожная вена обязательно должна быть перевязана у самого впадения ее в бедренную, дабы не получилось слепого мешка из культи saphen'ы; кроме того, обнаживши подкожную и бедренную вену, нужно смотреть, нет-ли еще добавочной saphen'ы, которая, по наблюдениям Гессе и Шаака, встречается в 18% и непременная которой дает быстро рецидив. Подкожную вену на голени необходимо по возможности иссекать до конца, т. е. до внутренней лодыжки.

И. Циммес.

368. *Грыжесечение и аппендэктомия.* Mermingas (Zentr. f. Chir., 1927, № 21) полагает, что при каждом правостороннем грыжесечении надо стремиться удалить червеобразный отросток; равным образом и при каждой аппендэктомии (предпринимаемой в холодном периоде) нужно заботиться о профилактическом закрытии внутреннего пахового кольца во избежание развития в дальнейшем паховой грыжи.

И. Циммес.

369. *О рецидивах коллик после холецистэктомии.* Н. Нусек (Arch. f. Klin. Chir., Bd. 146, H. 1) на 263 холецистэктомии наблюдал 29 рецидивов коллик; каковые рецидивы он объясняет спазмом или в желчных путях, или в соседних желудке и кишках. Происхождение первичных коллик автор объясняет главным образом предрасположением организма и раздражением со стороны камней и пр.; могут здесь играть роль и нервные раздражители.

И. Циммес.

370. *О судьбе парафина, впрыснутого в ткани.* Вопрос этот до сих пор еще не вполне выяснен. Большинство исследований по данному вопросу основывается на материале, проследенном сравнительно небольшое время. Д-р Кутепов (Журн. ушных, нос. и горл. бол., т. IV, №№ 1—2) имел случая исследовать парафиновую опухоль 2-летней давности. При этом оказалось, что впрыснутый в ткани человека парафин вызывает клеточную инфильтрацию; клетки дробят парафин на все более мелкие участки и постепенно рассасывают его; в итоге на месте парафина развивается соединительная ткань, постепенно склерозирующаяся и гиалинизирующаяся. Гигантские клетки не имеют решающего значения в процессе рассасывания парафина.

С. Яхонтов.

371. *Лечение ожогов.* По наблюдениям Я. М. Криницкого (Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 8) лечение ожогов мазями и жирными маслами должно быть значительно ограничено. Из всех способов лечения их наилучшими являются либо сухой и притом по возможности открытый способ, либо влажный, с применением антисептических веществ. Сухому способу лучше всего поддаются ожоги I и II степени, полученные от пламени, кислот и кипящей воды; способ этот дает прекрасные результаты при ожогах больших поверхностей, если они не сопровождаются такими осложнениями, как нефрит и интоксикация. Влажный способ лечения, в форме ванн и компрессов из антисептических веществ (растворы марганцовокислого кали, риванола, таннина), заслуживает применения при всех степенях и формах ожогов, особенно при тяжелых формах и, в частности, при ожогах расплавленными металлами.

В. С.

372. *Раннее лечение сужений пищевода после ожога щелочами.* E. Egdelyi (Mon. f. Ohr. u. Rhin., 60 Jahr, 7 H.) наблюдал за 3 года 151 новый случай этого рода, где он применил раннее лечение зондированием. У громадного большинства больных результаты получились удачные, и только в одном случае (на 189 проведенных) наблюдался смертельный исход. Предлагаемое раннее лечение, автор настаивает на том, чтобы при этом соблюдалась величайшая осторожность, исключая всякую схематичность. Малейший подъем 10 , расстройство общего состояния, боли в животе и спине, судороги во время или после зондирования—все это требует, чтобы зондирование откладывалось на более или менее продолжительное

время. В большинстве случаев полное излечение достигалось уже после 5—6 недель. В случаях тяжелых, где, очевидно, повреждение коснулось не только слизистой, но и мускулатуры пищевода, и где яд проник и в желудок, излечение получилось частичное. В этих случаях необходима сугубая осторожность: лечение здесь надо начинать не раньше 6-го или 8-го дня, когда язвы от ожога во рту и глотке уже очистились, спонтанные боли утихли, и лихорадочные явления прекратились; толстый зонд здесь надо заменять тонким.

С. Яхонтов.

2) Акушерство и гинекология.

373. *Печень во время менструации.* Neumann (по Ber. ii. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 14) у 30 женщин мог констатировать перед и во время менструации увеличение печени на 2—7 см. Наблюдения Heilida, что большинство женщин на 1-й—2-й день менструации на введение 100,0 сахарозы реагируют гликозурией и гипергликемией, автор подтвердить не мог. Исследование гемоклазических кризов автор производил так: после 5-часового голодания дается 200,0 молока, а через час производится исследование кровяного давления, подсчет лейкоцитов и определение лейкоцитарной формулы; кроме того автор изучал уробилинурию, определял глюкозу в крови и проделывал пробу с тетрахлорфталеином. Все эти реакции показали, что никакого нарушения функции печени во время menses нет, или, если оно и имеется, то компенсируется соответственным увеличением этого органа. А. Т.

374. *Причины нарушения обмена веществ при беременности.* Loeser (Zentr. f. Gyn., 1927, № 4) исходит из того положения, что обмен веществ во всех тканях находится под влиянием общей инкреторно-вегетативно-психической системы, причем координированно действующие инкреторные и вегетативные аппараты находятся под регулирующим влиянием центральной нервной системы, а потому поддаются воздействию психических моментов. Ткани патологические, как раковая, а также плацентарная, в своем обмене веществ не зависят от указанных реагирующих аппаратов и характеризуются продукцией молочной кислоты. При быстром росте плаценты потребляется значительное количества сахара, также совершенно необходимого для роста карциномы, вследствие чего рост этой последней при беременности может задержаться. При ацидозах беременности, как и при диабете, первично нарушается углеводный обмен и лишь уже вторично, вследствие недостаточного сгорания сахара,—жировой. Причиной такого нарушения обмена автор считает изменения в печени и pancreas, вызванные дисфункцией плаценты. Ацидоз у беременных обуславливается кислотами двух родов—веществом из группы кетонов, как при диабете, и молочной кислотой. На содержание субстанций первой группы можно воздействовать инсулином, а на вторую инсулин не влияет. Во всяком нарушении обмена веществ у беременных следует видеть влияние кислотности организма, причем актуальная кислотность крови не нарушается, а только понижается способность ее к связыванию угольной кислоты. Автор обращает внимание на хорошие результаты, которые получаются при ацидозах беременных от применения инсулина.

А. Тимофеев.

375. *Новый метод испытания функциональной способности почки у беременной* применил D'Aprile (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X) воспользовавшись пробой Nyiri. Техника последней такова: после опорожнения мочевого пузыря интравенозно вводится 10 куб. сант. 10% раствора natriumthiosulfat'a; втечение следующих 3 часов моча каждый час собирается и измеряется, и на каждые 20 куб. сант. ее прибавляют 1,5 животного угля, с которым ее и взбалтывают. Затем, после отфильтровывания угля, 10 куб. сант. фильтрата титруют $\frac{1}{10}$ N раствором иода до появления синеватого окрашивания (1 куб. сант. $\frac{1}{10}$ N раствора иода соответствует 15,8 mg. natriumthiosulfat'a). Автор говорит, что его данные с применением этой пробы у беременных соответствуют результатам, полученным Nyiri.

А. Т.

376. *Изучение эклампсии*, произведенное Snoo (Berich. ii. d. g. Gyn., Bd. X) привело его к ряду заключений, сформулированных им в 42 пунктах, из коих приводим наиболее важные. Эклампсия есть заболевание специфическое для беременности и связанное с задержкой в организме NaCl и повышением кровяного давления, без каковых не бывает припадков. Ни альбуминурия, ни повреждения почек не вызывают припадков. Причина наступления эклампсии sub partu не находится в зависимости от маточных сокращений, как таковых, а связана с наличием эмоций, болевыми ощущениями и напряжением тела. Частое наступление

эклампсии *post partum* автор ставит в связь с внезапным выпадением функции плаценты. Влияние маточных схваток на появление новых припадков невелико; наоборот, припадки, раздражая матку, вызывают ее сокращения, что обуславливает более быстрое течение родов при эклампсии. Припадки вредно отражаются на всем организме, в особенности на центральной нервной системе, почках, печени и сердце, причем опасность увеличивается с числом припадков. При лечении эклампсии автор высказывается за консервативный образ действия, задачей которого являются прекращение припадков и борьба с их последствиями. В интересах матери — прекратить припадки до родов, что достигается хорошим уходом, устранением всяких раздражений, применением наркотических средств и кровопусканиями. Последние производятся при контроле пульса и кровяного давления, причем падение давления должно побуждать к скорейшему применению возбуждающих. Благоприятное действие активного родоразрешения при эклампсии автор объясняет влиянием наркоза и потери крови, а потому считает, что активный образ действия должен применяться лишь в интересах плода. Как профилактические меры при угрожающей эклампсии, S. рекомендует постельное содержание, введение воды и бессолевую диету; при непосредственной опасности припадков показаются наркотики и кровопускания.

А. Тимофеев.

377. *Лечение эклампсии*. Becker (Med. Klin., 1926, № 29; по Ber. d. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 8), исходя из теории Zangemeister'a, что в основе экламптических судорог лежит отек мозга, главным моментом терапии эклампсии считает обезвоживание организма. Его профилактическое лечение заключается в сухой, бессолевой диете, в движениях на свежем воздухе, применении 0,05 камфоры 3 раза в день и *mixture diureticae*. При этом происходит повышение диуреза, улучшается моча, и кровяное давление падает. Rubel (Southern m. Journ., 1925, № 5) при лечении э. предпочитает консервативные методы, по возможности также ограничивая применение хлороформа и заменяя его окисью азота, с каковым наркозом и продлеваются все манипуляции с больной. По опорожнении мочевого пузыря и очистительной мыльной клизмы производится промывание толстых кишок 18 литрами 5% Na bicarbonici, причем к последнему литру прибавляют небольшое количество насыщенного раствора сернокислой магнезии. Затем следует промывание желудка 4½ литрами такого же раствора. После этого больная в течение 20—30 м. согревается электрическими согревательными подушками. Если кровяное давление выше 150 мм., делается кровопускание в 500—1000 куб. с. крови с последующим вливанием 500 куб. с. 20% раствора глюкозы. Если есть судороги, а кровяное давление невысоко, вводит морфий в 2 куб. с. 25% раствора сернокислой магнезии через каждые 3 часа до прекращения судорог. Полезно также сделать поясничный прокол. Кесарское сечение автор считает показанным лишь в особо тяжелых случаях. Интравенозные вливания сернокислой магнезии при эклампсии рекомендуют также Mc Neile, Lyle и Vruwink (Journ. of Amer. Med. Ass., 1926, № 4). Если давление крови выше 150 мм., рекомендуется вводить через час по 20 куб. с. 10% раствора магнезии до прекращения припадков. Коматозные больные получают 1,3 хлоралгидрата и 4,0 бромистого натра в клизме. Применяется также вдыхание кислорода после каждого припадка. Искусственное раздражение производится лишь в периоде изгнания, если инъекции магнезии не помогают. При такой терапии смертность с 36% (! Реф.) упала до 14,8%. Особенное значение своему методу авторы придают, как методу профилактическому, при лечении преэкламптических состояний.

А. Тимофеев.

378. *Гормональная терапия в акушерстве*. Hofstätter (Wien. m. W., 1926, № 46) в 1909 году ввел в акушерскую практику питуитрин, который вскоре завоевал себе широкий круг применения. Однако, благодаря нередким случаям неправильного применения, средство это в глазах многих дискредитировано. Детализируя показания к применению этого препарата, автор указывает на полезность малых доз его (0,25 ссм.) при асфиксии новорожденных после того, как дыхательные пути очищены для прохождения воздуха. Полезно его применение также при *ischuria paradoxa* и при атонических состояниях мочевого пузыря при беременности и после родов. Очень хорошо он действует и при послеоперационных параличах кишечника, благотворно влияя также на слабость сердца. В качестве *lactagogum* питуитрин непригоден. Равным образом не действует он и как *abortivum*, хотя уже начавшийся аборт может быть при помощи его ускорен. Противопоказания — артериосклероз, декомпенсация сердца, гипертония. Наоборот, при нефрите и анурии автор видел от него хорошие результаты. Плацентарный липид в качестве сокра-

щающего матку средства действует ненадежно, но является действительным lactagogum, причем здесь действие его сводится к „Reiztherapie“. Есть основания думать, что с помощью плацентарного липоида можно прервать беременность. При токсикозах беременности хорошо действует яичниковый гормон, вероятно, парализуя sympathicus. При остеомалии уместна адреналиновая терапия по Bossi (2 раза в день 0,5 см. 1¹/₂ адrenalina через каждые 10 дней). При тетании пробуют экстракты из эпителиальных телен. А. Т.

379. *Рентгеногенная микроцефалия.* Zappert (Arch. f. Kinderheil., Bd. 80, II. 1) собрал из литературы 20 случаев, где лечение беременных женщин х-лучами вело к рождению микроцефалов, нередко с признаками монголизма, зрительными расстройствами и пр. В виду этого он считает лечение беременных женщин рентгеновскими лучами допустимым лишь при наличии строжайших показаний. Р.

380. *Этиологическое значение обвития пуповины вокруг шейки плода при возникновении разогнутых предлежаний* изучал Harsting (по Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI, N 5/6) на материале в 22.922 родов в Копенгагене и нашел, что при разогнутых предлежаниях эта аномалия пуповины встречается не чаще, чем при затылочных предлежаниях, а именно, при передне-черепных—в 19,6⁰/₁₀₀, при лобных—в 22,2¹/₁₀₀, при лицевых—в 20,3³/₁₀₀, тогда как при затылочных—в 22,1¹/₁₀₀. Многократное обвитие пуповины вокруг шейки при разогнутых предлежаниях встречается тоже не чаще, чем при затылочных. Наконец, что касается длины пуповины в случаях обвития ее при разогнутых предлежаниях, то она оказалась не короче, чем при затылочных предлежаниях. Эти исследования показывают, что обвитие пуповины вокруг шейки плода никакой роли в образовании разогнутых предлежаний не играет. А. Тимофеев.

381. *Комбинация маточной и внематочной беременности.* Novak (Surg., gyn. a. obst., № 1, 1926) собрал из литературы 276 случаев этого рода, присоединив к ним 2 собственных наблюдения. Клинически здесь можно различать две группы. В ранних стадиях обыкновенно сначала проявляется эктопическая беременность, вследствие признаков ее прерывания, маточная же беременность открывается во время операции или позднее. Если же в ранних стадиях не происходит никаких осложнений со стороны эктопической беременности, и она доходит до второй половины, диагноз нередко ставится, как нормальная маточная беременность. Очень редко в подобных случаях оба плода доношиваются до конца: на 276 случаев лишь в 9 оба плода явились на свет живыми. По отношению к внематочной беременности автор высказывается за немедленное оперативное вмешательство. Только для случаев, достигших конца беременности, он допускает выжидание до появления первых схваток, после чего рекомендует приступить к удалению обоих плодов путем чревосечения. А. Т.

382. *Роды после кесарского сечения.* Wille (Zeit. f. G. u. Gyn., Bd. 90, 1926) приводит статистику клиники Charité с 1910 по 1925 г. На 28,917 родов кесарское сечение сделано 357 раз (1,2⁰/₁₀₀). Смертность равнялась 1,4⁰/₁₀₀. Последующая беременность наступила 118 раз, причем каких-либо осложнений во время ее не наблюдалось. Большинство из этих беременных было разрешено при помощи повторного кесарского сечения, причем у 49 женщин оно было по счету вторым, у 19—третьим и у 1—четвертым. Самостоятельно роды совершились у 19 больных, причем средняя продолжительность их равнялась 21 часу. 16 больных родили per vias naturales, но с помощью акушерских операций (5 раз—щипцы, 5 раз—поворот, 2 раза—экстракция за тазовый конец, 1 раз—перфорация); средняя продолжительность родов у этой группы больных была 24 часа. Разрывы в области рубца после бывшей операции наблюдались 4 раза—2 раза разрывы произошли произвольно и дважды—во время акушерских операций (1 раз при производстве поворота и 1 раз при placenta praevia в момент введения метрейринтера). В качестве момента, ведущего к слабости рубца, автор большое значение придает разrostанию в области его рубца маточных желез. Для уменьшения опасности последующих разрывов матки он рекомендует пользоваться при производстве кесарского сечения глубоким цервикальным разрезом и выполнять следующие требования: 1) производить операцию по строгим показаниям с исключением инфицированных случаев; 2) избегать побочных разрывов разреза, дабы сохранить края его гладкими; 3) тщательно соединять края разреза без захватывания слизистой; 4) тщательно перитонизировать зашитую рану; 5) употребить катгут в качестве лигатурного материала. В случае происшедшего разрыва терапия должна состоять в немедленной полной экстирпации матки путем лапаротомии. А. Тимофеев.

383. *Лечение послеродовой инфекции внутриматочными инъекциями глицерина* предлагает Phillips (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 7/8). В матку вводится резиновый катетер à demeure, через который 1—2 раза в день вливается при помощи шприца 10 к. с. чистого глицерина. 130 леченных таким образом случаев дали хорошие результаты. В среднем требуется около 7 вливаний глицерина. Автор думает, что гигроскопические свойства глицерина препятствуют распространению местной инфекции и, тем самым, облегчают организму возможность справиться с общей инфекцией. А. Т.

384. *Значение червеобразного отростка в гинекологической хирургии.* Statham (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI, H 5/6) на 300 гинекологических лапаротомий 91 раз встретил одновременно поражение червеобразного отростка. Особенно часто поражение последнего наблюдается при воспалительных заболеваниях придатков (на 70 случаев—39 раз). Автор полагает, что первичное поражение аппендикса бывает чаще, чем это принято думать. В каждом случае воспалительного заболевания в полости малого таза необходимо осматривать отросток и при малейших его изменениях удалять его. Диагноза изолированного „оофорита“ не должно быть. Если при операции не находят срощений в области яичника, боли должны быть отнесены за счет заболевания червеобразного отростка. При таком взгляде на дело удастся значительно ограничить количество оофорэктомий. А. Т.

д) *Невропатология и психиатрия.*

385. *К рентгенотерапии периферических невритов.* Н. С. Зимин (Моск. Мед. Ж., 1926, № 9), применив лечение рентгенизацией у 71 больного с воспалениями периферических нервов, получил полное излечение в 41 случае (58%), в остальных же 30—значительное улучшение. Среди излеченных случаев было: случаев ишиалгии—10, случаев неврита седалищного нерва—6, случаев невралгии пояснично-крестцового сплетения—13, случаев невралгии плечевого сплетения—9 и случаев табического неврита—3. В. С.

386. *Люминал при эпилепсии.* С. С. Майков (Рус. Кл., 1926, № 32) признает люминал наилучшим из существующих средств для лечения эпилепсии (автор получил от него благоприятные результаты в 80%). Необходимо только принимать его непрерывно в продолжении долгого времени. Доза средства—0,05, по 2 раза в день, для детей и 0,075—0,1, также по 2 раза в день, для взрослых. Р.

387. *Люмбальная пункция при эпидемическом цереброспинальном менингите у грудных детей.* По наблюдениям Н. М. Фришмана (Ж. по из. ран. дет. возраста, т. V, № 4) люмбальные пункции при эпидемическом менингите у грудных детей, даже будучи производимы повторно, благополучно переносятся больными, если при них выпускается небольшое количество жидкости. Более того—они оказывают иногда благоприятное влияние на болезнь в смысле ослабления некоторых ее приступов. Р.

388. *Деятельность желудка при заболеваниях головного мозга.* Произведя ряд исследований в этом направлении, Н. С. Бузык и Д. М. Митинский (Рус. Клини., 1926, № 29) нашли, что для секреторной и моторной деятельности желудка имеются, повидимому, различные самостоятельные центры в мозговой коре. Оттого, напр., при опухолях головного мозга кислотность желудочного сока бывает повышена, моторная же функция задержана; при эпидемическом энцефалите первая в 77% бывает понижена, вторая же—то замедлена, то ускорена; при прогрессивном параличе кислотность желудочного сока обычно бывает понижена. Р.

389. *Изменения крови при сифилисе центральной нервной системы.* По наблюдениям М. Моделя и А. Роговера (Моск. М. Ж., 1926, № 12) при сифилитических заболеваниях центральной нервной системы кровь претерпевает ряд изменений, а именно, отмечается уменьшение резистентности эритроцитов, в 70% всех случаях наблюдается ускорение реакции оседания последних и пр., но число лимфоцитов остается нормальным. Указанные изменения могут быть использованы как с диагностическими, так и с прогностическими целями. Р.

390. *Механизм действия прививок малярии.* Donath и Heilig (Zbl. f. H. n. G., 1926, XXI, H. 9/10, реф.) считают главным моментом неспеце-

фической терапии (к каковой относятся и искусственные прививки малярии) увеличение аминокислот в крови, которое идет или за счет разрушения белков в болезненном очаге (очаговая реакция), или за счет общего увеличения обмена белковых веществ. Так как при искусственных прививках малярии найдено увеличение аминокислот только в *liquor*, но не в крови, то надо думать, что при привитой малярии мы имеем очаговую реакцию к нервной системе и, как результат ее, увеличение белков в *liquor*. Эта очаговая реакция—важный лечебный фактор. Она более всего выражена при прививках малярии, меньше—при прививках *recurrens* и совершенно отсутствует при инъекциях молока. А. Вайнштейн.

е) Педиатрия.

391. Концентрация водородных ионов во влагалищном секрете новорожденных и маленьких девочек изучалась Z wolinski'm и Truszkowski'm (по Berich. ii. d. g. Gyn., Bd. XI) у 81 ребенка в возрасте от момента родов до 31 месяца. У 12 детей в возрасте 1/2 часа—24 часа Ph в среднем оказалось равным 6.1, а бактериальная флора всегда отсутствовала. У детей от 25 часов до 20 дней Ph было в среднем 5.1, причем по степени микробного загрязнения влагалищный секрет в 14 сл. соответствовал первой степени чистоты (I R. G.) в 8 сл.—II R. G. и в 13 сл.—III R. G. У детей в возрасте 1—31 мес. Ph влагалищного секрета равнялась 6.84. Тотчас после родов имеется кислая реакция (Ph—6.2), течение первой недели кислотность увеличивается (Ph—5.1) с тем, чтобы в первый месяц сделаться нейтральной, а через 4 мес. и щелочной. Через несколько часов после родов начинается постепенное разрастание микрофлоры рукава независимо от реакции секрета. Кислая реакция секрета зависит не от микробов, а от влагалищного эпителия и регулируется яичниковым гормоном, который переходит к плоду от матери. После того, как через месяц действие гормона исчезнет, реакция становится щелочной до периода зрелости. А. Т.

392. Влияние ультрафиолетовых лучей на содержание витамина С в коровьем молоке. Как известно, в последнее время для лечения рахита усиленно рекомендуют питание детей молоком, подвергшимся освещению ультрафиолетовыми лучами. По наблюдениям Reuher'a (Klin. Woch., 1926, № 50) такое освещение не только значительно ухудшает запах и вкус молока, но и лишает его антискорбутических и антирахитических свойств—на почве уничтожения витаминов С и А под влиянием значительного образования озона. Вместе с тем автор вооружается против взгляда, что рахит обуславливается недостатком света,—по Reuher'у в основе его лежат расстройства питания, и потому в терапии должно главную роль играть соответствующее питание больных. Р.

393. Лечение тbc легких у грудных детей искусственным пнеймотораксом. Rogorschelsky (Fortschr. d. Med., 1927, № 3) полагает, что у маленьких детей (грудных и до 10-летнего возраста) лечение искусственным пнеймотораксом может быть применяемо лишь в редких случаях одностороннего фиброзного процесса, притом с величайшей осторожностью. Двусторонний процесс, пнеймонически-язвенные формы и наличие плотных спаек исключают применение этого способа. Напротив, у детей старше 10 лет лечение пнеймотораксом приобретает большое практическое значение. Р.

394. Оперативное лечение паховых грыж в детском возрасте. Проф. Вебер (Вест. Хир. и Погр. Обл., кн. 25, 1927) находит, что количество паховых грыж в раннем детском возрасте, в связи с неполным зарощением processus vaginalis peritonei, значительно превалирует над количеством таковых же у более старших детей. Часть этих грыж самопроизвольно излечивается, благодаря зарощению processus vaginalis и удлинению самого пахового канала. Лечение бандажем даже в самой культурной обстановке не может гарантировать с абсолютной верностью зарощения грыжевого мешка. Единственное преимущество этого лечения состоит в том, что оно дает возможность оттянуть операцию до более благоприятного момента. Ранний возраст не может служить противопоказанием для производства операции, так как условия заживления у детей не хуже, чем у взрослых. Наиболее пригодным способом операции у детей является способ Girard'a. П. Цимхес.

395. Применение поливалентных вакцин для профилактики и лечения бронхопнеймоний. В поисках средств для уменьшения смертности от бронхопнеймоний у детей, особенно той, которая следует за корью и дифтерией носа,

Samsaen и Dreyfus (Presse méd., 1927, № 22) производили всем поступавшим в изолятор Дома Призрения Детей предохранительную прививку вакцины Salimbeni (стрептокок. и пневмокок. по 3 миллиарда, стафилокок. 2,5 миллиарда, синегнойн. палоч. 1 миллиард и ложно-дифтер. 500 миллионов—в 1 к.-с.; синегнойная палочка входит в состав вакцины потому, что выделяемый ею фермент, пиоцианаз, способствует растворению оболочек микробных тел, облегчая т. о. фагоцитарный процесс). После предварительного введения 20 к. с. антидифтерийной сыворотки,— в виду частого обнаружения дифтер. палочки в секрети носа и в горле даже у детей видимо здоровых,—прививка вакцины делалась в течение 6 дней 1—4 раза ежедневно по 2 к. с., вызывая лишь незначительную местную реакцию без общих явлений. В результате 4-месячных наблюдений оказалось, что поступавшие без бронхопневмонии дети ею не заболели; из 41 же случая бронхопневмонии, обнаруженной при поступлении детей, а) 5 кончились летально до применения вакцины, в) 11, где была применена вакцина, дали 1 смертный исход и 10 выздоровлений, с) из 25 случаев, где бронхопневмония, благодаря присутствию дифтерийных палочек, представляла особенно токсическую форму, 9 окончились смертью, прочие же 16 были затем подвергнуты лечению вакциной Duchon'a (по 1 к. с. ежедневно), причем в 11 из них получилось выздоровление (вакцина Duchon'a представляет собой фильтрат из бульон-вакцины, содержащей в 1 к. с. дифтер. бац. 2,500 миллион., стрептокок. 3,500 милл., пневмокок. 2,500 милл., стафилокок. 10,000 милл. бац. Pfeiffer'a 7,500 милл., m. catarrhal. 3,000 милл. и coli-bacill. 2,500 милл.). Применение этой вакцины авторы комбинировали с противодифтерийной серотерапией вплоть до явного улучшения состояния больного.

Н. Тарнопольский.

ж) Болезни уха, носа и горла.

396. *Профессиональные заболевания верхних дыхательных путей и ушей у рабочих цементной промышленности.* Скучные и противоречивые сведения о влиянии цементной пыли на слизистые оболочки верхних дыхательных путей значительно пополняются сообщением д-ра Потапова (Вест. Р.-л.-о., 1927, № 1) о результатах работы специального отряда по обследованию рабочих Вольских цементных заводов. Обследование показало, что $\frac{1}{2}$ цементников страдают атрофирующимся ринитом, $\frac{1}{5}$ —атрофическим и $\frac{1}{4}$ —полипозным. Больше половины обследованных имеют воспаление придаточных полостей носа, причем число эмпием здесь значительно повышено. Повышено также количество страдающих хроническими гнойными отитами. Средняя заболеваемость этими формами для всего завода также очень высока, что объясняется, повидимому, присутствием цементной пыли в воздухе не только рабочих помещений, но и всего завода.

Н. Вобровский.

397. *Ретробульбарные невриты зрительного нерва в связи с заболеваниями задних пазух носа.* Тесная анатомическая связь между зрительным нервом и задними придаточными полостями носа и общность их кровеносной системы объясняют поражения зрительного нерва при гнойных и катарральных процессах в задних пазухах. Н. А. Христианов (Вест. Рино-л.-от., 1927, № 1) описывает случай левостороннего ретробульбарного неврита зрительного нерва, излеченного вскрытием средних и задних решеток той же стороны, пораженных хроническим катарром. Изменения со стороны носа перед операцией были незначительны. Этот случай, а также литературные данные заставляют автора настаивать на тесном сотрудничестве окулиста и ринолога в лечении ретробульбарного неврита, причем даже в далеко зашедших случаях неврита, причину коего офтальмологи не могут установить, надо вскрывать задние пазухи, хотя-бы видимых изменений со стороны носа и не было.

В. Лебедевский.

398. *К лечению озны.* Maisch и Schnirer (Zeit. für Hals-Nase-und Ohrenheilk., 1926, S. 494) приводят 58 случаев лечения озны смешанной вакциной, в которую входили кокко-бацилл Abel'a и палочка склеромы. При предварительном бактериологическом исследовании носового секрета у этих больных в 13 случаях была получена чистая культура микроба Abel'a, в 22—в смеси с другими бактериями; в 11 случаях обнаружен кокк, похожий на кокко-бацилл Peretz'a и в 3—настоящий кокко-бацилл Peretz'a. Из трех кардинальных симптомов озны (корки, запах и атрофия) корки были налицо чаще всего (в 42 случаях), и на них вакцина действовала скорее всего. На атрофический процесс вакцина действовала, вызвав его улучшение, в 28 случаях. Наконец, запах потерял свой специфический характер в 42 случаях. Полное выздоровление от вакцинотерапии полу-

чилось в 4 случаях, улучшение—в 44, остальные не дали улучшения. Наилучшие результаты получились в случаях, где была найдена палочка *Regetz'a*. В 4 случаях, где вакциноterapia не дала никаких результатов, автор пробовал провести лечение прививками малярии, причем в некоторых случаях уже после первого, в крайнем случае второго приступа малярии, запах из носа исчезал и не появлялся во все время лихорадочного периода. В одном случае он, однако, быстро вернулся обратно, в другом—вернулся по прекращении лечения, в третьем—он совершенно исчез. После проведения подобного лечения лечение вакциноterapiей дало значительно лучшие результаты.

М. Венецианова-Грудкова.

3) Судебная медицина.

399. *К индивидуальной диагностике крови.* Hájek (по реф. в Zeit. f. d. ger. Med., 1923, Bd. II, N. 4) предложил для судебно-медицинской практики использовать установленное Ružička явление непрерывно происходящего от рождения индивидуума до его смерти сгущения протоплазмы. Степень этого сгущения Hájek определяет с одной стороны методом осаждения, с другой—определением концентрации H-ионов по способу Michaëlis'a. Исследовав растворы высушенной крови, взятой от 120 лиц различных возрастов, он обнаружил, что при добавлении к крови 96% алкоголя образуется различной степени помутнение в зависимости от возраста субъекта, от которого взята кровь: если последняя была взята от юношей, то помутнение наступает тотчас же в то время, как в крови более старых субъектов оно наступает спустя некоторое время и бывает более слабым. При определении концентрации H-ионов Hájek нашел, что показатель этой концентрации выше всего у новорожденных (приблизительно—7,45); с возрастом же он постепенно понижается и достигает к 45 годам 6,55. Проверив, однако, методику Hájek'a на многочисленными разнообразным материалом (высушенная кровь живых людей, высушенная трупная кровь, очень старая сухая кровь), Gorgony (ibid., 1923, Bd. V) пришел к заключению, что она совершенно неприменима для судебно-медицинской практики, ибо, напр., показатели концентрации H-ионов в крови не обнаруживают никакой закономерности по отношению к возрасту.

А. Гусев.

400. *Применение изоагглютинации в суд.-мед. практике.* Strassman (Zeit. f. d. ger. Med., 1925, Bd. VI) указывает, что определение группы крови может иметь применение в след. суд.-мед. случаях: 1) При исследовании кровяных пятен на предметах и одежде—для решения вопроса о том, принадлежит ли эта кровь убитому, или подозреваемому в убийстве. 2) Для выяснения неизвестной личности (живого лица или трупа)—в тех только случаях, если методика определения группы крови применяется в широком масштабе, как, напр., она применялась в Америке во время войны, когда у каждого солдата устанавливалась группа крови (для целей переливания крови), и результаты исследования заносились в расчетную книжку. Автор полагает, что такое установление группы крови должны производиться при регистрации преступников, наряду с дактилоскопией и описанием примет. 3) В делах об установлении отцовства. В этих случаях, однако, применение реакции изоагглютинации ограничено. Нельзя применять ее, если: а) и у ребенка, и у матери имеются одинаковые свойства эритроцитов—А или В, б) если ребенок относится к группе I, которая не содержит доминантных наследственных свойств эритроцитов и в) если мать относится к редкой группе IV, содержащей свойства А и В. Реакция может дать указания только тогда, когда группа матери и кровь ребенка относятся к различным группам, или если в крови ребенка имеются свойства А и В, отсутствующие в крови матери; в последнем случае эти свойства должны находиться в крови отца. Если же их нет в крови подозреваемого отца, то ребенок не принадлежит ему, а если они имеются у подозреваемого, тогда отцовство возможно, но не обязательно, так как эти свойства имеются в крови многих мужчин. Автор рекомендует производить реакцию и макро—и микроскопически. Судебно-медицинский материал невыгоден для этой реакции, но автору по большей части удавалось установить группу крови на трупах до 7 дней после смерти. В старых кровяных пятнах невозможно определить свойств эритроцитов, но можно установить свойства сыворотки, для чего соскоб пятна размачивается в физиологическом растворе NaCl, и к нему прибавляются эритроциты II и III групп. В сухой крови позже, чем через 6 недель после ее высушивания, определить свойства сыворотки и эритроцитов можно, по автору, лишь в редких случаях.

А. Гусев.

Рецензии.

Проф. Oddo. *Терапия в неотложных случаях* (симптомы, диагностика и лечение внезапно угрожающих жизни внутренних заболеваний). Пер. с VI фран. издания. Издательство „Практ. Медицины“, 1927. II. 7 руб.

Мы привыкли к немецким учебникам и руководствам, и появление этой книги, переведенной с французского, нужно приветствовать, ибо она вышла из-под пера талантливого клинициста Oddo, получив прекрасную и вполне соответствующую достоинству книги рекомендацию известного французского ученого и клинициста проф. Grasset (Монпелье).

В отделах, посвященных внутренним и нервным болезням, читающий найдет прекрасное описание тех случаев, которые нуждаются в правильном диагнозе и правильной неотложной терапии. С большим мастерством автор излагает симптоматику таких случаев из области частной патологии легких, сердца, желудочно-кишечного тракта и т. д., их дифференциальную диагностику и соответствующую терапию.

Здесь так много планомерности, последовательности и избирательности, что книга Oddo является, действительно, полезной не только начинающим врачам, но и опытным специалистам. В ней на первое место выдвигается дифференциальный метод разбора и диагностики болезни и следующая отсюда терапия. А так как здесь охвачен большой нозологический материал, составляющий предмет неотложной терапии, и отлично разобран с научно-практической точки зрения, то книга проф. Oddo, представляя собой увлекательно написанный труд, должна явиться настольной книгой каждого практика-интерниста—своего рода *va de mesum*, по меткому выражению проф. Grasset. Можно пожелать этому труду проф. Oddo заслуженного внимания и успеха со стороны терапевтов и невропатологов.

Проф. С. Зилицкий.

Félix Coste. *От симптома к болезни*. Элементарное руководство по клинической диагностике (пер. с V издания). Изд. „Практ. Мед.“, 1926. 287 стр. Цена 2 р. 50 к.

Этой книжке предпослано предисловие известного французского клинициста проф. Grasset (Монпелье). Задача, взятая для решения Т. Coste'ом,—переход от симптома к болезни,—вопрос, с которым врачу-практику приходится постоянно сталкиваться у постели больного,—по существу не всегда легка. Здесь для оценки нужен строгий субъективно-объективный анализ и умение разбираться в отличительных свойствах патологических выявлений. Если врач-практик может легко подойти к разрешению дифференцировки болезней по симптомам, имеющимся налицо в данном случае, то для молодого практиканта бывает нередко трудно ориентироваться в вопросе, при каких болезненных формах имеет место тот или другой симптом, и каковы его особенности и сопутствующие ему частности, позволяющие предположить ту или другую нозологическую основу в данном случае.

Coste облегчил эту задачу для врачебной практики, дав в алфавитном порядке изложение 48 важнейших симптомов. Изложение затрагиваемых симптомов, напр. альбуминурия, одышка и т. д., охватывает вопрос полностью; книжка написана прекрасным, живым, вполне „французским“ языком, читается легко и дает многое. В ней все изложено в рамках воззрений французской частной патологии, и поэтому для нас, воспитанных больше в духе немецких учений, кое-что сразу охватить трудно (напр., французское учение о болезнях почек). Поэтому переводчикам не мешало-бы сделать соответственные примечания-объяснения,—это еще более увеличило-бы ценность книги. Перевод сделан в общем удовлетворительно, хотя встречаются некоторые курьезы (для примера укажу на следующий стр. 50): „белок в количестве 10—50 сантимгр. в *метре*“ (конечно, *литре*) и т. п.).

В общем же мы горячо рекомендуем эту своеобразную клиническую диагностику врачам-практикам, особенно молодым, нуждающимся в быстрой ориентировке, а следовательно в хорошем ориентировочном и диагностическом руководстве.

Проф. С. Зилицкий.

II Поволжский Научный Съезд Врачей.

Проф. В. С. Груздева.

Как известно читателям «Казанского Мед. Журнала», в Казани, в 1923 г., состоялся I Поволжский Съезд Врачей,—Съезд, носивший чисто-научный характер и имевший, по общему признанию, выдающийся успех. С тех пор прошло 4 года, за этот срок Поволжские съезды врачей более не собирались, и можно было опасаться, что самая идея этих съездов нежизненна,—что съезды эти никому не нужны.

Мысль эта заставила всех, кому дорого дело Поволжских врачебных съездов, серьезно тревожиться за успех II Поволжского Съезда, созыв которого был намечен в текущем году в Саратове. Тревога эта имела тем более оснований, что выбранное для Съезда время,—с 4 по 9 июня,—оказалось неудобным как для казанцев, так и для астраханцев. Однако уже при самом открытии Съезда все опасения рассеялись, и, будучи выбран его председателем, я в своей вступительной речи мог с полным убеждением сказать, что считаю успех его несомненным. Действительность превзошла все мои ожидания, доказательством чего являются следующие цифры: число членов Казанского Съезда равнялось 343, Саратовский же Съезд собрал 1345 участников, т. е. почти вчетверо больше; приезжих врачей на I Поволжском Съезде было всего 103, на II же Съезде—567, т. е. в 5½ раз больше; общее число заслушанных докладов на Казанском Съезде было 115, на Саратовском же—260!

Чем же, спрашивается, объясняется такой успех Саратовского Съезда? Прежде всего, конечно,—несомненно огромною потребностью в областных съездах врачей вообще и в Поволжских съездах в частности. Отчасти здесь, возможно, играл известную роль и долгий срок, протекший между созывом I и II Съездов. Главная, однако, причина успеха Саратовского Съезда лежит в том, что Съезд этот был хорошо задуман и хорошо организован. В этом отношении нельзя не отдать полной справедливости Организационному Комитету Съезда, с проф. С. Р. Миротворцевым во главе.

I Поволжский Съезд врачей, Казанский, имел чисто-научный характер, Саратовский же Съезд, созданный Научной Ассоциацией врачей при местном губ. отделе союза Медсантруд и Медицинским Факультетом Саратовского Университета, носил не только научный, но до некоторой степени и общественный характер, причем здесь были выдвинуты на первый план интересы и потребности участковых врачей. Оттого последние и приняли в этом Съезде весьма живое участие,—их явилось на Съезд около 200. Саратовский Съезд, как метко выразился в одной из своих речей маститый В. П. Разумовский, явился прямым наследником и продолжателем Пироговских съездов. Обстоятельство это, по моему убеждению, является неслучайным залогом успеха Поволжских съездов вообще. На чисто-научной почве последние, конечно, не могут соперничать с всесоюзными съездами по различным специальностям, столь часто созываемыми у нас в Союзе. В отличие от этих съездов Поволжские съезды должны иметь в виду, главным образом, как научные, так и бытовые интересы широкой врачебной массы, участковых врачей.

Обращаясь к конструкции Саратовского Съезда, отмечу, что, согласно пожеланиям, высказанным на местах,—между прочим и у нас в Казани,—Съезд этот имел относительно-большое число пленарных заседаний: последних было 6, тогда как на Казанском Съезде, как это принято и на большинстве съездов, их было всего 2—вступительное и заключительное. При этом уже на вступительном и заключительном заседаниях Саратовского Съезда, помимо вопросов организационного характера, были затронуты и научные вопросы: во вступительном заседании был заслушан доклад проф. В. П. Разумовского „Физкультура, как профилактика заболеваний“, в заключительном — проф. Н. Е. Кушевым был сделан доклад „Улучшения терапии в прошлом и настоящем“. Остальные 4 пленарных заседания были исключительно посвящены научным и научно-общественным докладам, как программным, так и внепрограммным, но представляющим более широкий интерес для врачебной массы.

За недостатком места ограничусь лишь простым перечислением этих докладов. На утреннем пленарном заседании 5/VI были сделаны доклады: мною—об абортe, д-ром Л. А. Мукосеевым (Саратов)—о путях расширения акушерской помощи в деревне, д-ром П. Н. Соколовым (Саратов)—об охране материнства и младенчества, проф. С. И. Златогоровым (Харьков)—о современном положении вопросов этиологии, профилактики и терапии скарлатины и проф. П. Г.

Дауге (Москва)—о плановых задачах государственного зубо-врачебного строительства в ближайшее 10-летие. На вечернем пленарном заседании того же дня были заслушаны доклады: проф. В. Н. Розанова (Москва)—об аппендиците, проф. П. А. Герцена (Москва)—о раке нижней губы, проф. Н. М. Какущкина (Саратов)—о раке матки и общественной борьбе с ним, проф. Штерн (Москва)—о барьерных функциях животного организма, проф. Л. Е. Комедантова (Ростов н/Д)—о заболеваниях миндалин и их роли при заболеваниях организма и д-ра Л. Н. Пермута (Саратов)—о современном состоянии вопроса о заболеваниях органов нашего тела в связи с заболеваниями полости рта и зубов. В пленарном заседании 6/VI докладчиками выступили профф. М. Н. Райский (Саратов)—по вопросу об ответственности врачей, Е. Н. Павловский (Ленинград)—о современных направлениях в развитии паразитологии, Н. П. Скляр (Астрахань)—«Проблема души и тела», д-р Н. Н. Максимович (Саратов)—о трахоме в Поволжье и д-р Н. Н. Даркшевич (Оренбург)—о кумысолечении. Наконец, на пленарном заседании 8/VI были заслушаны доклады: проф. К. А. Шмелева (Саратов)—об успехах современной химиотерапии инфекционных заболеваний, проф. В. А. Арнольдова (Саратов)—о водоснабжении в городах и сельских местностях, проф. С. М. Никанорова (Саратов)—о чуме в Поволжье и проф. Н. П. Кутанина (Саратов)—о медицинском мышлении (с дополнительными докладами д-ров Рудницкого и Лапидуса).

Многочисленность пленарных заседаний Съезда и сделанных на них докладов имела свои хорошие стороны: благодаря ей, большое число докладов, представляющих общий интерес, сделалось доступным всем членам Съезда. Наряду с этим на Съезде выявились отрицательные стороны такой многочисленности: прежде всего не для всех пленарных заседаний оказалось возможно подыскать достаточно просторные и удобные в акустическом отношении помещения; главное, однако,—в заседаниях этих пришлось ограничиться лишь выслушиванием докладов, прения же по ним пришлось перенести в соответствующие секции, что конечно, представляло огромные неудобства.

Секций и подсекций на II Поволжском Съезде врачей было 13 (на I Съезде их было всего 6), а именно: хирургическая, терапевтическая, педиатрическая, акушерско-гинекологическая, дермато-венерологическая, оториноларингологическая, глазная, одонтологическая, психоневрологическая, судебной медицины и врачебной экспертизы, общей и социальной гигиены, микробиологии и эпидемиологии, физиологии и патологии. Все они имели, в общей сложности, около 40 заседаний, причем некоторые из них были совместными, напр. для хирургической и терапевтической лекций, для педиатрической и микробиологической и пр. Кстати сказать, эти совместные заседания представляли особенный интерес и отличались наибольшим оживлением, что необходимо иметь в виду при организации дальнейших Поволжских съездов.

В секционных заседаниях, помимо прений по докладам, заслушанным в пленарных заседаниях, было сделано и подверглось обсуждению свыше 230 докладов по различным вопросам научного и бытового характера. Не вдаваясь в подробное перечисление этих докладов, отмечу лишь, что многие из них представляли интерес не только для врачей-специалистов, но и для всей врачебной массы. Некоторые из них имели непосредственное отношение к работе участковых врачей. Что и научная сторона секционных заседаний Съезда стояла на надлежащей высоте,—за это ручалось уже участие в докладах и прениях целого ряда выдающихся профессоров-специалистов по различным отраслям медицинской науки. Общее число их на Саратовском Съезде достигало 40, причем, кроме местных, Саратовских профессоров, на Съезд явились представители медицинской профессуры из Москвы, Ленинграда, Казани, Харькова, Ростова н/Д, Астрахани и др. университетских городов Союза.

Секциями Съезда был выработан целый ряд резолюций по различным жизненно-важным вопросам, преимущественно профилактического характера, каковые резолюции были внесены на рассмотрение и одобрение Съезда в его заключительном пленарном заседании.

Весьма большой успех имела устроенная при Съезде выставка. Помещающаяся в обширных залах Анатомического Института Саратовского Университета,—кстати сказать, по своему помещению лучшего из всех аналогичных институтов Союза,—она заключала массу интересных экспонатов, из которых особенное внимание посетителей привлекали прекрасно сохранившиеся мумифицированные трупы, доставленные из Вольска.

Подводя итоги тем впечатлениям, какие мною были вынесены с Саратовского Съезда, не могу не прийти к некоторым заключениям, которые не мешало бы иметь в виду при организации дальнейших Поволжских съездов. Прежде всего Саратовский Съезд показал, что Поволжские врачебные съезды и нужны, и могут иметь большой успех. Для этого, однако, они должны носить не только чисто-научный, но и общественный характер, имея в виду интересы и потребности главным образом участковых врачей. Что касается их конструкции, то конструкция Саратовского Съезда, с его пленарными и секционными заседаниями, в общем является целесообразною; но число пленарных заседаний должно быть меньше, чем это имело место на Саратовском Съезде, а равно меньше должно быть и число предназначенных для этих заседаний докладов, причем последние должны быть посвящены исчерпывающему освещению наиболее крупных и жизненных вопросов; за то весьма желательно в большем числе устраивать на Съездах соединенные заседания нескольких секций по вопросам, имеющим „пограничный“ характер.

Для решения вопроса о времени и месте следующего Поволжского Съезда на Саратовском Съезде был произведен опрос съехавшихся врачей. К сожалению, на этот опрос откликнулось сравнительно-небольшое число членов — лишь 200 с небольшим. Значительное большинство высказалось за созыв следующего Съезда в 1929 г. Что же касается места будущего Съезда, то больше всего голосов было подано за Саратов, Казань и Астрахань, причем, так как и в Саратове, и в Казани, съезды уже были, пришлось, в качестве места для III Поволжского Съезда, предположительно остановиться на Астрахани. Этим самым было предпрешено и время года, когда должен быть созван будущий Съезд: по местным условиям наиболее подходящим временем года для созыва Съезда в Астрахани является сентябрь месяц.

Х р о н и к а.

192) Совнарком Татарской Республики принял постановление об организации в Казани Туберкулезного Института.

193) В 1925 г. при Казанском У-те были организованы курсы для усовершенствования фармацевтов, на которые и было зачислено 72 фармацевта. В настоящее время курсам этим грозит опасность закрыться по недостатку средств. Настоятельно нужно, чтобы соответствующие органы приняли меры против этого, ибо высококвалифицированные фармацевты столь же необходимы, как и высококвалифицированные работники в других отраслях производства.

194) По заявлению т. Б р о н н е р а (Бюл. НКЗ, 1927, № 10) „высшая медицинская школа переживает кризис преподавательского состава... Достаточно указать на то, что из числа 15 медицинских высших школ РСФСР девять (! Ред.) не имеют руководителей кафедры биологической химии, одной из основных кафедр медицинского факультета“.

195) В текущем строительном сезоне НКЗ РСФСР ассигновал 11.895 тыс. руб. на больничное строительство из страхового фонда. Предполагается выстроить около 60 новых больниц, 35 амбулаторий, 7 диспансеров, 4 физиотерапевтических института, 3 ночных санаторий и пр.

196) 5 Июля тек. г. в Харькове открыта Эндокринологическая клиника для больных с нарушением функций эндокринной системы. Во главе клиники стоит пр.-доц. К о г а н - Я с н ы й.

197) С конца тек. года Госиздатом будет издаваться „Центральный Медицинский Журнал“, задачей которого является—фиксировать в кратких рефератах все статьи по медицине, появляющиеся в периодической печати СССР, а также рецензировать наиболее значительные монографии и учебники. Журнал будет выходить выпусками около 15—20 лист. каждый, 10 раз в год. В первых выпусках его будут реферированы статьи за 1927 г.

198) Во второй половине декабря т. г. в Москве предполагается созвать Всесоюзный Съезд Психиатров.

199) IV Всесоюзный Туберкулезный Съезд состоится в мае будущего г. в Тифлисе.

200) X Всесоюзный Съезд Терапевтов состоится в Ленинграде в конце декабря тек. г., и продлится 6 дней, из которых 4 дня будут посвящены заседаниям Съезда, а 2—ознакомлению членов его с научными учреждениями (Академия Наук,

Институт Эксп. Медицины, различные специальные институты и т. п.), клиниками и больницами. Участникам Съезда при осмотре названных учреждений будет предоставлена возможность ознакомиться с их текущей работой и последними достижениями. Кроме того, предложено организовать совместные заседания Съезда с Ленинградскими научными обществами. Программными темами Съезда и докладчиками по ним являются: 1) «Периферическое сердце» — проф. Г. Ф. Ланг (Ленинград) и Н. А. Куршаков (Воронеж); 2) «Висцеральный сифилис» а) «Сифилис почек» — проф. Ф. Г. Яновский (Киев) и б) «Сифилис печени» — проф. М. О. Вихерт (Москва); 3) «Лечение базедовой болезни» — проф. В. Д. Шервинский и А. В. Мартынов (Москва); 4) «Паратифозные заболевания» — проф. А. Н. Штуцер (Ростов) и Г. А. Пвашенцов (Ленинград). Заявления о докладах будут приниматься до 1 ноября. К этому сроку обязательно должны быть представлены подробные авторефераты докладов с положениями и выводами. Авторефераты направлять, а также за всеми справками обращаться в Президиум Орг. Комитета: председатель — проф. Г. Ф. Ланг (Ленинградский Мед. Институт, Фак. Тер. клиника), тов. председателя проф. М. В. Чернурукский (Ленинградский Мед. Институт, Госпитальная Тер. клиника), секретари: М. Д. Тушинский (Ленинград, Лыгвка, 126, кв. 21) и А. Н. Володин (Ленинград, Павловская, 10—Б, кв. 20).

201) VI Всесоюзный Научно-Организационный Съезд по курортному делу состоится в Москве, с 8 по 15 декабря тек. года.

202) Одновременно с VI Съездом по курортному делу в Москве, с 12 по 16 декабря, состоится II Съезд Физиотерапевтов. Программными вопросами Съезда намечены: 1) «Физиотерапия болезней суставов» (докл. проф. С. А. Бруштейн), 2) «Дозиметрия в фототерапии» (докл. проф. П. Г. Мезерницкий и А. К. Шенк), 3) «Токи высокого напряжения в соврем. терапии» (докл. проф. А. Е. Щербак и пр.-доц. Л. В. Фельдман) и 4) организационные вопросы. Заявления о докладах и тезисы к последним принимаются до 1 ноября тек. г. по адресам: Поликлиника Мосздравотдела, Петровка, 25, и Лечебный отдел НКЗ, комн. 509.

203) VIII Всесоюзный Съезд Акушеров и Гинекологов состоится в конце мая буд. 1928 г. в Киеве. Программными вопросами Съезда намечены: 1) «Кесарское сечение во всех модификациях», 2) «Миомы матки» и 3) «Профес. вредности в акушерстве и гинекологии». В целях лучшего подбора материала для Съезда постановлено организовать в университетских городах особые районные апробационные комиссии, в которые должны быть не позже 1 апреля 1928 г. доставлены авторефераты и основные положения докладов; в случае надобности комиссия может затребовать от докладчика полный доклад; к 1 мая доклады эти должны быть представлены в Оргбюро Съезда.

204) III Всероссийский Съезд Урологов приурочивается к XX Съезду Хирургов и состоится в Москве. Программными темами Съезда выставлены: 1) «Плотные опухоли почек», 2) «Гонорройные заболевания семенных пузырьков». Рекомендованными темами намечены: 1) «Этиология нефролитиаза» 2) «Гонорройные воспаления придатков матки». При Съезде будет организована выставка. По всем делам Съезда обращаться к секретарю Правления, пр.-доц. В. П. Ильинскому, Москва 2, Арбат 40, кв. 3.

205) Госмедторгпиромом в свое время был организован при Берлинском Отделении Отдел индивидуальных медицинских посылок. Отдел этот в настоящее время ликвидирован, прием заказов на медицинские посылки Правлением Госмедторгпиромы прекращен, и впредь все заказы и запросы будут оставаться без исполнения и ответа.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

25) Каковы были этапы терапевтического мышления за последние 30—40 лет?

Подп. № 704.

Ответ. Исчерпывающий ответ на этот вопрос дать трудно. Редакция отправляет т. подписчика к лекции проф. С. С. Зимницкого «О направлениях в терапии», напеч. в № 18—19 «Врачебной Газеты» за 1917 г., и статье проф. Н. Е. Кушева «Увлечения терапии в прошлом и настоящем», помещаемой в настоящем № «Журнала».

Ред.

Письмо в редакцию.

В статью прив.-доц. А. М. Зюкова, напечатанную в № 3 Вашего уважаемого Журнала, вкралась досадная ошибка, которую мы очень просим Вас исправить.

Доказывая невозможность всасывания солей в грязевой ванне (конечно неповрежденной человеческой кожей), автор ссылается на „исследования проф. Вериги в Кеммерне“. Кажется, не надо быть бальнеологом, чтобы знать, что проф. Вериги работал в Одессе и вопросом о всасывании солей из грязевой ванны не занимался, тем более—в Кеммерне.

Мы думаем, что самая элементарная справка в русской литературе (о необходимости большего внимания к которой помещена заметка д-ра С. Рафалькеса как раз в том же № «Каз. Мед. Журнала»), показала-бы автору, что он упоминает о нашей работе «К вопросу о всасывании веществ, растворенных в грязевой ванне», напечатанной во „Врачебной Газете“ (1912 г., № 11).

В этой нашей статье д-р Зюков, очевидно, нашел и ссылку на работу проф. Вериги, но не заметил того, что цитируемая работа не имеет прямого отношения к теме нашей статьи, а касается содержания пода и аминовых оснований в Одесской грязи.

В этой же статье нами впервые заявлено о «гипотезе усталости», которая оказала некоторое влияние на последующее изучение вопроса о грязелечении, и которую д-р Зюков приписывает „некоторым авторам“, и здесь не упоминая наших фамилий.

Мы полагаем, что было-бы целесообразнее, если-бы автор сделал точные ссылки на цитируемые им литературные источники: поступая так, он не вводил-бы в заблуждение ни читателей, ни самого себя.

Примите уверение в совершенном почтении.

Проф. В. С. Садиков.

Прив.-доц. А. А. Лозинский.

Пятигорск, 19 июля 1927 г.

Журналы и книги, поступившие в редакцию.

1. „Annales de médecine“, № № 5, 6, 7.
2. „Annales de l'Institut Pasteur“, № № 5—8.
3. „Acta Medica Scandinavica“, вып. II—IV.
4. „Бюллетень Наркомздрава“, № № 10—17.
5. „Вестник Современной Медицины“, № № 11—17.
6. „Врачебное Дело“, № № 11—17.
7. „Венерология и Дерматология“, № № 5—8.
8. „Врачебная Газета“, № № 11—17.
9. „Вестник Рино-Ларинго-Отитрии“, № № 3—4.
10. „Вестник Микробиологии и Эпидемиологии“, № 2.
11. „Вестник Эндокринологии“, № 3.
12. „Вестник Хирургии и Погранич. Облостей“, № № 28—30.
13. „Гигиена Труда“, № № 6—8.
14. „Гинекология и Акушерство“, № № 2—3.
15. „Журнал Ушных, Носовых и Горловых болезней“, № № 5—6.
16. „Jornal dos Clinicos“, № № 7—14.
17. „Журнал для Усовершенствования Врачей“, № № 5—6.
18. „Журнал по Изучению Раннего Детск. Возр.“, № 5.
19. „Журнал Современной Хирургии“, № № 2 (8), 3 (9).
20. „Журнал Эксперимент. Биологии и Медицины“, № № 17—18.
21. „Иркутский Медицинский Журнал“, № 3.
22. „Casopis Lékaruv Ceskych“, № № 25, 28, 32.
23. „Клиническая Медицина“, № № 10—15.
24. „Le Cancer“, № 3.
25. „Ленинградский Мед. Журнал“, № 5.
26. „Long Island Medical Journal“, № № 4—8.
27. „Днепропетровский Медицинский Журнал“, № № 5—8.
28. „Медицинск. Обзорение Нижнего Поволжья“, № № 5—8.

29. „Медико-Биологический Журнал“, № № 1—3.
30. „Медицинская Мысль“ (Узбекистан) № № 5—7.
31. „Новый Хирургический Архив“, № 6.
32. „Новая Хирургия“, № 6.
33. „Науч. курсы для усов. врачей“, вып. 1, 2, и 3.
34. „Одонтология“, № 3.
35. „Одонтология и Стоматология“, № № 2, 3.
36. „Обозрение Психиатр. Невропат. и Рефлексологии“ № 2.
37. „Омский Медицинский Журнал“, № № 2—3.
38. „Профилактич. Медицина“, № 6.
39. „Русский Офтальмол. Журнал“, 5—9.
40. „Русско-Немецкий Журнал“, № № 4—7.
41. „Русский Вестник Дерматологии“, № № 5—6.
42. „Русская Клиника“, 5—6.
43. „Современная Психоневрология“, № № 5—8.
44. „Советская Медицина на Север. Кавказе“, № № 4—9.
45. „Сибирский Медицинский Журнал“, № № 2—7.
46. „Саратовский Вестник Здравоохранения“, № № 5—9.
47. „Теория и Практика Физической Культуры“, № № 3—4.
48. „Терапевтический Архив“, № 3.
49. „Therapeutische Berichte“, № № 5—9.
50. „Zentralblatt für Chirurgie“, № № 21—39.
51. „Химико-Фармацевтический Вестник“, № № 3—5.
52. „Курортное Дело“, № № 1—8.
53. „Ортопедия и Травматология“, № № 1, 2, 3.
54. „Harefuah“, № № 1, 2, 3.
55. „Урология“, вып. I, II.
56. „Труды I Съезда Российских Урологов“. Москва. 1927 г.
57. Шмидт. „Неотложная Хирургия участкового врача“. Ленинград. 1927 г.
58. П. С. Григорьев. „Руководство по венерическим болезням“. Москва. 1927 г.
59. М. Л. Крепс. „Гоноррея мужская, женская и детская. Москва. 1927 г.
60. Л. И. Айхенвальд. „Право душевно-больной“ Киев. 1927 г.
61. А. Ф. Вербов. „Основы Гипсовой Техники“. Ленинград. 1927 г.
62. Проф. Я. А. Ловцкий, прив.-доц. Н. И. Шварц и д-р Г. Я. Гехтман. „Функцион. диагностика заболеваний внутренних органов“. Ленинград. 1927 г.
63. А. П. Николаев. „Теория и практика гипноза“. Киев. 1927 г.
64. Проф. Н. Ф. Голубев. „Головные боли“. Ленинград. 1927 г.
65. П. С. Розен. „Практич. руковод. по бактериологической технике“. Москва. 1927 г.
66. И. Гельман. „Эссенциальная гипертензия“. Москва. 1927 г.
67. Я. Б. Левинсон. „Дезинфекция при туберкулезе“. Ленинград. 1927 г.
68. Август Креч. „Анатомия и физиология капилляров“. Ленинград. 1927 г.
69. Проф. С. С. Зимницкий. „Лекции по сердечным и почечным болезням“. Казань. 1927 г.
70. Н. Д. Левитов. „Испытание умственной одаренности“ Москва. 1927 г.
71. П. И. Куркин и А. А. Чертков. „Естественное движение населения Москвы и Моск. губ.“. Москва. 1927 г.

Спрос врачебного труда.

Кермининский Окргдрав приглашает врачей-специалистов: в Кермининскую больницу врача-терапевта, на оклад 250 руб., и врача-хирурга, 300 руб.; в Кермининскую амбулаторию врача-венеролога, на оклад 250 руб., и врача-глазника, на 350 руб., а также зубтехника, на оклад 120 руб.; в Катта-Курганскую больницу врача-хирурга, желательного с знанием акушерства, на оклад 300 руб.; в Пейшамбинскую больницу врача-акушера с хирургическим уклоном, оклад 250 руб. Подъемные в половинном размере оклада по приезде, остальная половина в конце года; билет и багаж 3 пуда за счет Окргдрави; по прослужении 10½ месяцев месячный отпуск с сохранением содержания плюс 2 недели без сохранения содержания. Города Катта-Курган и Кермине на ж. д., Пейшамбе—18 верст от ж. д. При Катта-Курганской и Пейшамбинской больницах имеются квартиры. Заявления подавать в Зеравшанский Окргдравотдел, г. Кермине, Уз. С. С. Р., Окргдрав.

ИВАНОВО-ВОЗНЕСЕНСКОЙ ГУБСОЦСТРАХКАССЕ

требуются врачи-консультанты— акушеры и гинекологи в числе 5 человек и терапевты—10 человек для города Ив.-Вознесенска и уездных городов—Кинешмы, Шуи и других. Стаж по специальности для работы в губернии необходимо иметь не ниже 5 лет, а общий врачебный стаж не ниже 8—10 лет. Для уездных городов стаж врача по специальности не ниже 3 лет, а общий врачебный стаж 5—7 лет.

Оплата труда по соглашению. Лица, желающие занять должность консультанта акушера-гинеколога, должны подать Губстрахкассе заявление с приложением всех документов, желательно не позднее 1-го октября с./г.

ПОСТУПИЛИ в ПРОДАЖУ:

Д-р В. Б. БЛАНК,

зав. Центр. Лабораторией Гос. Инст. для усов. врачей им. Ленина в Казани.

==== **Vademecum** ====

по лабораторной технике.

„...КНИЖКА ЭТА ИМЕЕТ ЦЕЛЮ ПОМОЧЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ БЫСТРО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В МЕТОДАХ и ТЕХНИКЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ...“ (из предисловия).

Цена 75 коп.

.....

„Амбулаторная книжка для записи больных“.

СОДЕРЖИТ 240 ЛИСТОВ ДЛЯ ЗАПИСИ БОЛЬНЫХ ОБЫЧНОГО КНИЖНОГО ФОРМАТА, КРОМЕ ТОГО, АЛФАВИТ И ЛИСТЫ УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ, ОТПЕЧАТАНА НА ОЧЕНЬ ХОРОШЕЙ БУМАГЕ И ЗАКЛЮЧЕНА В ИЗЯЩНЫЙ КОЛЕНКОВЫЙ ПЕРЕПЛАТ.

Цена 3 рубля.

Высылаются наложенным платежом, без задатка. ■■ Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно.

С требованиями обращаться в редакцию „Казанского Медицинского Журнала“, г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.

ИЗДАНИЕ „КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА“.

Вышло из печати и поступило в продажу:

Д-р С. Я. Голосовкер.

О половом быте мужчины.

Цена 30 коп.

Имеются в продаже следующие издания „Казан. Мед. Журнала“:

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.

5) Д-р **С. И. Шерман.** „Разбор несовместимых и неразумных рецептов с приложением рецептурных формул и таблиц несовместимостей“.

«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 важного вопроса. Формулы предлагаемых автором рецептов с химической стороны являются вполне рациональными и устойчивыми, в частности формулы рецептов для больнично-амбулаторного приема (страхкасс) 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.**

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.

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 Университета.

НАУЧНЫЕ КУРСЫ для УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ (7-й год издания),

под редакцией проф. М. Я. Брейтмана. Издание, дающее практически врачам возможность без особого труда постоянно оставаться на высоте современных медицинских знаний. Задачи издания—дать обзоры успехов в различных областях медицины, написанные специалистами по каждому данному вопросу на основании огромного научного материала, а также и результатов личного опыта автора. Весь материал разбит на 12 выпусков. Каждый выпуск представляет собой годовой обзор одного из ниже-следующих отделов: 1) Хирургия. 2) Биология и патология. 3) Болезни органов кровообращения и дыхания. 4) Болезни органов пищеварения, болезни крови и обмена веществ. 5) Мочеполовые, кожные и половые болезни. 6) Нервные болезни и психиатрия. 7) Детские болезни. 8) Акушерство и женские болезни. 9) Общая терапия. 10) Гигиена, социальная, профессиональная и судебная медицина, учение о несчастных случаях, история медицины, популярная медицина. 11) Заразные болезни и учение об иммунитете. Серодиагностика. 12) Глазные, горловые, ушные, носовые и зубные болезни. В дополнение к немецкому изданию каждый выпуск содержит в себе библиографию, по возможности исчерпывающую, данного отдела. Подписная цена: за 12 выпусков—8 руб., для подписчиков «Врачебной Газеты» или «Практической Медицины»—6 руб. Допускается рассрочка платежа: при подписке—3 руб., 1 апреля—3 руб. и 1 июня—2 руб. Деньги адресовать: Издательство «Практическая Медицина», Ленинград, Улица Лассалы, № 2.

Открыта подписка на 1927 год на ежемесячный научно-популярный журнал для акушеров и сестер воспитательниц **„Охрана Материнства и Младенчества“.**

Ответственный Редактор—В. П. Лебедева. Редакционная Коллегия: Н. Ф. Альтгаузен, А. А. Барон, проф. А. С. Дурново, А. И. Лагутева, О. П. Ногина, С. А. Селицкий и проф. Г. Н. Сперанский. Секретарь редакции А. Б. Гофшеклер. Программа журнала: I. Научно-практический отдел. Статьи по вопросам: а) гигиена женщины во время беременности, после родов, вопросы акушерства и женских болезней, в пределах, необходимых для акушерки; б) гигиена вскармливания и ухода за ребенком раннего возраста; в) воспитание детей раннего возраста. II. Организационный отдел. Все вопросы по охране материнства и младенчества, связанные с деятельностью акушерки и сестры: а) вопросы правового характера, касающиеся женщины и ребенка; б) работа акушерки и сестры в деревне; в) культурно-просветительная работа по охране материнства и младенчества. III. Хроника, рефераты, рецензии. IV. Сообщения с мест о работе по охране материнства и младенчества. V. Справочный отдел. Подписная плата с доставкой и пересылкой: на год—3 руб., на полугодие—1 руб. 65 коп. За границу—2 1/2 доллара. Цена отдельного номера—30 коп. Адрес Редакции и прием подписки: Москва, М.-Черкасский пер. д. 2/6. Издательство «Охрана Материнства и Младенчества».

XXIII год

издания

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

на

XXIII год

издания

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ в 1927 г.

Издание Общества Врачей при Казанском Госуд. Университете
под редакцией проф. В. С. Груздева.

В „Журнале“ принимали и принимают участие следующие профессора, преподаватели и врачи-писатели:

Адамюк В. Е. (Казань), Алякритский В. В. (Смоленск), Аристовский В. М. (Казань), † Бенинг К. В. (Казань), Боголюбов В. Л. (Казань), Божовский В. Г. (Тобольск), Болдырев В. Н. (Бятта-Крик, Америк, Соед. Штаты), Борман В. Л. (Омск), Бродский Я. И. (Берлин), Бруштейн С. А. (Ленинград), Бургсдорф В. Ф. (Тифлис), Быков С. Г. (Саратов), Викторов К. Р. (Казань), Вишневский А. В. (Казань), Вольтер Б. А. (Казань), Галант И. (Москва), Глушков П. А. (Казань), Горизонтов Н. И. (Томск), Горяев Н. К. (Казань), Гросман И. Б. (Астрахань), Груздев С. С. (Братислава, Чехо-Словакия), Гусынин В. А. (Казань), Жбанков Д. Н. (Москва), Зимницкий С. С. (Казань), Кисель А. А. (Москва), Klemperer F. (Берлин), Клячкин Г. А. (Казань), Коган-Ясный В. М. (Харьков), Козлов И. Ф. (Омск), Красин П. М. (Казань), Кулябко А. А. (Москва), Курлов М. Г. (Томск), Левин А. М. (Баку), Лепский Е. М. (Казань), Лидский А. Т. (Астрахань), Линберг Г. Е. (Смоленск), Лозинский А. А. (Пятигорск), Лурия Р. А. (Казань), Меньшиков В. К. (Казань), Милославский В. В. (Казань), Миславский А. Н. (Ка-

зань), Миславский Н. А. (Казань), Михайловский И. П. (Ташкент), Mühlens P. (Гамбург), Николаев П. Н. (Казань), Опокин А. А. (Томск), Парин В. Н. (Пермь), Пильнов М. С. (Казань), Подъяпольский П. П. (Саратов), Попов П. И. (Казань), Разумовский В. И. (Саратов), Ратнер Л. М. (Свердловск), Русских В. Н. (Свердловск), Руткевич К. М. (Киев), Савченко И. Г. (Краснодар), Самойлов А. Ф. (Казань), Смородинцев И. А. (Москва), Соколов В. М., Соколов Н. В. (Казань), Софотеров А. К. (Самара), Степанов-Григорьев И. И. (Свердловск), Strauss H. (Берлин), Сухов А. А. (Ленинград), Телятников С. И. (Астрахань), Терновский В. Н. (Казань), Тимофеев А. И. (Казань), Тушинов М. П. (Казань), Фаворский А. В. (Казань), Фридланд М. О. (Казань), Чалусов М. А. (Самара), Чебоксаров М. Н. (Казань), Чирковский В. В. (Казань), † Чистович Н. Я. (Ленинград), Чистович Ф. Я. (Ленинград), Шварцман С. Я. (Одесса), Щербаков С. А. (Казань), Эдельберг Г. (Ярославль), Якобсон С. А. (Москва), Яснитский Н. Н. (Казань).

В настоящем 1927 году «Каз. Мед. Журнал» выходит, как и в 1926 году, ежемесячно, книжками, каждая не менее 7 листов (112 стр.) убористой печати. При этом редакция по-прежнему будет стремиться, чтобы «Журнал» в состоянии был удовлетворить научным и практическим потребностям провинциального врача, не имеющего возможности тратить на выписку дорого стоящих специальных изданий, и позволил ему иметь возможно полное представл. обо всех главн. этапах прогресса научн. медиц. мысли в России и загр. В соответствии с этими задачами «Журнал» будет состоять из 2 отделов:

ОТДЕЛ I будет заключать оригинальные статьи по всем отраслям теоретической и практической, лечебной, профилактической и общественной медицины (не менее 12—15 в каждом №).

ОТДЕЛ II — обзоры по наиболее интересным и важным для врача вопросам, рефераты важнейших работ из русской и заграничной печати (не менее 50 в каждой книжке), рецензии и библиографические заметки о вновь выхо-

дящих медицинских книгах, отчеты о поездках заграницу с ученою целью, отчеты о главнейших врачебных с'ездах, о заседаниях медицинских обществ Казани, Свердловска и др. городов Восточной России, хронику медицинской жизни и пр.

Наконец, в 1927 г. подписчики получают бесплатно несколько приложений, которые будут выходить под названием „МЕДИЦИНСКИЕ МОНОГРАФИИ“ и будут посвящены различным вопросам, преимущественно прикладного, практического характера.

Подписная цена на „Журнал“ (с приложениями): с № 4 (№ № 1—3 полностью разошлись) до конца года (9 № №) — 4 р. 50 к., на второе полугодие (6 № №) 3 р. 50 к.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

приготовленная по способу профессора д-ра БЮХНЕРА. ■ Доза для внутреннего употребления 20—30 капель до 3-х раз в день.

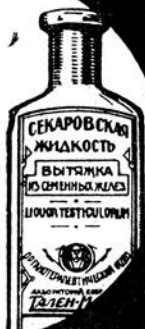
ЦЕНА ФЛАКОНА 3 рубля.

Имеется в продаже во всех аптеках и магазинах [санатории и гигиены СССР.

Почтой из главного склада высылается не менее 4-х флаконов при получении задатка 25 проц.

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
АДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

ГАЛЕН-МОСКВА

МОСКВА

№5
ГЕРЦЕНА



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

Посылки { 3 ампуллы — 3 р. 50 к.
 { 6 ампул — 6 р.

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

CHLORÆTHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

Гален



Москва