

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

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

**1927 г.**

(Год издания XXIII).

**№ 10.**

**О к т я б р ь.**



*Handwritten signature or initials, possibly "В. С. Груздев".*

КАЗАНЬ.  
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.



# Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Патолого-Анатомического Института Казанского Гос. Университета. (Завед. проф. И. П. Васильев).

## К вопросу о смене форм клеточных элементов в экссудатах плевральной полости при различного рода раздражениях.

(Предварительное сообщение).

Д-ра **Е. С. Алексеева.**

Вопрос о клеточном составе экссудатов различных серозных полостей давно привлекал к себе внимание исследователей, изучавших защитительные средства, при помощи которых идет борьба организма с инфекцией. Кроме того, в силу анатомических условий брюшная и плевральная полости животных очень удобны для экспериментальных исследований, почему всегда являлись излюбленными объектами при изучении явлений воспаления. Естественно поэтому, что в литературе мы находим огромное количество работ, по преимуществу экспериментальных, посвященных морфологии экссудатов. Однако лишь Widal и Ravaut, в 1900 г., впервые сделали попытку приложить опыт предыдущих изысканий и свои собственные наблюдения к клинике серозных плевритов. Авторы эти установили ряд положений (т. наз. цитологические формулы), отметив, что микроскопическая картина осадков выпотов не всегда является одинаковой, завися от причины, вызвавшей плеврит. Именно, для первичных туберкулезных плевритов характерно, по Widal'ю и Ravaut, преобладание лимфоцитов и эритроцитов, для вторичных плевритов, присоединившихся к уже имеющемуся туберкулезному процессу,—преобладание нейтрофильных лейкоцитов, для ряда других инфекционных плевритов—тоже преобладание нейтрофилов, и, наконец, для плевритов „механических“—у сердечных, почечных и раковых больных—характерно присутствие большого количества эндотелиальных клеток, нередко располагающихся целыми пластами. Последнее явление, по мнению названных авторов, настолько характерно, что даже при наличии лимфоцитов и нейтрофилов указывает на развитие данного плеврита у сердечного больного, брайтика или цирротика.

Данные эти, внеся стройность и ясность в учение о клеточном составе плевритических экссудатов, были с большим вниманием встречены клиницистами, так как дали возможность отличать первичный туберкулезный плеврит от нетуберкулезного, причем они и до настоящего времени не утратили своего диагностического значения. В дальнейшем, однако, целый ряд клинических наблюдений и экспериментальных работ, произведенных с целью проверки зависимости между цитологией плевритических экссудатов и их причиной, дал весьма разноречивые результаты, частью подтвердив, частью дополнив основные положения Widal'я и Ravaut. Не вдаваясь в разбор указанных работ, отметим, что большинство авторов при различных (химических и механических) раздражениях серозных полостей находили в экссудатах главным образом два типа

клеточных элементов: полиморфно-ядерные лейкоциты и одноядерные, причем как количество, так и время их появления существенно разнятся, — одноядерные элементы, имеющие очень много общего с лимфоцитами крови, появляются в экссудате позже многоядерных и в меньшем числе. Многочисленные опыты с введением в серозные полости тbc палочек, пневмо, стрепто и стафилококков дали в общем ту же картину состава клеточных элементов экссудатов: преобладание полиморфно-ядерных лейкоцитов в первые сутки действия раздражителя, затем уменьшение количества их, — при постепенном нарастании, по мере удлинения срока опыта, количества одноядерных форм, среди которых вначале появляются большие клетки типа больших лимфоцитов и моноцитов крови, а в последующие дни — типа малых лимфоцитов (Czecsí).

Вместе с тем имеющаяся огромная литература по морфологии экссудатов серозных полостей, всасывательной способности последних, а также по явлениям фагоцитоза, хотя и освещает указанные факты с различных сторон, однако не дает точных указаний на время смены форменных элементов, а равно на процентное нарастание одних и уменьшение других на протяжении определенного числа дней. Имеющиеся в литературе указания этого рода относительно серозных полостей вообще и плевральных в частности крайне несистематичны, приводятся авторами чаще попутно, вскользь. Относительно брюшной полости в 1903 г. появилась работа Brisco's, который отметил, что полость эта одинаково реагирует на все применявшиеся им раздражители (молоко, бульон, сахар, кармин, бактерии), — получается однотипная кривая клеточного состава вызываемых при этом экссудатов. В 1924 г. Kamiya, из лаборатории Aschoff'a, опубликовал работу, где он детально разбирает смену форменных элементов в брюшной полости при различных раздражителях, прослеженную им от начала воспаления до его конца. По данным этого исследователя, в первые часы наблюдается значительное нарастание полинуклеаров, количество которых достигает максимума приблизительно через 1½ часов от начала опыта, а затем начинает уменьшаться, чтобы через 2—3 дня исчезнуть совершенно; наоборот, количество одноядерных элементов (гистиоцитов и лимфоцитов) увеличивается по мере исчезания полинуклеаров. Других работ по вопросу об изменениях цитологической картины серозных экссудатов нам встретить в литературе не удалось.

Что касается генеза клеточных элементов, встречающихся в экссудатах серозных полостей, то в настоящее время не для всех форм этот в прос является твердо установленным. Если относительно происхождения нейтрофильных лейкоцитов и малых лимфоцитов особых разногласий не имеется, то генез другой существенной составной части экссудата, моноцитарных форм, является еще неокончательно выясненным. Большинство исследователей более раннего периода относит их к лимфоцитам (Helly, Ferrata, Shleip и др.), так как, по мнению этих авторов, общее их строение с одной стороны, базофилия протоплазмы и наличие переходных форм между моноцитами и лимфоцитами — с другой говорят в пользу родства тех и других. Vanti, Naegeli, Parrenheim и др. считают их, однако, за самостоятельные типы клеток. Ranvier и Максимов приписывают им лимфогенно-гистиогенное происхождение, Marghand производит их из адвентициальных клеток, а Roloff и Patella — из клеток эндотелия. В последнее время Aschoff, Kyono

и др. относят их к гистиоцитам, т. е. к ретикуло-эндотелиальной системе.

Как известно, под именем ретикуло-эндотелиальной системы многие исследователи, с Aschoffом во главе, понимают reticulum и эндотелий селезенки, печени, лимфатических желез и костного мозга. В эту же группу относятся и особые, чаще всего располагающиеся вокруг сосудов, клетки соединительной ткани, обозначаемые Aschoffом и Купо названием гистиоцитарных элементов или, кратко, „гистиоцитов“. Последнего рода клетки не представляют из себя нового, неизвестного клеточного вида,—они описывались и раньше под различными названиями. Так, Мечников называет их макрофагами, Beathé—гялиновыми клетками, Wallgren—моноклеарными лейкоцитами, Ranvier—клязма-тоцитами, Renaud—рагиокринными клетками, Marchand—адвентициальными клетками, Максимов—полибластами, Weidenreich—большими клетками трансудата, Goldman—Pyrolozellen, Bergel—большими лимфоцитами и, наконец Aschoff и его школа—гистиоцитами. Общим для этой системы является энергичное участие в процессах фагоцитоза, резорбции, обмена веществ, в выработке ферментов и антител и т. п. От этой системы при раздражениях, по мнению ряда исследователей, отрываются отдельные клетки, которые, примешиваясь к экссудату, составляют часть его клеточных элементов, а в крови—часть моноцитов ее.

Гистиоциты в экссудатах серозных полостей, по описанию ряда авторов, представляют собою большей частью одноядерные клетки то круглой, то несколько овальной формы, величина которых то равняется величине лимфоцита, то превышает ее, иногда в несколько раз. Ядро большей частью располагается эксцентрично и имеет различную форму: круглую, овальную, почкообразную, лопастную (как это мы видим у нейтрофилов). Отдельные сегменты ядра,—большею частью в числе 2—3, обычно одинаковой величины, реже разной,—или лежат отдельно на разных полюсах клетки, или соединены между собой мостиком ядерного вещества. Хроматин ядра располагается в виде толстых, грубых и рыхло перешитенных тяжей. Часто ядра имеют по две вакуолы. Иногда в них встречаются формы митотического деления. Протоплазма окрашивается по способу Giemsa в голубовато-синеватый цвет, базофильна и обнаруживает ясное сетчатое строение. Интенсивность базофилии колеблется, но в общем она слабее, чем в лимфоцитах. Иногда по краю клетки протоплазма дает выпячивания наподобие псевдоподий, и вся клетка представляется образованием как-бы с бахромой. К особенностям протоплазмы гистиоцитов принадлежат ее вакуолизация. Вакуолы различной величины располагаются чаще всего ближе к периферии клетки. По воззрениям одних авторов они являются результатом дегенерации клетки, по взглядам же других—результатом секреторной функции последней, или накопления в ней продуктов обмена, или внутриклеточного переваривания фагоцитированных клеточных элементов. Гистиоциты обладают способностью фагоцитировать нейтрофилов, эритроцитов, капельки жира и т. п., а также захватывать различные краски, вводимые для целей эксперимента.

Отсутствие планомерно и систематически проведенных наблюдений над цитологической картиной плевральных экссудатов при различных раздражениях, в смысле смены ее, и побудило меня, по предложению

проф. И. П. Васильева, проработать этот вопрос; при этом, хотя мои наблюдения в данной области еще неполно закончены, однако, в виду получения мною определенных результатов, я считаю возможным опубликовать их.

После испытания многих способов получения плевральных экссудатов мы остановились на нижеследующем, как на наиболее простом и легко применимом: правая половина грудной клетки животного на уровне VII—VIII ребер очищалась от волос, и в плевральную полость, с соблюдением правил асептики и антисептики, шприцем вводился тот или другой раздражитель; во избежание поранения легочной паренхимы игла шприца предварительно тупо стачивалась. Затем в определенные сроки производилось добывание экссудата, что мы проделывали следующим образом: в плевральную полость через прокол кожи и межреберье вводилась игла, и тотчас же через канал последней пропускался на подобие мандрина тонкий стеклянный капилляр обычной Pasteur'овской пипетки, после чего добывалось содержимое плевральной полости путем насасывания. При навыке и надлежащей быстроте операции при этом удается избежать попадания значительного количества воздуха в плевральную полость. Экссудат затем из капилляра быстро выдувался на часовое стеклышко и с него набирался смесителем для счета белых кровяных телец, помощник же делал мазки на предметных стеклах. Весь процесс набора смесителем и приготовления мазков должен происходить быстро, так как экссудат обычно очень скоро свертывается. Затем количество форменных элементов сосчитывалось в камере Tü r k'a, и подсчитывалась лейкоцитарная формула по окрашенным мазкам.

Экссудат обычно добывался нами сначала непосредственно перед опытом, далее—через 6 часов, через сутки, 2 суток, 4, 6, 8, 10 и т. д.—до тех пор, пока он не становился прозрачным, водянистым на вид, количество его становилось едва достаточным для мазков, а по составу он приближался к трансудату до опыта. В выборе указанных сроков добывания экссудата мы руководствовались следующими соображениями: во-первых, нейтрофильный лейкоцитоз в экссудатах при первых наших ориентировочных опытах достигал максимума к 6 часам после введения раздражителя; во-вторых, к этому моменту начинали появляться в заметном числе одноядерные элементы. Более поздние сроки нами выбраны из желания проследить цитологическую картину как можно дольше и тем самым приблизить эксперимент к клинике, где врачу чаще всего приходится сталкиваться с плевритом на 3-й, 4-й дни и в более поздние сроки после начала заболевания.

В качестве опытных животных нам служили кролики, а для сравнения цитологической картины у других животных мы пользовались собаками, крысами и морскими свинками. Всего нами было проделано 50 опытов, где среди раздражителей плевральной полости фигурировали следующие: физиологический раствор хлористого натрия, вещества протеинового типа (казеин, пептон), вещества липоидного характера (холестерин, лецитин, прованское масло), краски (трипан-бляу, кармин), виноградный сахар, адреналин, азотнокислое серебро, раствор L u g o l'a, скипидар, вакцина b. coli, alt-туберкулин и дифтерийный токсин.

Каждый опыт данной группы повторялся на двух животных, причем каждое животное этой группы в среднем находилось под опытом от 6 до 12 дней.

Кроме того, нами были произведены опыты (вторая группа) с введением культур BCG (по Calmett'y) и ослабленных тbc палочек типа humanus и bovinus. Всего с этой группой раздражителей нами проделано пока 15 опытов. Так как работу с живыми возбудителями мы не считаем еще законченной, то при изложении результатов нашего исследования и будем говорить только о данных, полученных с первой группой раздражителей.

По окончании опыта в большинстве случаев животные убивались, и результаты патолого-анатомического вскрытия их записывались в протоколы.

Здесь заметим кстати, что во всех случаях плевральные полости оказались свободными от спаек и без следов явного экссудативного воспаления. Легкие также были без следов ателектаза и пневмонических явлений.

Переходя теперь к изложению результатов своих опытов, прежде всего остановлюсь вкратце на цитологии содержимого плевральных полостей кроликов до введения раздражителя. Обычно нам удавалось получить при этих условиях всего 1—2 капли содержимого,—водянистого,

прозрачного, бедного клеточным составом. Количество форменных элементов колебалось в нем от 220 до 300 в 1-м куб. сант., причем нейтрофильные (псевдо-эозинофильные) лейкоциты попадались нам очень редко, лишь в виде исключения; то же самое следует сказать и относительно эритроцитов. Обычно нам встречались одноядерные клетки с базофильной протоплазмой типа лимфоцитов крови, затем—клетки с базофильной вакуолизированной протоплазмой своеобразного розоватого оттенка и круглым или овальным, сетчатого строения, без ядрышек, эксцентрично расположенным ядром. Эти клетки я отношу к гистиоцитам. Довольно часто попадались также нам эндотелиальные клетки—одиночно или в виде пластов (по существующим в настоящее время взглядам клетки, выстилающие серозные полости, считаются имеющими эпителиальное происхождение).

После введения раздражителя картина резко менялась: в экссудате появлялись полиморфно-ядерные лейкоциты, лимфоциты и гистиоциты, а также,—чаще к концу опыта,—эндотелиальные клетки. Очень редко попадались эозинофильные лейкоциты и эритроциты и в виде исключения—Mastzellen.

В частности количество нейтрофильных лейкоцитов достигало своего максимума (90—96%) к 6 часам действия раздражителя, затем быстро падало и к концу опыта (6—10 суток) приближалось к нулю. Гистиоцитарная реакция, наоборот, с незначительной цифрой в начале опыта (6 часов) быстро росла и достигала максимума к концу опыта. Обе кривые на 2-е—3-и сутки пересекали одна другую, т. е. в этот период времени количества тех и других форменных элементов были почти равны. Колебания количества лимфоцитов за все время опыта были незначительны, оставаясь на сравнительно-низких цифрах, и только к концу опыта отмечалась наклонность к повышению кривой. Таким образом к концу опыта, когда прекращались явления раздражения плевральной полости, в содержимом ее мы находили лишь ничтожное количество нейтрофильных лейкоцитов и огромное количество гистиоцитов.

Так как вторую половину нашей работы—с введением живых раздражителей (палочки tbc, BCG и пр.)—мы не считаем еще законченной, то наши выводы будут обоснованы только на данных, полученных при введении раздражителей, которые мы выделили в первую группу, а также дифтерийного токсина, туберкулина и вакцины *b. coli*. Выводы эти—следующие:

1. Плевральная полость кроликов до известной степени одинаково реагирует на введение различных раздражителей, в смысле смены клеточного состава экссудата.

2. Плевральная полость собак, морских свинок и крыс на введение пептона реагирует так же, как плевральная полость кроликов.

3. При введении раздражителя преобладающими элементами экссудата через 6 часов являются полиморфно-ядерные лейкоциты, число которых затем падает и в большинстве опытов к 6—10 суткам приближается к нулю.

4. Гистиоциты, малочисленные в начале опыта (6 часов), затем нарастают в числе, причем это нарастание достигает максимума, в большинстве опытов, на 6-е—8-е сутки.

5. Приблизительно-одинаковое количество полиморфно-ядерных лейкоцитов и гистиоцитов в экссудате наблюдается между вторыми и третьими сутками.

6. Число лимфоцитов в экссудате во все время опыта остается приблизительно на одной и той же высоте, причем по сравнению с общим количеством клеточных элементов экссудата оно не превышает 5—10—12<sup>0</sup>/<sub>6</sub>.

7. Фагоцитоз гистиоцитами полиморфно-ядерных лейкоцитов, эритроцитов, краски, капелек масла и тbc палочек резче всего бывает выражен через двое суток.

8. Эндотелиальные (эпителиальные) клетки поверхностного покрова плевры одиночно и пластами появляются в экссудате к концу опыта, в особенно большом количестве у собак.

---



## К изучению реакции оседания эритроцитов в кринопатологии.

Проф. А. А. Сухова.

Со времени обнаружения R. Fahraeus'ом, в 1916 г., ускоренного оседания эритроцитов в цитрированной крови беременных женщин, быстро растет литература об этой реакции (SR—Senkungs Reaktion), и не только при беременности, но и вообще в патологии. Сравнительно мало, однако, значение ее разработано в крино- и психо-нейропатологии; между тем имеющиеся данные позволяют думать, что при помощи этой реакции можно установить наводящие вехи для дальнейшей проработки этих отраслей науки, особенно для анализа плюригландулярных форм. Так, напр., с точки зрения кринологии интересно соотношение между реакцией Fahraeus'a и различными физиологическими моментами: как известно, оседание эритроцитов у новорожденных замедлено в сравнении со взрослыми, у мужчин замедлено в сравнении с женщинами, у небеременных женщин замедлено в сравнении с беременными; кроме того, наблюдается ускорение оседания эритроцитов у небеременных женщин перед и во время регул. Переходя к области патологии и оставляя в стороне чисто-гинекологические вопросы, следует оттенить следующие выводы А. Э. Манделъштама, имеющиеся в его монографии о реакции оседания эритроцитов в гинекологии (Ленинград, 1925): „Безусловно заслуживает внимания, что изменения, встречающиеся во время беременности, часто наблюдаются при таких болезнетворных процессах, которые, по своей сути, проявляют известное сродство с физиологическим состоянием беременности. Особенно интересно, что реакция оседания эритроцитов подтверждает установленное в серологии и раньше дифференциальное различие между кровью беременных и кровью новорожденных, причем кровь здоровых людей, вне этих физиологических фаз, занимает середину между этими двумя полюсами“. Что касается, наконец, значения реакции Fahraeus'a для психо-нейро патологии, то еще P l a u t (1920) обратил внимание на зависимость продолжительности оседания эритроцитов от различных состояний психо-нервной системы, в частности, ее патологических состояний.

Из сказанного ясно, что, наряду со всеми другими методами проработки кринопатологии и психо-нейро-патологии, желательна изучение форм их и путем определения быстроты оседания эритроцитов в плазме (реакции Fahraeus'a). При этом в первую очередь необходимо собирание отдельных кринопатологических случаев, проработанных и в данном отношении. Исходя из этой мысли, я и позволяю себе огласить в печати 2 интересных случая этого рода.

*Случай I.* Г. П., 23 лет, служащий, уроженец и житель Ленинграда, холостой. Наследственности нет, родители здоровой конституции, больной—5-й ребенок из 7; из его братьев живы двое, оба на военной службе. Про самое раннее детство

свое больной ничего не знает. Перенос обычные детские инфекции. Рос очень плохо, учился не хуже других и окончил 4-классную школу, после чего поступил на службу, которую исполняет хорошо. Libido никогда не было и не испытывает. Не курит и не пьет. Травмы не было.

Данные объективного исследования: рост 1 м. 26 см., вес 28 к., обычная  $t^{\circ}$  36,7 $^{\circ}$ —36,3 $^{\circ}$ . Горизонтальная окружность головы—49 см., сагиттальная полуокружность—26, фронтальная передняя—22, фронт. задняя—23; длина позвоночника—40 см., длина верхней конечности (справа и слева)—50 см., нижней (справа и слева)—71. Череп симметричный, с глубоким западением корня носа, с высоким выступающим твердого неба, с неправильно расставленными зубами; слабо-выраженное выступание нижней и верхней челюстей, широкий приплюснутый нос, слабо-выраженные надбровные дуги, слабо-выраженные пазухи; при исследовании черепа рентгеном можно еще отметить, что sella turcica значительно увеличена в своих размерах, особенно в длину, clivus Blumenbachii несколько отворочен казади (стоит почти вертикально), передние клиновидные отростки истончены, задние в своих верхних частях совсем ясно контурируются; по заключению рентгенолога Пироговской амбулатории, где производилось исследование, у больного, повидимому, имеется опухоль.

Скелет, особенно грудной клетки, носит ясные черты рахитизма; суставы всюду нормальные, периостита нигде нет. Мышечная система слабо развита; сила руки по динамометру справа—8 к., слева—5; в других отношениях мышечная система не представляет отклонений от нормы; в частности электровозбудимость мышц и нервов всюду нормальная.

Внутренние органы (по обследованию д-ра А. А. Смирнова) не представляют отклонений от нормы; моча нормальная; исследование крови (д-р М. Н. Лосева): Hb—54, количество красных кров. шариков—4,020,000, белых—14,600; лейкоцит. формула: нейтроф. многоядер. 60%, лимфоц. мал. 14%, лимфоц. бол. 10%, переходных форм 10%, эозинофилов 6%; реакция крови по F a h g a e u s'у слабо-положительная.

Кожа нормального цвета, микседематозно набухшая, сухая и атоничная. Волосы на голове нормальной густоты, усы, жестки, малой смазочности, брови редки, ресницы нормальны, пушковые волосы нормальны, усов, бороды, подмышковых и лобковых волос совершенно нет. Подкожно-жировой слой выражен средне.

Железы: щитовидная развита очень слабо, миндалевидные и лимфатические нормальны, зобная не определяется, печень и селезенка нормальны, половые органы (исследование д-ра Мусина-Пушкина) детские, умеренно выраженный фимоз, справа яичко отсутствует, слева детских размеров, без отклонений в других отношениях; при исследовании per rectum простата правильной формы, в виде каштана, мягковата, плосковата, величиной с 15—20 коп. монету, в области наружного отверстия небольшой полип, после массажа обнаружить секрета простаты не удается; грудные железы нормальны.

Общий habitus: тани средней дряблости, лицо несколько дряблое, со сглаженными складками, но черт типичной эвнухоидности не носит, таз не имеет женских черт; весь скелет имеет гармонично-карликовый вид, ожирения нет, ясные черты рахитизма, особенно со стороны грудной клетки.

Иннервация: красный дермографизм, брадикардия, резко выраженные сухожильные рефлексы, живые кожные, нормальная электропроводимость, фотоэстетическое ощущение не дифференцирует от тактильного.

Психика: ясное сознание, нормальная ориентировка, осмысление несколько медленное во времени, но в пределах нормы, память и внимание среднее, преобладание зрительной памяти, творчество слабее; по наведенным фактическим справкам, хороший сын и брат, без эгоцентризма, служака средний (старателен, аккуратен); libido не было и нет; настроен серьезно, не чуждается общества, но и не ищет его; сновидений особых не видит; бреда, навязчивых идей и галлюцинаций не обнаруживает, психоанализ не выявляет и задержанных комплексов или мнительности.

Органы чувств: 1) зрение (д-р Туманов)—глазное дно норм., v. o. utriusque—0,2, при коррекции 1,75 D. v. 0,3; 2) слух нормален, гортань нормальна, фонация детская; обоняние и вкус нормальные.

Случай П. Е. С., контрощипца, 25 лет, virgo, уроженка и жительница г. Ленинграда. Отец умер 32-х лет от легочного тбс, мать жива, ей 60 лет, истеро-неврастеничка. Больная—7-я из 7-ми детей, из них еще живы 4 ее брата, все очень нервные; больная росла тихо, но с 12 лет быстро поднялась; регулы у ней начались

с 14 лет., ходили и ходят нормально; психическое развитие шло правильно, училась не хуже других, с 12 лет курила. Больна с 1½ года: сделалась очень нервной, стал расти зуб, и развилось пучеглазие.

При объективном исследовании больная среднего роста, сложения и питания, конституция правильно-женская, кожа и видимые слизистые нормальной окраски, смазки и тонуса; волосистый покров всюду нормальный. T<sup>0</sup> колеблется между 37<sup>0</sup> и 37,6<sup>0</sup>, обычный пульс 100 в минуту, легко возбудим, обычное дыхание 20 в минуту. Костяк нормален, мышечная система, кроме некоторой общей, равномерной атонии, в других отношениях нормальна. Железы: миндалевидные нормальны, относительно лимфатических следует отметить скрофулезный лимфаденит шейных желез, селезенка и печень нормальны, щитовидная железа в состоянии сосудистой струмы значительного объема, зубной не констатировано, половые—нормальны.

Внутренние органы, по исследованию д-ра Розова, ничего ненормального не представляют. Моча нормальна. Кровь (по обследованию д-ра С. Д. Поурского): RW отрицательная, реакция осаждения эритроцитов по методу Linzenheimera дает оседание до метки в 18 мил. в течение 2½ часов (норма 3¼ часа); по анализу лаборатории Пироговской амбулатории эритроцитов 5,870,000, лейкоцитов—4,900, Hb—75%, эозинофилов—1%, палочковидных—3%, сегментиров.—52%, лимфоцитов—38%, моноцитов—6%.

Иннервация: Dalrymple-Stelwag, Graefe, Möebius, протрузия глаз, дисгидроз, тахикардия, тремор раздвинутых пальцев, понижение гальванической сопротивляемости кожи, высокие сухожильные рефлексы, быстрый красный дермографизм. Психика: ускоренное течение ассоциаций, повышенная эмотивность, истеро-неврастенические переходы настроения, нормальная комбинаторная способность и творчество. Органы чувств нормальны.

Первый из этих случаев кринологически может быть очерчен, как случай микромэлии плюригландулярного генеза. Нарушение роста здесь главным образом зависело, повидимому, от гипофункции передней доли гипофиза, меньше от гипотиреоза, так как у больного череп нормальных размеров, и в психике нет гипотиреозных последствий, а гипотиреоз сказывается небольшой миксэдематозной набухлостью кожи и признаком Levi-Rotschild'a. Гипогенитальный эвнухизм в этом случае был, как и гипотиреоз, на втором плане, так как не было гипогенитальных инфантильности, ожирения и т. д., да и в психике, кроме угасания libido, не выступало характерных черт психо-эвнухидии.

Таким образом кринологический профиль описываемого больного может быть обрисован так: превалирующая гипофункция передней доли гипофиза, сопровождаемая меньшей гипотиреозностью и гипогенитализмом. В психологическом профиле выступает гипогенитальное выпадение libido, понижение творчества и волевых индексов и гипотиреозное замедление ассоциативных процессов.

Этиология этого случая -- неясная, и противосифилитическое лечение больного не дало результатов. Слабо-положительная реакция Fahrgeu's'a, при отсутствии каких-нибудь инфекционно-воспалительных процессов, может говорить здесь за гипогенитализм, играющий значительную роль во всем плюригландулярном процессе. В pendant к этому случаю я могла привести другой, наблюдавшийся мною случай, где имела место кастрационная агениталия у женщины с резко-отрицательной реакцией Fahrgeu's'a.

Второй из наших случаев в кринолого-нейрологическом определении может быть диагностирован, как базедова болезнь с гипертиреозом на первом плане и с положительной реакцией оседания эритроцитов. В дополнение к этому случаю упомяну, что мне привелось наблюдать отрицательную SR в одном случае базедовой болезни с начавшимися уклоном в гипофункцию, отрицательную же—в 2 случаях дистиреоза, поло-

жительную в одном случае диастриоза с гипогениталией и отрицательную в одном случае акромегаллии с гипотиреозом и с гипогениталией.

Если данные кринодиагноза и психо-нейрометодики необходимо коррегировать всеми методами, в частности и реакцией F a h g a e u s ' a , то, с другой стороны, последняя может, как и кринодиагносцирование, коррегироваться методами психологического и неврологического обследований. В частности, что касается первого из наших случаев, то достижения Психопатологической клиники <sup>1)</sup> выясняют психологический профиль того эвнухондизма, где превалирует или является первоисточником заболевания поражение половых желез: ограниченность кругозора личности в сторону эгоистического эгоцентризма, тупость или извращение нравственного чувства при падении высших эмоций, нередкое сопутствие психо-эпилептизма,—таковы характерные черты этой психо-эвнухондии. Применяя их к нашему случаю, мы можем сказать, что здесь гипогениталия не превалирует и не является первоисточником плюригландулярной картины. При таком же психологическом анализе второго случая легкие черты маниакально-подобного возбуждения говорят, что здесь дело идет о чистом гипертиреозидизме без резких нарушений функции других желез или самой щитовидной железы в сторону гипофункции.

Такой психологический и неврологический анализ форм кринопатологии и эндокринных и физиологических фаз организма является необходимым коррективом к изучению гематологических реакций, в частности реакции F a h g a e u s ' a , и при беременности. По эндокринной и психолого-неврологической формуле беременной женщины можно, до известной степени, коррегировать диагноз беременности, прогноз ее и прогноз плода, особенно при усовершенствовании реакций М а н о й л о в а и В о с к ' а на определение гормонов в крови.

---

<sup>1)</sup> См. мои работы в Псих. Газете (1914, № 6), Журнале Невропатологии и психиатрии К о р с а к о в а (1915—1916) и Мед. Обозрении (1916, № 20—21).

## Опыт сравнительного изучения иммуно-биологических реакций в клинике тbc<sup>1)</sup>.

Н. М. Захарова, Н. П. Кудряшова и М. И. Аксянцева.

За последние годы клиника тbc стала широко пользоваться химико-биологическими анализами, пытаясь в них найти объективную оценку совершающихся в организме патологических процессов. Одни физикальные методы исследования, включая и рентгенологические данные, не в состоянии дать полного представления о динамике тbc процесса и быть достаточными для понимания иммуно-биологической сущности заболевания. Опыт применения туберкулиновых реакций и наряду с этим методов коллоидной и физической химии с каждым днем расширяется. Внимание исследователей устремляется на изучение коллоидного строения крови, ее ферментов, а также других физико-химических факторов, которые могут характеризовать собой жизненные процессы, происходящие в организме тbc больного.

С точки зрения современного представления об иммунитете, характеризующем собой резистентность организма, при тbc наиболее принятой является теория гистогенно-гуморальная. Понятие это включает в себе как специфический, гуморальный и тканевой, так и неспецифический, гуморальный и клеточный, иммунитет. Все эти проявления иммунитета могут находиться в определенных взаимоотношениях. Данные нашего опыта сравнительного изучения иммуно-биологических реакций в связи с клинической и рентгенологической картиной тbc и включают в себе попытку отразить эти силы иммунитета. При этом примененные нами реакции (R. Pirquet, SR, R. Weiss'a на урохромоген, RLy, как неспецифическая, так и специфическая), отражая объективно происходящие в организме изменения, в механизме своем имеют совершенно различную сущность: в то время, как одни из них (SR, R Weiss'a) характеризуют собой процессы распада, другие (R. Pirquet и RLy) дают представление о перестройке механизма защитных сил, направленной к усилению резистентности организма.

При нормальных, физиологических условиях в сыворотке крови находятся в дисперсном состоянии фибриноген, нуклеопротеиды, serum-альбумины и serum-глобулины, причем количественно преобладают альбумины. Они характеризуются стабильностью и наивысшей дисперсностью, тогда как глобулины обладают обратными свойствами. По Hammarsten'у отношение глобулинов к альбуминам равняется в кровяной сыворотке 1:1,5, по Stenbrink'у глобулинов здесь от 1,5 до 3,5%, альбуминов—от 4,2 до 6,8%.

<sup>1)</sup> Доложено в О-ве Врачей при Казанском Университете 9/XII 1926 г.

Отношения между белковыми фракциями крови в здоровом организме представляют относительно-постоянную величину. Изменение этих отношений наблюдается лишь при патологических процессах. В частности при tbc, по целому ряду авторов, белковое равновесие в сыворотке крови нарушается, причем изменение белков крови бывает пропорционально тяжести процесса. Frisch отмечает у больных с прогрессивным tbc значительное повышение фибриногена, Adler находит увеличение фракций глобулинов, другие авторы, как Krömeke, Kogan, Schinder, также констатировали в крови tbc больных увеличение и глобулинов, и фибриногена. Klinger, и Herzfeld объясняют увеличение фибриногена распадом лейкоцитов, тромбоцитов и соединительнотканых клеток, по Matew'sy же фибриноген образуется только из лейкоцитов. По этим авторам первым продуктом разрушения клеток является низко-дисперсный фибриноген; молекула его чрезвычайно лабильна, и путем расщепления и последующего синтеза он переходит в более дисперсный глобулин, этот последний—в альбумин, альбумин же расщепляется на целый ряд аминокислот.

Однако *in vitro* получить из фибриногена глобулин, а из глобулина альбумин пока еще никому не удалось. Наоборот, Moll из альбумина получил глобулин. Наблюдаемое при патологических процессах накопление глобулинов в крови Klinger и Herzfeld объясняют тем, что большой организм не в состоянии вывести довести фибриноген в его химических превращениях до стадии альбуминов, а останавливается на фазе глобулиновых фракций. Во всяком случае, какова-бы ни была сущность химических превращений белков крови, представление об изменениях взаимоотношений белковых фракций не противоречит основным теориям об общем свойстве коллоидов, которое заключается в их эволютивном характере.

Широко принятая в клинике tbc SR в объяснение своей сущности имеет многочисленные теории (Fähreus'a, Lynzenmeier'a, Abderhalden'a, Windaus'a, Leu, Мандельштама и др.), но большинство авторов объясняет увеличение скорости оседания эритроцитов нарушением белкового равновесия крови и связанными с ним повышением вязкости последней и усилением положительного заряда плазмы с одновременным понижением отрицательного заряда эритроцитов. Это положение в самое последнее время было подтверждено работой Шанина и Хренникова, которым удалось установить, что скорость оседания эритроцитов параллельна увеличению глобулиновых фракций крови.

Большое количество работ, посвященных вопросу о значении SR, свидетельствует об ее широком применении, причем большинство авторов видит в ней главным образом отражение активности процесса; другие, вместе с тем, ставят ее в зависимость от патолого-анатомической картины болезни, а некоторые связывают ее со степенью распространенности поражения.

Из других физико-химических реакций, характеризующих патологические процессы, которые совершаются в tbc организме, за последние годы нашла широкое применение предложенная Weiss'ом реакция на урохромоген. Суточное количество урохромогена, выделяющееся с мочей, может характеризовать собой распад тканей в организме. Нормальное содержание этого вещества соответствует естественному изнашиванию клеток, при болезненных же процессах количество выделяемого урохро-

могена возрастает от 2 до 10 раз и таким образом может служить показателем патологического распада тканей; а так как интенсивность распада тканей при tbc может характеризовать активность процесса, то метод Weiss'a и может в значительной мере дополнить представление о сущности патологических процессов в tbc организме. Целый ряд авторов (Weiss, Klemperer, Osque, Меерович, Чекалов, Мамонтова-Ольденбург, Максудов) отмечает значение этой реакции при tbc. При этом по одним авторам (Мамонтова-Ольденбург) с положительной урохромогенной реакцией протекают только экссудативные формы tbc, по другим (Osque) эта реакция наблюдается только при активном tbc, независимо от патолого-анатомического характера процесса, причем ее появление прогностически всегда неблагоприятно.

В крови tbc больного, кроме нарушения белкового равновесия, происходят также большие изменения и в ферментативных ее свойствах. Наибольшее внимание при tbc привлекает к себе, в этом отношении, группа эстераз, так называемых липаз. Уже наличие в больном организме самого возбудителя, содержащего до 25—40% жировосковых веществ, дает основание предполагать нарушение жирлипоидного обмена. Писнячевским было установлено, что у tbc больных ферментативная липолитическая сила сыворотки значительно ниже, чем у здоровых (4—3 против 15—11). Еще ранее это было отмечено Carier, Clerc'ом, Гриневым и др. Клинические исследования целого ряда авторов устанавливают благоприятное течение tbc процесса при высоком липолитическом индексе, и наоборот (Römer, Gotlieb, Писнячевский, Катеров, Аксянцев). Метальников в своей работе об иммунитете при tbc приходит к выводу, что липаза действует на восковидную оболочку tbc палочки, расщепляя ее, и его опыты с гусенацей медоточного мотылька *Galleria melonella* в этом отношении чрезвычайно убедительны. Falkenheim и Gyorgi также отмечают исключительное значение липазы в борьбе организма с tbc инфекцией. Вольтер в своей диссертации „К вопросу об энзимах крови при tbc“ высказывает мысль, что липаза, расщепляя оболочку tbc палочки, тем самым создает благоприятные условия для воздействия на нуклеопроteidы палочки другому оборонительному ферменту, а именно, нуклеазе, количество которой при tbc бывает всегда увеличено. Закономерность увеличения липолитического индекса в случаях благоприятно протекающего tbc и, наоборот, уменьшение его при неблагоприятно протекающем tbc, т. о., могут быть использованы, как относительно-объективный показатель ферментативных, защитных свойств организма в борьбе с tbc инфекцией.

Из других методов, которыми клиника tbc широко пользуется для понимания иммуно-биологических процессов, происходящих в организме tbc больного, следует отметить туберкулиновые пробы. Может ли туберкулиновая реакция быть использована в клинике tbc, как показатель защитных сил организма? На этот вопрос существует большое количество ответов самого разнообразного характера, порой противоречащих друг другу (Selter, Sorgo, Moro, Tancre, Mastbaum). Видное место в этих спорах занимает вопрос о специфичности туберкулиновой реакции, который до сих пор еще нужно считать неразрешенным. Selter, напр., категорически высказывается в том смысле, что туберкулин по своему действию на tbc организм подобен любому протеину. Другие авторы (Blazy и Hауек) считают туберкулиновые пробы специфическими.

Рассмотрение принципиальных вопросов о механизме и сущности туберкулиновых реакций завело бы нас слишком далеко. Наиболее приемлемым для клиники является понимание их по Науеку—в смысле положительной аннергии, аллергии и аннергии отрицательной. В самом деле, из опыта на большом материале вырисовывается известная закономерность параллелизма туберкулиновых реакций (аннергия отрицательная и аллергия) в соответствии с клинической картиной страдания. В виду всего сказанного представляется интересным проследить изменения липолитической ферментативной силы сыворотки при одновременном сопоставлении ее с реакцией Pirquet, реакцией оседания эритроцитов и реакцией Weiss'a на урохромоген, наконец, клинической и рентгенологической картиной тbc больного. Такого рода сравнительные наблюдения и были предприняты нами, причем наряду с неспецифической липолитической, ферментативной силой сыворотки нами определялась и специфическая липаза,—последняя по методике, применяемой одним из нас (д-ром Аксаянцевым).

Всего нами был обследован 331 больной Туберкулезной больницы ТНКЗ, преимущественно с продуктивными формами тbc. В этом числе больных с компенсированными формами тbc было 86, с субкомпенсированными—87, с декомпенсированными—72, экссудативными формами по преимуществу—9, со спонтанным пнеймотораксом—9, с экссудативным плевритом—9, с костными формами тbc—8, с другими заболеваниями—26 и, наконец, клинически-здоровых лиц—25.

У этих лиц нами было проделано реакций: SR—600, R Weiss'a—589, RLy неспецифической—100, RLy специфической—80, R Pirquet—446.

Разбирая полученные нами результаты, остановимся сначала на тех данных, которые были получены нами у лиц клинически-здоровых. У этих лиц SR, по разным авторам, дает различную скорость оседания: по Lunzenmeier'у у мужчин эта скорость равна 600 минутам, у женщин—от 200 до 350', по Löhner'у у мужчин—от 1200 до 1400', у женщин—от 800 до 1000'. Будучи проверена на нашем материале, SR, которую мы ставим по методу Lunzenmeier'a, дала нам у клинически-здоровых лиц следующие цифры: у мужчин—от 300 до 600', в единичных случаях—до 1200', у женщин—от 180 до 350'. При menses и беременности у женщин, как правило, мы получали резкое ускорение оседания эритроцитов.

Неспецифическая ферментативная липолитическая сила сыворотки у клинически-здоровых выражалась цифрами 9—12 и выше, специфическая равнялась 0.

R Weiss'a на урохромоген у всех клинически-здоровых оказалась отрицательной.

R Pirquet, поставленная нами на клинически-здоровых лицах в 12 случаях, во всех случаях была положительной.

Что касается нашего тbc материала, то весь этот материал мы разделили, пользуясь классификацией, принятой на II Всесоюзном Съезде по борьбе с тbc, с дополнениями проф. Штернберга, причем статика процесса определялась нами по Türban-Gehrgard'у, с обозначением динамики процесса (А, В, С) по проф. Штернбергу. Данные, полученные в группе компенсированного тbc, изложены в таблице I.



ТАБЛИЦА I.  
Компенсированные случаи А.

Стадия по Т—G	Число		В. Koch'a		S R		Lyp. index		R Weiss'a				R Pirquet	
	муж.	жен.	+	—	муж.	жен.	не- спец.	спе- циф.	+	++	+++	—	+	—
I	27	12	1	38	приблиз. к норме		10,0	1,4	—	—	—	39	39	0
II	31	9	4	36	тоже		9,6	1,05	1	1	0	38	40	0
III	3	4	4	3	190'-175'		8,8	0,8	1	—	—	6	5	2
	61	25												

Как видно из этой таблицы, случаи компенсированного tbc, как правило, давали нам высокую ферментативную силу сыворотки как неспецифической, так и специфической липазы.

R Pirquet только в 2 случаях из 86 была отрицательной, в остальных 84—положительной.

SR только при наличии значительных анатомических изменений давала некоторое ускорение.

R Weiss'a на урохромоген только в 3 случаях из 86 была положительной.

Вторая группа нашего tbc материала обнимает больных с субкомпенсированным процессом. Полученные нами в этой группе результаты сведены нами в виде таблицы II.

ТАБЛИЦА II.  
Субкомпенсированные случаи В.

Стадия по Т—G	Число		В. Koch'a		S R		Lyp. index		R Weiss'a				R Pirquet	
	муж.	жен.	+	—	муж.	жен.	не- спец.	спе- циф.	+	++	+++	—	+	—
I	5	2	1	6	158'	88'	8,0	0,8	—	—	1	6	3	4
II	14	5	10	9	87'	71'	6,7	0,85	3	1	—	15	12	7
III	46	15	55	6	40-60'	35-40'	7,0	0,7	12	19	26	4	15	46
	65	22												

Таблица эта показывает, что при субкомпенсированном tbc липолитический индекс падает в некотором соответствии с тяжестью процесса, но не резко.

SR ускорялась, резко падая в группе III В, т. е. у больных, где в большинстве случаев имелось наличие кавернозного процесса.

R Weiss'a на урохромоген в случаях I—II В в подавляющем большинстве была отрицательной; наоборот, в группе III В она почти во всех случаях оказывалась положительной.

R Pirquet в группе III B из 61 случая в 46 оказалась отрицательной, причем здесь так же, как и в первой группе, у больных с относительно высоким липолитическим индексом процесс быстрее компенсировался.

Остальные реакции выпадали в соответствии с изменением клинической картины.

Наконец, случаи декомпенсированного tbc в нашем материале (группа C) дали нам результаты, представленные на таблице III.

ТАБЛИЦА III.

Декомпенсированные случаи C.

Стадия по T—G	Число		B. Koch'a		S R		Lyp. index		R Weiss'a				R Pirquet	
	муж.	жен.	+	—	муж.	жен.	н. спец.	спе. циф.	+	++	+++	—	+	—
III	18	12	28	2	ниже 30'		2,4	0,4	1	13	13	3	7	23
Случаи, осложненные tbc гортани и кишек.														
III	32	10	41	1	10—25		2,4	0,2	6	9	27		—	42

Как видно из этой таблицы, случаи смертельные давали нам, как правило, исключительно низкие цифры липазы как неспецифической, так и специфической (в 3—5 раз ниже нормы). Тяжелые случаи с высокими цифрами липаз имели относительно более благоприятное течение, что позволяет использовать эту реакцию не только с целью диагностической, но и прогностической.

SR в группе C всегда выпадала в первые полчаса.

R Weiss'a из 82 случаев только в 7 были отрицательной, причем в 3—4 случаях за несколько дней до смерти положительная реакция Weiss'a становилась отрицательной.

R Pirquet из 72 случаев лишь в 7 была положительной.

В случаях, сопровождавшихся поражением гортани и кишечника, мы, как правило, всегда получали также чрезвычайно низкие цифры липаз; R Pirquet во всех этих случаях была отрицательной, SR выпадала через 5—25', R Weiss'a была резко-положительной.

Не вошедшие в прилагаемые таблицы 9 случаев, преимущественно экссудативных форм tbc, дали очень низкие цифры липаз, SR от 10 до 15', R Weiss'a + + +, R Pirquet отрицательна.

Tbc легких, осложнявшийся в своем течении спонтанным пневмотораксом (9 случаев), давал также изменение в выпадении реакций в соответствии с тяжестью процесса.

Экссудативные плевриты (8 случаев) на нашем материале давали сравнительно-высокие цифры липаз, SR менялась здесь параллельно улучшению процесса, с 30—40' доходя до нормы.

Из прочих заболеваний малярия, пневмония, скорбут, злокачественные опухоли, гангрена легких—давали резкое ускорение SR (до 15'). R Weiss'a была положительной при гангрене и злокачественных опухолях. Эмфизема, бронхиальная астма, миокардит, бронхиты на ходе реакций не отражались.

Почти во всех наших случаях тbc на нашем материале, независимо от проводимой терапии (кальцитерапия, пнеймоторакс), улучшение или ухудшение процесса отражались на течении реакций. Такая закономерность в ходе реакций в соответствии с клинической и рентгенологической картиной заболевания в значительной степени облегчала правильное понимание того или другого случая, давая с одной стороны представление о резистентности организма в отношении к тbc инфекции, а с другой— характеризуя интенсивность распада тканей, т. е., следовательно, и активность процесса. Вместе с тем, однако, наш опыт показал, что базировать суждение о динамике тbc процесса только на показаниях какой-либо одной из приведенных реакций вряд-ли возможно, ибо порой одна из этих реакций может идти вразрез с остальными реакциями, а главное— с клиническим течением процесса. В этих случаях оценка индивидуальной клинической и рентгенологической картины в сочетании лишь со всеми перечисленными иммуно-биологическими реакциями давала нам возможность приблизиться к наиболее правильному пониманию состояния больного.

Приведенные выше данные литературного обзора и опыта нашей работы позволяют нам сделать нижеследующие выводы:

1) Index ферментативной липолитической силы сыворотки, как специфической, так и неспецифической, при тbc легких падает в соответствии с динамикой процесса и его анатомической распространенностью, достигая самых низких цифр при активном тbc, в частности, при наличии большого распада тканей. Случаи, осложненные ларингитом и тbc кишек, дают самые низкие цифры как неспецифических, так и специфических липаз. Высокие цифры неспецифической липазы дают относительно благоприятное течение и предсказание.

2) Реакция оседания эритроцитов, выпадая у клинически - здоровых,—мужчин в среднем 400', женщин 275',—остается в норме в группе компенсированного тbc I A и II A; она ускоряется параллельно степени активности процесса и его анатомической распространенности, достигая максимального ускорения в группе декомпенсированного тbc, осложненного тbc гортани или кишечника.

3) R Weiss'a на урохромоген, оставаясь отрицательной у клинически - здоровых и при компенсированном тbc, при активном процессе и наличии распада тканей выпадает положительной.

4) R Pirquet в случаях *далеко зашедшего* активного тbc легких положительной бывает чрезвычайно редко, в случаях же, осложненных поражением гортани или кишечника, в подавляющем большинстве случаев является отрицательной.

5) Закономерность и параллелизм выпадения указанных реакций у тbc больных дают возможность использовать все эти реакции, в сочетании с клинической и рентгенологической картиной болезни, как в диагностических, так и в прогностических целях.

6) Простота и доступность техники указанных реакций дают возможность широкого их применения в клинике тbc.

В заключение считаем своим долгом выразить глубокую благодарность многоуважаемому профессору М. Н. Чебоксарову за внимание и помощь, оказанные нам в этой работе.

## К вопросам о лечении амебной дизентерии и о токсическом влиянии эметина.

Д-ра мед. **А. Л. Шварца** (Ташкент).

Дизентерийные заболевания являются для некоторых местностей СССР довольно частыми, причем наряду с бациллярными формами встречаются и амебные, имеющие место особенно в субтропическом климате, или близко подходящем к нему, как в Средней Азии, в Туркестане. Около года тому назад я опубликовал в печати сообщение по вопросу о лечении амебной дизентерии (Врач. Обозрение, 1926, № 4). В моем распоряжении был обширный материал до 500 случаев, как стационарных, так и амбулаторных, во время дизентерийной эпидемии с конца 1924 г. до августа 1925 г. в Палестине. Материал этот разрабатывался мною без намеренного подбора, так сказать, подряд: наряду с очень тяжелыми случаями здесь были средние и более легкие.

Наблюдая эту дизентерийную эпидемию и применявшиеся здесь обычные методы лечения, я уже в самом начале натолкнулся на несколько случаев, возбуждавших мое подозрение в виду токсических явлений у больных, пользовавшихся эметином и в виду неожиданного иногда летального исхода. Такие токсические явления особенно часто наблюдались у детей раннего возраста — от 1 до 2 лет. В дальнейшем я убедился, что мои подозрения действительно оправдались, и это обстоятельство с одной стороны побудило меня к сугубой осторожности с эметином у детей, а с другой — привело меня к мысли предпринять систематические наблюдения над лечением дизентерии вообще. Сама собой напрашивалась мысль, насколько в самом деле эметин специфичен при амебной дизентерии и насколько он, следовательно, неизбежен. В литературе, у Guy Larosche'a, я нашел обширный материал как клинический, так и экспериментальный, согласно которому влияние эметина как у животных, так и у людей находится в зависимости от способа введения его в организм и дозировки. Так, при внутривенном введении может наступить смертельный исход уже при дозах значительно ниже предельных: Балманн наблюдал смертельный исход после введения общего количества 0,4 эметина, а Gugliemette при введении 0,1 получил такой глубокий обморок, с которым он едва справился.

Дозы в 0,05 при подкожном введении не вызывают обычно острых симптомов отравления, но при длительном применении даже таких доз могут обнаружиться симптомы со стороны сердца, именно тахикардия и падение кровяного давления, со стороны центральной нервной системы — общая слабость, астения, боли по ходу нервов, парезы, понижение сухожильных рефлексов и явления полиневрита, со стороны желудочно-кишечного канала — понос и рвота. Эти токсические явления наступают не сразу, а постепенно и стоят, очевидно, в связи с медленной элиминацией

эметина и, следовательно, с накоплением его в организме. С другой стороны некоторые авторы склонны объяснять указанные симптомы нечистотой препарата в зависимости от способа приготовления эметина, его давности и способа сохранения (Doptor). Наконец, и индивидуальная чувствительность к медикаменту играет также здесь известную роль. В только что опубликованной работе Mattei (октябрь 1926 г.) о выделении эметина из организма автор проливает свет на истинную причину некоторых непонятных ранее случаев отравления эметином: точными количественными определениями он мог установить, что общее количество эметина, выделяемого в течение курса лечения, составляет около  $\frac{1}{6}$  впрыснутой суммы, и что после окончания или перерыва лечения (впрыскиваний) выделение эметина происходит толчками, так что периоды усиленного выделения этого средства чередуются с периодами слабого выделения, или даже прекращения выделения; общее же выделение эметина, напр., до 60 сантиграммов, заканчивается в течение 5—8 недель. В виду этого Mattei рекомендует возобновлять лечение эметином не ранее 2 месяцев после окончания предыдущего курса, причем необходимо повторными анализами убедиться в элиминации всего предыдущего эметина.

В отношении дозировки эметина, на основании исследований Chaurfard'a, Francone, Nutinal'я и Mattei, рекомендуется начинать впрыскивания с 4 до 12 сантиграммов, смотря по весу больного, и ограничиваться общим количеством 0,9—1,0, не больше; достигши этого предела, следует прекратить введение эметина minimum на 1 месяц. При этом Mattei рекомендует внимательно следить за больным и, как только у последнего замечается нетвердая походка, немедленно прекращать лечение. У детей Mattei советует быть очень осторожным с дозировкой и дает следующую приблизительную схему:

до 1	года	начать с	0,005,	общая	сумма	не	более	0,05
" 1—	2 г.	"	0,01	"	"	"	"	0,1
" 2—	5 л.	"	0,02	"	"	"	"	0,2
" 5—	9 л.	"	0,03	"	"	"	"	0,3
" 9—	15 л.	"	0,04	"	"	"	"	0,4.

Для иллюстрации токсичности эметина я привел в своей статье несколько историй болезни, прослеженных в клинической обстановке. В дополнение к ним я могу привести еще несколько позднейших наблюдений.

1. П. Ф., 19 лет, поступил в госпиталь через 5 дней после начала заболевания и до самой смерти (через 18 дней после поступления) получал по 2 подкожные впрыскивания в день по 0,05 эметина, всего 36 впрыскиваний (1,8 грм.). В стуле амебы были находимы почти до конца жизни; понос все время не прекращался,  $t^{\circ}$  38°—39°. На 5-й день в истории болезни отмечено: большой анэмичен, слаб. Через три дня: неукротимая рвота и икота, живот мягкий, не вздутый, общее состояние тяжелое. Еще через 2 дня: рвота и икота прекратились. Через 3 дня тоны сердца глухи, еле слышны, конечности холодны и цианотичны. Через 2 дня затем больной погиб при прогрессирующем падении сердечной деятельности.

2. Ребенок П., 10 месяцев, заболел 10/IV поносом до 10 раз в день. 11/IV найдены амебы, введено 0,1 эметина, клизмы с иатреном, стул 8—9 раз. 12/IV тенезмы и рвота, эметин 0,01, рвота; ребенок побледнел, пульс малого наполнения, лицо одутловато (моча нормальна), стул такой же, найдены амебы. 13/IV 0,01 эметина, стул такой же, общее состояние то же; физиологические вливания, камфора, адrenalin. 14/IV рвота и непрерывная тошнота, голова свешивается на грудь. 15/IV status idem, стул 3—4 раза. 17/IV ребенок беспокоен, судороги и exitus.

3. Ребенок 4 месяцев, поступил под наблюдение 13/VII, на третий день болезни; частый понос со слизью, вес 9,5 фун.; температура 38°—39°, кормится грудью, слабого сложения, кожные покровы и слизистые слабо окрашены, легкие и сердце

без уклонений, живот несколько вздут; ежедневно эметин подкожно по 0,01 дважды в день, всего 14 раз (0,14). 19/VII ребенок очень слаб, вял, непрерывная тошнота. 20/VII рвота не прекращается до смерти, стул все время жидкий, 3—4 раза в день со слизью, амебы все время. 20/VII exitus.

4. Ребенок 10 месяцев, хорошо развитой и упитанный, заболел 2/VI поносом; стул желтый, жидкий, без слизи, 3—4 раза в день, температура нормальна. общее состояние хорошее. 3/VI в стуле слизь, крови нет, стул мазевидной консистенции, эметин 0,01. 4/VI и 5/VI эметин 0,01, стул 3 раза, такой же. 6/VI ребенок побледнел, беспокоен, подергивание лицевых мышц, несколько раз рвота, пульс слабее, стул 3 раза, желтый, мазевидный; рвота, подергивания в различных мышечных группах, вечером приступ общих судорог в течение 2 минут. К утру смерть при нарастающей слабости сердца.

5. Ребенок 1½ лет, поступил под наблюдение 17/VI, на 3-й день болезни. Ребенок хорошо развит, общее состояние хорошее, сердце и легкие—нормальны, печень и селезенка—тоже, стул слизистый, с кровью, 6 раз в день; ранее уже получил 2 инъекции эметина по 0,015; аппетит хороший. 18/VI стул 12 раз, такой жесть амебы, ребенок беспокоен, вял, аппетит хуже. 20/VI стул 4 раза, тенезмы, prolapus recti, пульс 130—140, худшего наполнения, лицо бледное, ребенок апатичен и мало двигается. 21—22/VI st. idem, тошнота, подергивания лицевых мышц, стул 5 раз, тенезмы меньше, амеб нет. 24/VI рвота 3 раза, общее состояние значительно ухудшилось: лицо бледное, бескровное, пульс 140, рвота, стул 4 раза, мазевидный, амеб нет. 23/VI exitus.

Я ограничиваюсь этими случаями, окончившимися летально, и не привожу многих других, где также наблюдались токсические явления после эметина, но дети постепенно оправались, хотя и медленно.

Что касается лечебного действия эметина на дизентерийный процесс, то и позднейшие мои наблюдения подтверждают мои прежние выводы: эметин оказывает благоприятное влияние в случаях легких или средней тяжести, но оказывается бессильным или мало действительным в случаях тяжелых, а тем более в случаях с глубокими местными поражениями кишки или с тяжелыми симптомами общей интоксикации.

В позднейших французских работах, наряду с указаниями на благоприятные результаты от эметина, встречаются также и сдержанные отзывы. Так, Ravaut указывает на благоприятный эффект эметина только при свежих острых формах и на совершенно безрезультатное применение этого средства в затянувшихся формах болезни, а тем более при наличии кист. Есть также новые указания на благоприятное влияние эметина на абсцессы печени амебного происхождения, даже в тех случаях, где уже образовался гной.

После эметина второе место в ряду „специфических“ средств против дизентерии французские врачи уделяют стоварсолу, о котором я уже имел случай высказаться. Удобство его, пожалуй, только в том, что его можно давать внутрь, и, следовательно, применение его как бы доступнее. Но за то лечение стоварсолом длительно, иногда продолжается месяц, а хронические случаи требуют даже нескольких месяцев; кроме того, он иногда вызывает сильные коликообразные боли в животе и раздражение желудка в виде тошноты и рвоты.

За последнее время французские врачи выдвинули для лечения дизентерии и другие препараты органических соединений мышьяка. Так, Ravaut рекомендует арсенобензол для внутреннего употребления, в виде таблеток по 0,1 несколько раз в день; дозы эти хорошо переносятся и не вызывают желудочно-кишечных расстройств. Лечение арсенобензолом обещает быть полезным в затяжных случаях с образованием кист. Кроме внутреннего употребления арсенобензола та же французская школа сове-

тует прибегать к внутривенному вливанию этого препарата, чередуя его с подкожными впрыскиваниями эметина. Такой метод, однако, едва ли может быть рекомендован в детской практике. При нем производится 10 впрыскиваний эметина в возрастающих дозах, от 0,03—0,04 до 0,08, и 9 внутривенных вливаний новарсенобензола или неотрениарсенала, причем лечение занимает 30—35 дней.

Наконец, в случаях старых, особенно упорных, некоторыми авторами (Dale, Lebeuf, Lavandier) предлагалось воспользоваться комбинацией висмута с эметином в виде препарата бисметина (двойная иодистая соль висмута и эметина). Этот препарат в дозах 0,15—0,30, в форме желатиновых капсуль, дается по 3—6 штук в течение 10—12 дней, после чего эти приемы можно повторять 3—4 раза, с промежутками минимум в месяц; к указанному внутреннему лечению в упорных случаях с кистами рекомендуется присоединять местные кишечные промывания из арсенобензола, по 0,15—0,30 на 500,0 воды, или из электраргола (10 куб. с.).

Уже одно обилие перечисленных методов указывает на весьма относительную ценность их при лечении дизентерии, ибо в случае их действительности и рациональности, а тем более специфичности, не было бы надобности в таком обилии разных предложений и комбинаций.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Mense. Handbuch der Tropenkrankheiten, 1924.—2) Guy Laroche. Journ. medic., 1921.—3) Ravaut. Traitement de l'amibiase, 1926.—4) Petridis. Le monde med., 1926.—5) Doptor. La dysenterie amibienne, 1922.
-

## К вопросу о диететическом лечении язв желудка и гиперацидных катарров<sup>1)</sup>.

Прив.-доц. **Н. Е. Кавецкого** и д-ра **К. С. Промахина**.

Диететическому лечению язв желудка и 12-перстной кишки в настоящее время придается большое значение, и для этой цели предложено довольно много способов (Leube, Lenhartz, Senator, Rosenfeld, Petren, Riegel, Steesma, Васильев, Schnabel, Zweig, Voas, Яроцкий, Sippy и др.). Не имея возможности останавливаться здесь на всех этих способах, мы коснемся лишь диеты, предложенной проф. А. П. Яроцким. Диета эта, базирующаяся на работах школы И. П. Павлова, направлена к тому, чтобы изменить самый характер желудочной секреции. Задача ее—не только устранить суб'ективные страдания больного, но и привести его к полному излечению и понижению кислотности желудочного сока (последнему проф. Яроцкий придает особенное значение).

Лихачева на основании 12 случаев, из коих в 8 наблюдалось полное клиническое выздоровление, отмечает следующие положительные стороны диеты Яроцкого: понижение кислотности, отсутствие механического раздражения, покой желудка, обволакивающее действие белков и быстрый переход их в кишки. Денисова-Сущевская, испытав эту диету, кроме исчезания суб'ективных жалоб и болевых точек, также могла констатировать под ее влиянием падение кислотности желудочного сока. Наоборот, Варыпаев не наблюдал при ней уменьшения кислотности и считает этот метод лечения чисто-припадочным. Шубин, проводивший лечение диетой проф. Яроцкого в послеоперационном периоде, отмечает, что „кислотность при ней, как правило, оказывалась пониженной, но незначительно“. Надо заметить, что как в случаях Варыпаева, так и в случаях Шубина диета проводилась непродолжительное время, причем оба этих автора отмечают падение в весе больных, а суб'ективно—слабость и головокружение. Лихачева наблюдала падение больных в весе только в первые дни диеты, а затем начиналось повышение, достигавшее нескольких кило. Сам проф. Яроцкий на большом материале наблюдал понижение кислотности под влиянием своей диеты.

Все авторы, применявшие эту диету, отмечают быстрое исчезание суб'ективных жалоб и резкое улучшение суб'ективного состояния больных. Проф. Яроцкий считает при лечении этой диетой, излишним какие-либо лекарственные назначения; только при расширении диеты он допускает назначение  $\frac{1}{2}\%$  раствора соды за 1—1 $\frac{1}{2}$  часа до еды, в количестве 150 куб. сант.

<sup>1)</sup> Доложено в Самарском Научном Об-ве Врачей 23 февраля 1927 года.



Мы проводим лечение язв желудка и гиперацидных катарров диетой проф. Яроцкого с 1925 г. Диета применялась нами в следующем виде: в острых случаях язв желудка и 12-перстной кишки, сопровождавшихся кровотечениями, давались исключительно белки утром и сливочное масло во вторую половину дня, введение какой-либо другой пищи, а также воды, запрещалось. Когда острые явления стихали, а равно в хронических случаях язв и при гиперацидных катаррах, диета состояла из постных супов с большим количеством крупы, полужидких манных и рисовых каш на воде без соли с маслом, картофельного пюре с маслом, также совершенно без соли, и сливочного масла, которое больные ели кусочками; введение жидкости ограничивалось двумя стаканами жидкого чая с сахаром; кроме того, разрешались, в виде лакомства, 2—3 кусочка белого „вчерашнего“ хлеба. При улучшении процесса к диете прибавлялись морковная котлета, компот с большим количеством сахара и сладкое, без косточек, варенье. На такой диете больной оставался не менее 2 недель, а в большинстве случаев и значительно дольше. Часть случаев была проведена нами исключительно на диете, без медикаментозного лечения, в остальных больным давались висмут, щелочи, беладонна.

Всего диета проф. Яроцкого была применена нами в 53 случаях: в 23 случаях язвы желудка, 3 случаях язвы 12-перстной кишки, 26 случаях гиперацидных катарров и в 1 случае хронического гастроэнтеро-колита. Диагноз язв желудка и 12-перстной кишки во всех случаях был подтвержден рентгеном. У клинических больных производилось исследование на скрытое кровотечение.

Переходя к изложению результатов лечения, будем говорить о группе язв и гиперацидных катарров отдельно. Из 26 случаев язв 12 были проведены в Госпитальной Терапевтической клинике Университета, стационарно, остальные 14—амбулаторно. Из стационарных случаев выздоровление наступило в 7, улучшение—в 5; из леченных амбулаторно больных выздоровели 6, получили улучшение 8 (под выздоровлением мы понимали полное исчезновение всех, как субъективных, так и объективных, симптомов, под улучшением—такое состояние, когда больные субъективно чувствовали себя вполне здоровыми, при объективном же исследовании у них обнаруживалась болезненность при пальпации, или имелись незначительные субъективные жалобы, напр., на отрыжку, изжогу и пр.). Процент выздоровлений среди стационарных больных, как видно из сказанного, был у нас больше, чем среди амбулаторных, хотя в первую группу вошли более тяжелые случаи. Объясняется это тем, что в клинической обстановке, конечно, весь режим проводился строже, не было никаких нарушений в диете, больные соблюдали постельный покой, применялись грелки и пр.—в то время, как амбулаторные больные продолжали нести свои повседневные обязанности, исполняя подчас тяжелую физическую работу (рабочий лесопильного завода), а некоторые не могли, в силу условий службы (жел.-дорожный кондуктор) соблюдать все время строгую диету.

Больных с диагнозом хронического гиперацидного катарра желудка у нас было 26, из них амбулаторно лечились 23. Полное выздоровление наступило в 11 случаях, причем из 23 амбулаторно лечившихся больных мы не получили положительного результата только у одного,—это был амбулаторный больной с хроническим гиперацидным катарром желудка,

бывший непродолжительное время (всего 18 дней) под нашим наблюдением, и мы, конечно, не можем быть вполне уверены, что диета проводилась им достаточно строго.

В одном случае язвы желудка, одном случае язвы 12-перстной кишки и в 8 случаях хронических катарров желудка лечение проводилось нами исключительно диетой, без назначения медикаментов; при этом в случае язвы желудка наступило, после 18-дневной диеты, полное выздоровление, а в случае язвы 12-перстной кишки — значительное улучшение; из случаев катарров желудка в 3 наступило выздоровление, в остальных — значительное улучшение.

Исчезновение всех болезненных симптомов наступало у нас от 4-го до 33-го дня диеты, хотя большею частью уже в первые дни отмечалось значительное улучшение. Обычно первыми исчезали боли, которые, во всяком случае, значительно ослабевали уже после 1—3 дней диеты. В первые же дни у больных прекращалась и рвота; дольше держались тошнота, отрыжка и изжога. Запоры при диете большею частью также прекращались очень скоро. В этом отношении особняком стоит лишь один наш случай (*ulcus ventriculi*), где все болезненные симптомы, кроме боли, исчезли через два дня диеты без медикаментов, а боль, уменьшившись в силе, все же осталась; больному были назначены висмут, сода, белладонна, но боль прекратилась только после 6-недельной диеты. На общем состоянии диета особенно не отражалась, и в весе, обычно, больные не убывали; наоборот, в ряде случаев у них наблюдалось нарастание веса.

Желудочный сок исследовался нами во всех случаях, но, делая выводы, мы будем принимать во внимание только те случаи, в которых все исследования производились нами лично; таких случаев было у нас 36. Желудочный сок исследовался в них от 2 до 5—6 раз в продолжении лечения. Исследование производилось толстым зондом после завтрака *Boas-Ewald'a*. В 19 случаях было произведено определение типа секреции по методу проф. С. С. Зимницкого, причем в 16 из них до лечения тип этот представлял различные отклонения от нормы. Всего из 36 исследованных нами случаев мы получили понижение кислотности под влиянием лечения в 18, без изменения кислотность осталась в 11 случаях, и в 7 произошло повышение кислотности. В число последних вошло 2 случая язв желудка, где до лечения кислотность была ниже нормы; после лечения она повысилась до нормальных цифр. Из 16 случаев, в которых при исследовании по методике проф. Зимницкого были обнаружены до лечения отклонения типа секреции от нормы, в 11 мы наблюдали после лечения переход типа секреции в нормальный. Подробно об этом мы скажем в другой нашей работе, сейчас же отметим только то, что переход типа секреции в нормальный имел место и в тех случаях, где лечение проводилось нами без медикаментов. Обстоятельство это лишний раз подтверждает высказанное уже нами ниже в печати положение о том, что диета проф. Яроцкого способна улучшить тип секреции, переводя реактивную способность желудочной клетки к норме.

В общем итоге результаты наших наблюдений могут быть сведены в виде нижеследующей таблицы (стр. 1006):

Изложив эти итоги, мы в качестве примеров приведем извлечения из некоторых историй болезни.

Д и а г н о з.	Больные.	Число слу- чаев.	Результаты лечения			Изменен. кисл. жел. сока		
			Выздо- ров.	Улуч- шен.	Отри- цат.	Пони- жен.	Повы- шен.	Без измен.
1. Язвы желуд. и 12- перстной кишки .	Клинич.	12	7	5	—	4	3	3
	Амбул.	14	6	8	—	5	2	5
2. Хроническ. катарр желудка . . . . .	Клинич.	3	2	1	—	2	1	—
	Амбул.	23	9	13	1	7	—	3
3. Хр. гастро-энтеро- колит . . . . .	Клинич.	1	—	1	—	—	1	—

*Случай № 6.* Больной Е. В., 43 лет, истонник. Диагноз: *ulcus ventriculi*. Болен несколько лет. Явился в амбулаторию с жалобами на боль в области желудка после еды. Боль острая, иррадирует в спину. Имеются также рвоты, тошнота, кислая отрыжка, запор. При исследовании обнаружена болевая точка в эпигастриальной области на средней линии. Желудочный сок: общая кислотность 48, своб. HCl 22, связ. 16. При исследовании по методу Зимницкого констатирован астенический тип секреции. 8/XII 1925—назначена диета проф. Яроцкого и *bismut. subnit.* + *Na bicarb.* + *extr. bellad.* три раза в день. 22/XII—боли не каждый день, несильные, не иррадируют; рвоты, тошноты, отрыжки нет, болевая точка менее резко выражена, стул норма; тип секреции при исследовании по Зимницкому—нормальный. 5/I 1926—никаких жалоб со стороны желудка; желудочный сок после завтрака *Voas-Ewald'a*: общая кислотность 18, своб. HCl 6, связ. 8. 29/VII—более 6 месяцев больной ест все, несет тяжелую физическую работу и чувствует себя вполне здоровым.

*Случай № 8.* Больной В., 36 лет, ремонтный рабочий. *Ulcus ventriculi*. Болен год. Явился в амбулаторию, жалуясь на боль в животе через 1½ часа после еды, изжогу, отрыжку. Болезненность при пальпации в подложечной области, а также в точках *Voas'a* и *Mendel'я*. Желудочный сок: общ. кисл. 66, своб. HCl 34. 21/XII 1925—назначена диета Яроцкого плюс висмут и щелочи. 5/I 1926—боли и изжоги нет, отрыжка редко, болевые точки менее резко выражены. 21/I—больной чувствует себя вполне здоровым, желудочный сок: общ. к. 79, св. HCl 51. 27/I—ухудшение после съеденного пирога с мясом, снова назначена диета. 15/II—из жалоб имеется лишь жалоба на чувство тяжести в желудке после еды, незначительная болезненность при пальпации области желудка, точка *Voas'a* безболезненна, желудочный сок: общ. кисл. 76, своб. HCl 57. После этого больной самовольно перешел на свою обычную пищу, и снова наступило ухудшение.

*Случай № 20.* Больной С., 36 лет, рольщик лесопильного завода. *Ulcus ventriculi*. Желудок при рентгеноскопии имеет форму песочных часов. Болен 12 лет. Явился на амбулаторный прием, жалуясь на боль в желудке через час после еды; боль иррадирует в спину, продолжается 1—2 часа. Рвоты нет, но больной часто вызывает искусственную рвоту, после которой чувствует облегчение. Чувство тяжести в желудке, тошнота, отрыжка, изжога. Appetit хороший. Запор, болевая точка в эпигастриальной области. *Mendel* положит. Желудочный сок: общ. кисл. 68, своб. HCl 30. Вес больного 64 кило. 23/VIII—назначена диета Яроцкого, а также висмут, щелочи, белладонна. 27/VIII—боль меньше, других жалоб нет, болевые точки выражены менее резко. I/IX—боли нет совершенно. 8/IX—изредка отрыжка и изжога. болевые точки значительно менее выражены. 13/IX—жалоб нет никаких, вес 63 кило, желудочный сок: общ. кисл. 47, своб. HCl 36. 13/X—чувствует себя вполне здоровым, ест мясо в виде котлет, хлеб; рентген: небольшая перетяжка на большой кривизне. 20/I 1927—никаких жалоб; больной впроделании всего лечения диетой исполнял свою тяжелую физическую работу; в настоящее время он продолжает находиться под нашим наблюдением, ест свою обычную пищу и чувствует себя очень хорошо.

*Случай № 21.* Большой Ш., 45 лет, чернорабочий. *Ulcus ventriculi*. Болен 1 год. Поступил в клинику с жалобами на постоянные боли под ложечкой, усиливающиеся минут через 30 после еды и при положении на спине. Тошнота, отрыжка, стул нормален. Болевая точка на 4 пальца выше пупка справа от средней линии. Болезненность в точке *Bo a s'a*. 7/XI—исследование желудочного сока по Зимницкому: астенический гиперацидный тип; назначена диета Яроцкого плюс висмут, магния и белладонна. 10/XI—боли меньше. 14/XI—боли нет, тошноты также, но имеется отрыжка после еды; стул все время нормален. 18/XI—лишь изредка отрыжка; исследование желудочного сока: нормацидный нормальный тип. 23/XI—только болезненность при сильном надавливании там, где отмечалась болевая точка. 25/XI—разрешена котлета. 27/XI—больной выписался, чувствуя себя вполне здоровым. 23/I 1926—больной чувствует себя вполне здоровым, работает, последние 3 недели ест все; исследование по Зимницкому: субацидный нормальный тип. 13/III—рецидив: снова гиперацидный, астенический тип желудочной секреции; опять назначена диета, после чего наступило выздоровление. Больной до сего времени (февраль 1927 г.) находится под нашим наблюдением.

*Случай № 32.* Большой К., 45 лет. *ulcus ventriculi*. Поступил в клинику 15/XII 1925. Болен 12 лет, жалуются на острые боли, наступающие через полчаса после еды, иррадиирующие в спину, левое плечо и подреберье, а также рвоту, тошноту, отрыжку, изжогу, запор. Болевая точка над пупком по средней линии. Исследование по Зимницкому: гиперацидный астенический тип. Назначена молочная диета плюс висмут. 19/XII—кровавая рвота, холодный пот, пульс нитевидный; назначены камфора и *t-ra strophanti*. 20/XII—состояние тяжелое, но рвоты нет; назначено 2 яичных белка утром и 40,0 сливочного масла вечером. 22/XII—разрешена тарелка жидкой манной каши. 24/XII—болей нет. 27/XII—болезненность при пальпации меньше; углеводисто-масляная диета. 4/I 1926—болей, рвоты, тошноты и изжоги нет, лишь редко отрыжка; исследование по Зимницкому: гиперацидный нормальный тип. 30/I—нормацидный нормальный тип. 20/II—субацидный нормальный тип секреции. 24/II—выписался без всяких жалоб со стороны желудка; крови ни в желудочном соке, ни в кале нет.

*Случай № 42.* Больная Н., 46 лет, домашняя хозяйка, явилась на амбулаторный прием с жалобами на боль в желудке после еды, чувство тяжести, тошноту, изжогу, отрыжку, икоту и запор. Больна больше года. Область желудка болезненна при пальпации. 20/X 1926—исследование желуд. сока: общ. к. 84, своб. HCl 64; вес больной 54,400; назначена диета проф. Яроцкого без медикаментозного лечения. 23/X—боль и тяжесть меньше, другие жалобы отсутствуют. 27/X—никаких жалоб со стороны желудка, пальпация неболезненна, вес 54 кило. 4/XI—жалоб нет, вес 54,100. 8/XI—чувствует себя вполне здоровой; желудочный сок: общ. кисл. 38, своб. HCl—19. Больная была переведена после этого на обычную свою пищу (мясо, молоко), после чего продолжала еще в течение месяца два раза в неделю посещать амбулаторию; чувствовала она себя все это время здоровой.

*Случай № 46.* Большой В., 48 лет, счетовод. Диагноз: *gastritis chr., tbc pulmonum A III prod. fibr.* Явился в амбулаторию с жалобами на боль в желудке после еды, чувство тяжести, отрыжку, изжогу. Область желудка болезненна при пальпации. Вес больного 79 кило. Исследование по Зимницкому: астенический гиперацидный тип. 28/X 1926—назначена диета проф. Яроцкого без медикаментов. 6/XI—болей нет, другие симптомы значительно менее выражены, вес 79 кило. 13/XI—незначительное чувство тяжести, изредка изжога и отрыжка, вес 78,800. 16/XI—исследование по Зимницкому: нормацидный нормальный тип; диета расширена. Больной находится под нашим наблюдением и чувствует себя хорошо.

Случаи №№ 6, 20 и 42 являются типичными,—так протекало лечение у большинства наших больных. Случай № 8 является представителем той группы, где больные, видимо, не могут переносить обычной своей пищи и, чувствуя себя хорошо на диете, при расширении ее начинают испытывать снова все болезненные симптомы. Случай № 46 интересен в том отношении, что здесь больной страдал туберкулезом легких, но, несмотря на самую строгую диету, проводимую амбулаторно, причем больной продолжал все время много работать, общее состояние его несколько не ухудшилось, и самочувствие было все время хорошее; впрочем за 15 дней вес больного убавился на 200,0.

Относительно прочности достигнутых результатов мы считаем возможным отметить следующее: в части наших случаев наступило прочное выздоровление (сл. № 6 и др.); в другой группе через некоторое время наступал рецидив (случаи № № 21, 28, 29, 50), время наступления которого было различно; наконец, в части случаев больные, видимо, не могли переносить своей обычной пищи, и при расширении диеты у них снова наступало ухудшение. Поэтому мы думаем, что и после наступления полного клинического выздоровления желательнее, чтобы больные все же и в дальнейшем, расширив свою диету, главным образом, оставались на углеводисто-масляной пище. Во время строгой диеты, по нашим наблюдениям, лучше всего больными переносятся рисовая и манная каши; напротив, пшенная у многих вызывала ухудшение. Надо еще отметить, что у нас был случай язвы желудка, в котором прекрасно переносилась гречневая каша. При расширении диеты нежирная мясная котлета в ряде случаев переносилась лучше, чем молоко.

Исчезновение субъективных жалоб при диете Яроцкого наступало у нас раньше, чем понижение кислотности желудочного сока, а в некоторых случаях мы имели полное клиническое выздоровление, между тем кислотность желудочного содержимого оставалась без изменений, или даже повышалась. Параллелизма, т. о., мы подметить не могли.

У нас создалось, далее, впечатление, что, хотя и одной диетой Яроцкого можно достигнуть полного клинического излечения, все же результаты получаются быстрее при одновременном назначении висмута и щелочей, а в некоторых случаях желательнее и назначение белладонны. Большое преимущество диеты проф. Яроцкого состоит в том, что она, давая прекрасные результаты в смысле терапевтическом, доступна в материальном отношении широким массам, благодаря чему может с успехом широко применяться в амбулаторной практике. Благоприятное действие этой диеты объясняется, по видимому, не только нераздражающим, щадящим действием ее на желудок, но и общим влиянием на организм (изменение ацидоза тканей? Влияние на возбудимость нервной системы?)

На основании своих наблюдений мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Диета проф. А. И. Яроцкого с успехом может применяться как при язвах желудка и 12-перстной кишки, так и при гиперацидных катаррах желудка.

2. Ее можно проводить амбулаторно.

3. Диета эта должна проводиться достаточно продолжительное время.

4. При продолжительном лечении ею можно достигнуть понижения кислотности желудочного сока и улучшения типа желудочной секреции.

5. Можно достигнуть хороших результатов одной этой диетой, без применения лекарственных веществ, но при применении последних выздоровление наступает быстрее.

6. Из лекарственных средств лучшие результаты получаются при назначении висмута и раствора соды.

7. Надо приветствовать открытие дието-столовых в Москве и пожелать, чтобы подобные же учреждения были открыты и в других городах, что значительно облегчит лечение желудочно-кишечных страданий.

ЛИТЕРАТУРА.

Яроцкий. Рус. Врач, 1910, № 51; то же, 1916, № 23; Вр. Газ., 1923, № 17—20; Лечение круглой язвы желудка, 1918; Рус. Клиника, 1925, № 18; Клин. Мед., 1925, № 1—2.—Денисова-Сущевская. Рус. Вр., 1916, № 28.—Варыпаев. Рус. Врач, 1916, № 13.—Шубин. Казан. Мед. Журн., 1925, № 3.—Лихачева. Врач. Дело, 1922, № 16—20.—Лукомский. Вестн. Совр. Мед., 1925, № 8.—Сперанский. Врач. Газ., 1924, № 21—22.—Мюллер. Рус. Клин., 1926, № 31.

---

## Облитерация или инволюция червеобразного отростка?

Д-ра М. Л. Борухина, прозектора Анатомического Института  
Бакинского Гос. Университета.

(С 2 рис.).

Вопрос об облитерации червеобразного отростка представляет интерес как клинический, так и теоретический, причем приходится выяснять, является ли облитерация эта результатом воспалительного процесса, или физиологической инволюции рудиментарного органа. В значительном числе описанных случаев (Trewes-Hartmann) причиной облитерации было воспаление отростка. То же самое следует сказать и относительно исследованных нами случаев данной аномалии.

Один из этих случаев касается мужчины 31 года, поступившего в Факультетскую Хирургическую клинику через месяц после первого типичного приступа аппендицита с болями в ileo-coecal'ной области с задержкой стула и температурой 38° С. При объективном исследовании ничего, кроме некоторой болезненности в ileo-coecal'ной области, установить было нельзя. Операция под хлороформным наркозом. Поперечным разрезом в 4—6 сант., проведенным по интраспинальной линии справа, вскрыта брюшная полость. При обследовании ileo-coecal'ной области было обнаружено большое количество спаек кругом слепой кишки. Тасниае в том месте, где обычно должен быть червеобразный отросток, сходились, переходя в замурованный среди спаек тяж. Тяж этот на значительном расстоянии был отделен от спаек и удален, причем оказался атрофированным аппендиксом.

В этом случае причиной облитерации, судя по клинической картине и данным, найденным при операционном вмешательстве, был, несомненно, воспалительный процесс, что было подтверждено и микроскопической картиной: при микроскопическом исследовании был обнаружен хронический гиперпластический воспалительный процесс с разрушением эпителия слизистой и лимфоидного аппарата; мышечный слой представлялся в виде пучков деформированной гладкой мускулатуры, разделенных фиброзной тканью (рис. 1).

Другой случай был мною обследован в Анатомическом Институте, куда был доставлен из Психиатрического отделения труп женщины 38 лет, без диагноза и указания причины смерти. По вскрытии брюшной полости (во время занятий по спланхнологии со студентами) обнаружено, что, при обычном положении тонких и толстых кишек, вся правая половина большого и малого таза занята спайками; lig. latum dex., pars ascendens ilei и coecum были замурованы в них настолько, что их с трудом удалось освободить; маточные придатки правой стороны были резко изменены хроническим воспалительным процессом. По освобождении ср-

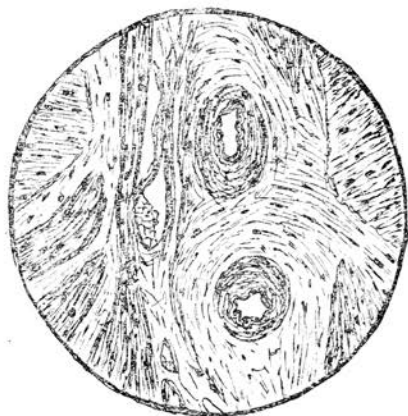


Рис. 1.

ценных органов обнаружен appendix в виде тяжа, который можно было проследить на протяжении  $5\frac{1}{2}$  сант. Тяж этот, отходя от соесум с медиальной стороны на 2 сант ниже впадения ilei, терялся в спайках. По вскрытии слепой кишки отверстия червеобразного отростка обнаружить было нельзя, а в том месте, где оно должно было находиться, имелось небольшое вдавление, около  $\frac{1}{3}$  сант. диаметром.

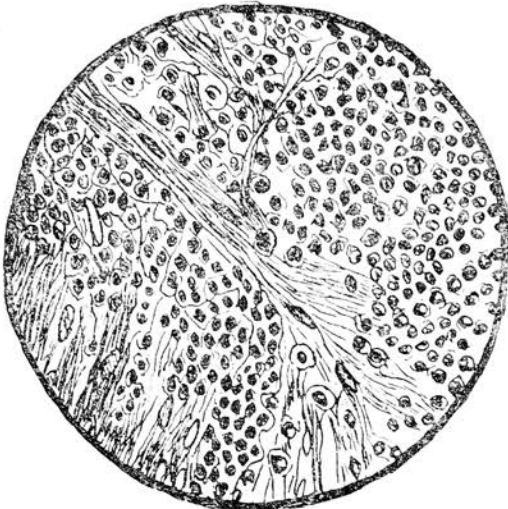


Рис. 2.

Микроскопически в данном случае мы также могли обнаружить хронический гиперпластический воспалительный процесс, причем деформированная гладкая мускулатура на большом протяжении была вытеснена фиброзной тканью (рис. 2). Со стороны остальных органов и систем никаких видимых изменений в трупе констатировать было нельзя.

Облитерация аппендикса при выраженном воспалении его по Ribbertу наблюдается в 6%, по Zuckerkandl'ю—даже в 13%. Облитерация эта наступает обычно при соответствующей анатомической структуре аппендикса, напр., при узком просвете его и т. п. Физиологическая инволюция червеобразного отростка, вопреки мнению

некоторых авторов, вряд ли играет роль в ее происхождении. Это подтверждается и физиологической ролью аппендикса, а также местом, которое он занимает на филогенетической лестнице.

Funkе полагает, что аппендикс выделяет ферменты, нужные для переваривания крахмалистых веществ пищи. Ваггу, на основании гистологического строения червеобразного отростка, считает его органом лимфатической системы. Некоторые думают, что он обладает гормональной функцией, выделяя инкреты, влияющие на тонус и перистальтику толстых кишок. Stöhr, Johnson и др. нашли у зародыша на 11-й—13-й неделе в мукозе отростка огромное количество Lieberkühn'овых желез, небольшое количество ворсинок и нормальные для кишки мышечные слои; затем эти образования претерпевают обратное развитие и замещаются развивающимся лимфатическим аппаратом. По мнению Sabbota червеобразный отросток—„это круговая Peyer'ова бляшка, своего рода миндалина толстой кишки“. Весьма значительное число фолликулов (150—400) и развитие лимфоидного аппарата, надо полагать, действительно связаны с определенной функцией аппендикса. Правда, удаление последнего не влечет за собой видимых изменений в отправлениях организма, но мы знаем, что ведь и удаление толстых кишок, а также резекция значительной части таких кишек и удаление целого ряда других органов не вызывают стойких изменений в организме, ибо компенсаторная способность последнего очень велика. Поэтому и отсутствие изменений в отправлениях кишечника после аппендэктомии не противоречит предположенному, что червеобразный отросток обладает определенной физиологической функцией.

С точки зрения филогенетического происхождения аппендикса представляется в следующем освещении: типичный червеобразный отросток



встречается только у приматов, причем Gegenbauer полагает, что он есть недоразвившаяся слепая кишка, а последняя у приматов представляет собою разросшуюся проксимальную часть толстой кишки. Утверждая это, названный автор исходит из структуры слепой кишки у яйцеродных млекопитающих, каковая структура здесь напоминает строение appendix'a. Некоторые авторы (Muthmann) полагают, что указанные отношения у яйцеродных—вторичного происхождения. У акул соесит представляет пальцевидный дорзальный выступ задней кишки, у двояко-дышащих слепая кишка более развита, у амфибий она представляет собою небольшой выступ, у рептилий выступ этот из дорзального положения переходит в боковое, иногда бывая парным. Из млекопитающих наиболее примитивна слепая кишка у яйцеродных, и только у человека превращается в соесал'ный аппарат с appendix'м.

На основании оценки как физиологических, так и филогенетических данных едва ли можно с полной уверенностью считать appendix исчезающим органом, и встречающаяся облитерация его должна быть рассматриваема, как результат воспаления, а не один из моментов редукции, что подтверждается как нашими случаями, так и случаями, описанными другими авторами.

## К вопросу о послеоперационном лечении гэморроя.

Д-ра А. И. Иваиченко.

В последнее время вопрос о хирургическом лечении гэморроя не сходит со столбцов русских журналов, причем в этой области до сих пор замечается большое разнообразие мнений, и выдвигаются различные оперативные модификации. Оставляя последние в стороне, я коснусь в настоящей статье только вопроса о послеоперационном лечении гэморроя.

Если мы обратимся к руководствам по хирургии, оперативной и частной, то увидим, что почти всюду в них рекомендуется после операции гэморроя вставлять в задний проход дренажную трубку, обернутую простой или подоформенной марлей, и давать больному опий (Карпинский, Караваев, Esmarch и Kowalzig, Kocher, Тихов, Wullstein и Wilms, Pels-Leusden, Венгловский и др.). Дренажная трубка рекомендуется для того, чтобы дать защиту от инфекции, обеспечить отхождение газов и выхождение содержимого кишок и, кроме того, прижимать стенки кишки и тем самым останавливать паренхиматозное кровотечение, которое легко может быть в рыхлой подслизистой клетчатке. Что касается опия, то он дается для того, чтобы задержать перистальтику кишечника, не допустить ранней дефекации и уменьшить боли.

Такой именно способ ведения послеоперационного периода применяли и мы до 1926 года, когда через наши руки прошло 53 случая перевязки кишок с предварительной надрезкой их у основания и 10 случаев операции по Whiteheady. Из этих 63 случаев, проведенных после операции с дренажем и опиумом, в 8 имело место самостоятельное мочеиспускание, в 34—задержка мочи до 5—7 суток, в остальных 21 случае в историях болезни нет никаких указаний на этот счет. Из 34 случаев ишурии в 19 отмечалось наступление самостоятельного мочеиспускания в день или на следующий день после удаления дренажа, что важно отметить в смысле выяснения вопроса о влиянии дренажа на столь тягостное для больного осложнение, ибо ни впрыскивание глицерина в уретру, ни инъекции 25% раствора сернокислой магнезии, ни дача sol. kalii acetici 20: 300,0 через 1/2 часа по столовой ложке не вызывали в этих случаях мочеиспускания.

Удалялся дренаж обычно на 4-е—6-е сутки; тогда же давалось слабительное. Вытянутая дренажная трубка обыкновенно была покрыта со стороны прямой кишки разложившейся слизью и некротизированными кусками слизистой, а иногда калом и издавала зловонный запах. Слизистая прямой кишки была гиперэмирована и имела

такой же налет. Вокруг anus'a в большинстве случаев замечался отек. Больные жаловались на ощущение присутствия инородного тела и на резкую боль, которая усиливалась при малейших движениях. Выписывались такие больные в среднем между 12 и 15 днями. Для операции они готовились следующим образом: за 2 суток им давалось слабительное, и назначалась жидкая диета; накануне операции утром опять давалось слабительное, больной не обедал и не ужинал; вечером и утром в день операции по одной клизме, самая операция производилась большею частью под местной анестезией. Несмотря на дачу опиума, иногда после нее уже на 3-и сутки бывал самостоятельный стул, довольно твердый, причинявший боль и вызывавший обильное кровотечение.

Если ко всему сказанному прибавить, что неизбежная экссудация от присутствия инородного тела, при наличии разлагающихся узлов, слизи и поверхностных омертвений слизистой (Chia-gi) служит хорошей почвой для инфекции, которой богата прямая кишка, и далее, что, сдавливая стенки поврежденной кишки, дренаж ухудшает питание последней и уменьшает столь необходимый для образования здорового грануляционного вала на границе отторгающихся узлов прилив крови, этим затягивает процесс заживления и удлиняет время пребывания больных в больнице, то станет понятным, почему мы с 1926 года начали проводить послеоперационный период при геморрое без дренажа и опиума.

Мы не станем приводить здесь историй болезни наших случаев, ибо они похожи друг на друга; остановимся только на том, что имеет непосредственное отношение к нашей работе. Готовили мы больных для операции по-прежнему; оперировали главным образом перевязкой шишек с надрезкой у оснований под местной анестезией (4 случая оперированы по P a u c h e t, 1 сл.—по W h i t e h a e d'y); дренажа не вставляли, опиума не давали; стул вызывали слабительным на 5-е—6-е сутки, когда разрешали больным ходить; со дня операции больные получали бульон, чай, жидкие яйца, молоко; выписывали мы их из больницы на 8-й—9-й день.

На основании проведенных таким образом с января по июль 1926 г. 32 случаев мы можем констатировать: великолепное общее состояние больных,—по их словам они ходили-бы с первого дня операции, что многие и делали, несмотря на запрещение; болезненность в операционном месте была до того незначительна, что больные свободно ворочались в постели; зияние anus'a держалось 4—5 дней, причем оттуда свободно выделялись слизь, распадающаяся ткань узлов и газы; отек кругом заднепроходного отверстия совершенно отсутствовал; самостоятельный стул наблюдался у 2 больных уже на 2-е—3-и сутки и у 4 больных—на 5-й день, причем он был жидковатым и сопровождался незначительной болезненностью и необильным кровотечением; вообще кровотечение после первого стула было незначительное или совершенно отсутствовало; шишки отпадали на 6-й—8-й день; задержка мочи имела место 4 раза,—у одного больного после операции W h i t e h a e d'a под общим наркозом, у другого не было произведено надрезки при перевязывании шишек, третий мочился самостоятельно только первые сутки, у четвертого местная анестезия действовала слабо; катетеризировали их 2 суток. Расширение сфинктера во всех направлениях было произведено в 16 случаях, в число которых попали 4 случая с иштурией; у остальных больных расширяли anus только в поперечном направлении.

Таким образом, если сравнить наши наблюдения, то все данные будут говорить за то, что после операции геморроя можно обойтись без дренажа и опия. Отхождение газов при этом бывает вполне обеспечено зиянием растянутого и парализованного сфинктера; благодаря последнему обстоятельству, мы гарантированы от инфекции, так как благоприятная для последней почва, слизь и распадающаяся ткань узлов, свободно выделяется наружу и впитывается сменяемой повязкой. Послеоперационные боли незначительные или совершенно отсутствуют, так как отсутствует причина, порождающая их,—реакция сфинктера судорожным сокращением на присутствие постороннего тела; без дренажа создается полный покой в операционном месте, необходимый для правильного кровообращения и скорого заживления (Кудинцев, Волкович). В результате тщательной очистки кишечника до операции кишечный канал больных является совершенно пустым, чем вызывается опять-таки покой его, так как удаляются стимулы для его перистальтики. Получаемая больными пища,—бульон, чай, яйца, молоко,—является хорошо удобоваримой, с большим коэффициентом усвояемости: она оставляет в пищеварительном аппарате не более 6—7% отбросов или переваривается полностью (Einhorn, Rubner, Praussnitz). Как известно из физиологии, кал состоит не столько из остатков непереваренных питательных веществ, сколько из продуктов, не всосавшихся после переваривания, из остатков пищеварительных соков, экскретов слизистой оболочки (Fe, Ca, Mg, слизи, эпителия) и микроорганизмов (по Schmidt'у за сутки число их превышает 30 миллиардов, по Strassburg'у микроорганизмы могут составлять  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  кала). При нашем ведении послеоперационного периода, благодаря жидкой, удобоваримой, не раздражающей пище, количество отделяющихся пищеварительных соков бывает незначительно, основательной очисткой кишечника многие бактерии удаляются из него, а жизнедеятельность оставшихся подавляется; при таких условиях кала должно быть немного, и вздутие живота отсутствует, чем уменьшается кишечная перистальтика (энергичную перистальтику вызывают газы). Поэтому нет никаких оснований допустить, что без опия может наступить ранняя дефекация. Ктому же постельное содержание больных и телесный покой их удерживают кал даже в большей мере, чем это желательно <sup>1)</sup>. Если таковая и произойдет, то вредного ничего не получится, как видно из наших двух случаев с самостоятельным стулом на 2-е—3-и сутки. Erichsen и Rotter советуют давать больным ol. ricini уже на другой день после операции; в этом случае необходимо, чтобы держался паралич сфинктера, дабы не повредить образовавшейся демаркационной линии на месте отторгающих узлов, и кал не был твердым. Самостоятельный стул отмечался еще у 4 наших больных из 32 на 5-е сутки, т. е. на 1—2 сутки позже дачи слабительного многими авторами. Самостоятельный стул на 3-и сутки был у наших больных и в том случае, если они получали опий, причем он сопровождался жестокими болями и обильным кровотечением. Но самым мучительным и продолжительным осложнением после операции геморроя является задержка мочеиспускания. Распределение нервов в данной области отчасти объясняет причины этого. Раздражение тазового нерва влечет за собой повышение тонуса детру-

<sup>1)</sup> Bergmann, Bruns и Mikulicz. Руководство практической хирургии, т. 3, ч. II.

зора пузыря и расслабление его жома, т. е. создает условия для мочеиспускания (Lampert). При возбуждении п. hypogastrici наступают замыкание жома и расслабление детрузора, т. е. задержка мочи (Müller). Закон Basch'a о перекрестной иннервации, установленный Ehrman'ом и Oser'em для иннервации кишек, применим для этих обоих нервов, так что тазовый нерв, тонизируя детрузор, расслабляет жом, а п. hypogastricus, сокращая жом, тормозит детрузор (Fellner, Courtade, Guyon, Pal, Кватер и др.). Таким образом при задержке мочеиспускания происходит или выключение тазового нерва при изолированном функционировании только п. hypogastrici, или, при нормальной функции первого, происходит возбуждение второго, что ведет в обоих случаях к спазму жома и параличу детрузора. Принимая во внимание довольно интимную связь между иннервацией мочевого пузыря и прямой кишкой, задержку мочи в послеоперационном периоде гэморроя можно объяснить главным образом раздражением п. hypogastrici.

В этом отношении дренажу-тампону принадлежит довольно видное место в ряде других причин (операционная травма, интоксикация нервной системы от наркоза и анестезии, выпадение условных рефлексов, связанных с необычным положением больных на спине, рефлекторно от болевых ощущений и т. д.), так как, производя давление на простатическую и перепончатую часть уретры, он или раздражает п. hypogastricus, или служит препятствием для свободного мочеиспускания (Кудинцев, Тихов). Что это так,—ярким примером могут служить наши 19 случаев, в которых в день или на следующий день после удаления дренажа больные мочились самостоятельно. Профф. Федоров и Миротворцев, чтобы не вызвать травмы простаты, ведущей к ишурии, советуют растягивать sphincter только в горизонтальном направлении; в наших случаях такое растягивание было применено у 16 больных, и у всех их задержки мочеиспускания не наблюдалось.

Таким образом на основании наших сравнительных данных можно прийти к заключению, что применение дренажной трубки в послеоперационном периоде гэморроя является нефизиологичным и грубым приемом, который поэтому должен быть вычеркнут из хирургической практики. Что касается опия, то применение его тоже не имеет оснований, если принять во внимание данные физиологии и физиологической химии. По этому вопросу в литературе существует, впрочем, большое разнообразие мнений. Так, согласно анкетным данным об оперативном лечении гэморроя, собранным редакцией „Новой Хирургии“, трубку и опий применяют 18 авторов (профф. Мартынов, Гессе, Березнеговский, Гальперн, Богораз, Поленов, Кудинцев, Миротворцев, Опокин и др.), не применяют трубки, но дают опий 13 (профф. Покотило, Линберг, Заблудовский, Мельников, Рубашев, Петров, Святухин, Гирголав, Фабрикант и др.), не дает опия, но вставляет дренаж, один проф. Кузнецкий, и только проф. Левит, из Иркутска, проводит послеоперационный период гэморроя без того и другого; от этого „послеоперационное течение не хуже и даже несколько лучше,—болей меньше, мочеиспускание чаще произвольное, на 6-й—8-й день омертвевшие узлы отваливаются“ (Левит). У д-ра Баженова без опия и дренажа проведено 11 случаев, на основании которых он убедился в излишестве употребления того и дру-

гого. Мы можем присоединить сюда наши 32 случая гэморроя, леченных после операции также без дренажа и опия.

---

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) А. М. Черевков. Руководство к изучению нормальной физиологии человека. 1914.—2) Б. И. Словцов. Учебник физиологической химии. 1914.—3) M. Einhorn. Лекции по диететике. Библиотека Медицинского Современника, 1915, декабрь.—4) А. В. Вишневский. К вопросу периферической иннервации прямой кишки. Казань. 1903.—5) П. С. Баженов. К вопросу о послеоперационном периоде гэморроя. Ввач. Газета, 1925, № 15—16.—6) Bergmann, Bruns и Mikulicz. Руководство практической хирургии. Т. 3, ч. II.—7) Kocher. Учение о хирургических операциях. Ч. II, 1911.—8) Напалков. Оперативная хирургия мужского глаза.—9) Pels-Leusden. Учение о хирургических операциях. 1912.—10) Esmarch и Kowalzig. Хирургическая техника. 1894. Т. 3.—11) Erichsen. Теоретическая и практическая медицина. 1886.—12) Карпинский. Руководство к изучению и лечению болезней recti. 1870.—13) Караваев. Оперативная хирургия. 1878.—14) Тихов. Частная хирургия. Т. II, 1916.—15) Венгловский. Оперативная хирургия. 1915.—16) Федоров. Клинические лекции по хирургии. 1922.—17) Corning. Руководство по топографической анатомии.—18) Wullstein и Wilm s. Руководство по хирургии. 1913.—19) Новая Хирургия, 1926, № 3.—20) Кудинцев. Рус. Хир. Архив, 1905.
-

## К вопросу о туберкулезе почек \*).

Д-ра М. А. Зайцева.

Туберкулез почек у человека встречается довольно часто. Так, например, в Мужском Урологическом отделении Обуховской больницы (Ленинград) наблюдалось за последние 14 лет 153 случая этой болезни. По статистике различных авторов видно, что на 100 исследованных трупов в 2—3 можно было найти *tbc renis*, а на 100 исследованных трупов фтизиков—от 8 до 30 представляли *tbc* изменения и почек. Федоров среди других хирургических заболеваний почек насчитывает 19% туберкулеза. Мне за первый год существования Урологического отделения III Советской Народной больницы в Одессе удалось наблюдать всего 3 случая *tbc* почек, что, по отношению к общему количеству больных отделения (534 чел.), составляет 0,56%, а по отношению к общему количеству урологических больных больницы за 1923—24 г. (218 чел.)—1,37.

Туберкулез почек наблюдается у женщин чаще, нежели у мужчин (Küstner), хотя некоторые авторы и не отмечают в этом отношении разницы между полами. Что касается возраста, то обыкновенно болезнь эта развивается у лиц от 20 до 40 лет; до 20-го и после 40-го года жизни она развивается редко.

Патолого-анатомически авторы (Tuffier, Israël, König) наблюдали различные формы поражения. По большей части *tbc* процесс развивается в почечной паренхиме и лишь позже, а иногда и вовсе не переходит, на лоханку; иногда же он начинается с почечных сосочков и уже рано распространяется на лоханку. По наблюдениям Guter'a чаще всего в почках встречается кавернозная форма *tbc*, при которой паренхима органа бывает усеяна большим или меньшим числом каверн, имеющих изъязвленные стенки и наполненных творожистыми, жидкими или густыми массами; каверны окружены серой каймой туберкулезно инфильтрированной ткани. Почечная лоханка в редких случаях может оставаться не пораженной,—большую часть она бывает пронизана бугорками, часто утолщена и сморщена. Иногда Guter наблюдал процесс в язвенной форме, начинавшийся с почечных сосочков и переходивший с одной стороны на мозговое вещество с другой—на лоханку (туберкулезный пиелонефрит). В других случаях в почке обнаруживаются большей или меньшей величины творожистые узлы или группы бугорков, либо бугорки бывают расположены в виде клина.

Часто к творожисто-кавернозному распаду присоединяется склерозирующее воспаление стенок каверн, так что последние оказываются

---

\*) Сообщено в заседании врачей-хирургов больницы.

окруженными плотной перепонкой. Воспаление это часто переходит на фиброзную и жировую сумки органа (*capsulae propria et adiposa*), которые крепко спаиваются с почкой и лишь с трудом отдираются; *hilus*, окружающая почечную лоханку ткань и сосудистый пучок часто также подвергаются подобного же рода изменениям. Гораздо реже встречается общее творожистое перерождение почки (*Tuffier*), при котором вся почка бывает превращена в творожистую кашицеобразную массу, и мочеточник оказывается облитерированным, но нет склерозирующего воспаления сумки.

При небольшом распространении *tbc* процесса, наружная форма почки остается иногда совершенно нормальной, но даже и в свежих случаях болезни при операции всегда находят слипчивый перинефрит, вследствие чего отделение жировой сумки от фиброзной сопряжено бывает с некоторыми затруднениями. Большею частью, вследствие развития каверн или больших творожистых узлов, почка при *tbc* оказывается увеличенной—или *in toto*, или частично—в бугристой на поверхности. Реже об'ем ее бывает уменьшен вследствие склерозирующего процесса.

Почечная лоханка представляет в значительном % случаев характерные изменения либо только на поверхности—в виде бугорков, либо более глубокие—в виде изъязвлений, грануляций и некротических изменений. Стенка ее вследствие этого бывает утолщена, полость часто сужена. Мочеточник, смотря по продолжительности и течению процесса, либо еще здоров, либо в нем наблюдаются такие же изменения, как и в лоханке: бугорки, изъязвления и грануляции. Очень часто стенка мочеточника сильно утолщается вследствие развития мозолистой ткани, так что он достигает толщины большого пальца; в других случаях мочеточник представляет рубцовые сужения с расширениями между ними, или же бывает весь расширен. Благодаря процессу сморщивания просвет мочеточника может быть закрытым, и весь мочеточник превращается в плотный тяж, спаивный с окружающими частями (склерозирующий периуретерит).

Пузырь при почечном *tbc* тоже может совместно заболеть туберкулезом или простым катарром. К сожалению, последнее встречается реже. При *tbc* поражении пузыря наблюдаются припухание, краснота, искривление и изъязвление отверстия соответствующего мочеточника и его окружности. Иногда по соседству с ним встречаются рассеянные бугорки, чем *tbc* цистит отличается от простого, где изменения носят более разлитой характер и распространяются на весь пузырь.

Замечательно, что туберкулез почки часто бывает односторонним, а там, где он встречался на обеих сторонах, можно было доказать, что процесс во второй почке развился лишь впоследствии. Некоторые авторы отмечают впрочем случаи, где клинически не подозреваемый туберкулез второй почки патолого-анатомически уже существовал, и на вскрытии можно было установить, что, если одна почка тяжело больна, то больна и другая. Проф. Федоров наблюдал заболевание второй почки в 17%, а *Wildbolz*—в 12% случаев. Нередко в другой почке, кроме *tbc*, находили и другие патологические процессы, особенно амилоидное перерождение, хронический нефрит или зернистую атрофию. Очень часто также при первичном *tbc* почки встречается одновременное поражение других органов: маточных придатков, предстательной железы, семенных пузырьков, легких, костей и позвоночника.



Излюбленным местом локализации the процесса в почках является верхняя треть их. Розе (Харьков), экстирпировав 23 туберкулезных почки, из которых в 12 имел место далеко зашедший туберкулез, а остальные 11 оперированы были в ранних стадиях (от 4 до 11 месяцев течения болезни), во всех этих 11 почках наблюдал одно общее явление, — туберкулезный процесс локализовался в верхней трети почки, причем в некоторых из них он частично переходил на среднюю треть. В 5 из 12 запущенных случаев также заметно было преимущественное заболевание верхней половины органа, в которой располагались более обширные и более старые туберкулезные фокусы. То же самое наблюдал и Эрлих (Харьков) в своей коллекции почек, экстирпированных оперативным путем по поводу туберкулеза.

Коль скоро такое явление встречается часто, оно должно быть чем-нибудь объяснено. Откуда верхний полюс—или, вернее, верхняя часть—почки приобретает такую восприимчивость к туберкулезу? Одна эмпирическая теория Pels-Leusden'a этого объяснить не может. Ведь кровоснабжение почки во всех ее частях одинаково. На почках, исследованных в этом направлении, Розе не нашел заметного различия в величине ветвей почечной артерии.

В подтверждение своих заключений о локализации туберкулеза в верхней части почки этот автор говорит: „Экстирпированная мною левая почка показала такое удивительное распространение туберкулезного процесса, которое невольно бросалось в глаза. Если разделить почку поперечными параллелями на 5 равных частей, то граница между второй и третьей частями почки на задней ее поверхности представляет резко очерченную, почти прямую линию темно-синего цвета, идущую от наружного края почки к верхнему углу hilus'a. Кверху от этой линии поверхность почки покрыта the бугорками различной величины, которые своей желтовато-серой окраской пронизывают темно-синий фон пораженной области. Но не вся задняя поверхность верхнего полюса поражена: поражена только латеральная половина ее, которая постепенно переходит в нормальную поверхность медиальной половины. Нормальную поверхность имеет и вся почка ниже описанной границы. По наружному краю почки область the поражения захватывает часть соответственно пораженной области по задней поверхности почки, оставляя не измененной всю переднюю поверхность ее. На разрезе ткань почки была пронизана бугорками, местами казеозно перерожденными, от коркового слоя до вершукшек пирамид,—но только в той части, где поражена и ее поверхность, т. е. в латеральной части верхней трети почки. Здесь процесс всей своей массой локализуется в задней половине почки и спереди доходит только до коркового слоя, каковой представляется нормальным. В медиальной части верхнего полюса—три рядом расположенных, небольших, свежих бугорка. В части же почки ниже описанной границы (т. е. в нижних  $\frac{2}{5}$  почки) ни на одном из серийных микроскопических срезов бугорков обнаружено не было. При операции было замечено, что граница между 2-ой и 3-ей частями почки совершенно точно соответствовала уровню XII ребра, а поражена была лишь та латеральная часть почки, которая прилежит к XI или XII ребрам; медиальная же часть верхнего полюса почки, лежащая на мышцах, оказалась почти не измененной. Сросший XII ребра с жировой капсулой почки не было, но сама жировая капсула в области

пораженной части почки была заметно уплотнена. Далее, во время операции было обращено внимание и на то, что XII ребро чрезвычайно затрудняло операцию нефрэктомии,—оно имело большой наклон вперед“. Вообще Розе наблюдал у большинства больных, оперированных по поводу тbc почки, что „угол, образуемый XII ребром с одной стороны и позвоночником с другой, был у них заметно острее обыкновенного“.

Из всех этих наблюдений д-ра Розе следует, что в заболевании хроническим тbc почек играют, повидимому, известную роль конституциональные особенности организма, именно, расположение XII ребра под необычайно острым углом к позвоночнику. Вследствие этого почка испытывает в верхней своей части постоянное давление, усиливающееся при толчкообразных дыхательных движениях грудной клетки. Таким образом в верхней части ее создаются условия, вызывающие нарушение кровообращения и этим благоприятствующие застреванию в паренхиме случайных тbc эмболов. Свою теорию о патогенезе тbc почек Розе подтверждает рядом опытов на собаках.

Как милиарный, так и хронический тbc почки может быть одним из многообразных проявлений общего тbc. Бывают, однако, и такие случаи, когда тbc поражает только почки, или, кроме них, еще лишь несколько других органов (маточные придатки, пузырь, предстательную железу и т. д.). Обычно заболевание это развивается первично, имея гематогенное происхождение.

В прежнее время думали, что в большинстве случаев тbc почек развивается восходящим путем, исходя из половых органов и пузыря. Это мнение, поддерживавшееся G и u o n'ом, в настоящее время не находит себе сторонников.

При одновременном поражении половой системы (напр., маточных придатков) тbc процесс может распространиться вверх через пузырь, но нужно заметить, что иногда придатки и почка при гематогенном происхождении заболевания поражаются вместе, и в таком случае пузырь остается здоровым. Вообще восходящая форма у женщин едва-ли когда-либо наблюдается, у мужчин же она наблюдается чрезвычайно редко, значительно уступая по своей частоте случаям заражения через кровь.

Очень часто у мужчин встречается одновременное поражение полового и мочевого трактов (Casper).

Одностороннее заболевание почки туберкулезом иногда возникает в зависимости от местных причин, каковы травма, смещение почки, гоноррея, опухоли и камни.

Следует отметить, далее, лимфогенный туберкулез почек, где первичный очаг находится в легких или плевре; отсюда процесс по лимфатическим путям доходит до параортальных желез, а отсюда, по таким же путям, к почкам.

Съезды итальянских (1921 г.) и германских (1922) хирургов признали, однако, гематогенные пути распространения туберкулеза почек главными.

Что касается клинической картины разбираемой болезни, то начальный период болезни может протекать без всяких симптомов и даже без habitus phthisicus. Вскоре, однако, болезнь начинает заметно сказываться: обнаруживается расстройство общего состояния, начинает протухиваться опухоль почки, достигающая иногда размеров головы годо-

валого ребенка, и резко изменяется моча. На первом месте, однако, стоят явления со стороны пузыря: мочеиспускание происходит часто, особенно по ночам; в начале и конце акта мочеиспускания больной ощущает боли, в моче бывают следы крови. Коликообразные боли вследствие закупорки свертками крови и гноя мочеточника заставляют больного, наконец, обратиться к врачу. Пузырные явления либо зависят от участия в the процессе стенок пузыря, либо бывают рефлексорного происхождения, либо возникают на почве раздражения, производимого на пузырь патологически измененной мочей. Иногда интеллигентные больные обращают внимание на изменения мочи прежде, чем появились субъективные симптомы. В 73% случаев, наблюдавшихся Wildbolz'ем, имело место недержание мочи, в 60%—поллакиурия, нередко остаточная моча, следы белка (от  $\frac{1}{4}^0/00$  до  $\frac{1}{2}^0/00$ ), гиалиновые цилиндры. Количество мочи бывает скорее увеличено, нежели уменьшено, реакция ее кислая; с момента прорыва каверны в лоханку наступает пиурия, часто наблюдается гематурия. Если кровь в моче появляется в начале процесса, то можно думать о конгестивном состоянии почки, если в поздних стадиях,—это говорит о разрушении сосуда; наличие крови в моче говорит также об изменении the характера в пузыре. Очень часто в моче попадают туберкулезные бактерии—в 75% по Фелорову, 79%—по Guter'y, 90%—по Wildbolz'y.

На втором месте в клинической картине разбираемой болезни стоят явления со стороны почки. Явления эти в большинстве случаев неясны и лишь в редких случаях обращают на себя внимание больного. Почка бывает увеличена,—иногда, повторяем, до размеров головы годовалого ребенка и больше. Ощупать ее в начальных стадиях болезни конечно не удается, в поздних же она ощущивается, если представляет собою большой гнойный мешок, либо налицо имеется периферическое слипчивое воспаление; в таком случае опухоль оказывается неподвижною при дыхании. Нередко у больных замечаются боли невральгического и коликообразного характера; последние обычно иррадируют по ходу мочеточника вниз. Иногда и компенсаторно гипертрофированная другая почка бывает очень чувствительна и дает альбуминурию.

Общее состояние больных при the почек иногда бывает не нарушено, но в большинстве случаев оно сильно страдает независимо от того, будут-ли больные свободны от лихорадки, или у них имеется гектическая, перемежающаяся лихорадка, которая типична и для туберкулезного поражения других органов. Только при отсутствии лихорадки исхудание происходит медленно; при наличии же ее оно происходит быстро,—больные бледнеют, желтеют и получают вид тяжело больных.

При исследовании больных часто определяется ощупыванием увеличение больной почки. Иногда ясная опухоль и не прощупывается, однако же получается впечатление, что на большой стороне почечная область плотнее, более выполнена, чем на здоровой. Это, очевидно, объясняется тем, что между почкою и окружающей ее сумкой образуются рубцовые спайки. Наличностью последних объясняется и то, что туберкулезная почка обнаруживает меньшую подвижность, чем нормальная, а также пораженная пионефрозом иной природы или новообразованием. Увеличенная почка нередко является источником болей,—больные испытывают в области ее тупое, давящее ощущение, как будто у них в этом месте

что-то саднит; или же резкая боль появляется при давлении на больную почку.

Если туберкулезные очаги еще не вскрылись в почечную лоханку, или если мочеточник больной почки облитерирован, либо закупорен, то, при здоровой другой почке, моча может представляться совершенно чистой и тем давать повод к диагностическим ошибкам.

Если поражен и пузырь, то появляются типические симптомы со стороны его—затрудненное, болезненное и частое мочеиспускание. Нужно, впрочем, заметить, что такие же симптомы могут исходить и из почки, а в особенности из почечной лоханки; следовательно, они могут существовать и без того, чтобы сам пузырь был поражен туберкулезом, или сильно воспален.

Из всего сказанного ясно, что диагноз бугорчатки почек может иногда представлять большие трудности.

При постановке его приходится определять характер заболевания, а затем локализацию его. О возможности почечного туберкулеза следует думать в каждом случае самопроизвольно появляющегося катарра пузыря или шунри, независимо от того, содержит ли моча много или мало белка, имеются ли симптомы со стороны почки или нет. В каждом подозрительном случае.—даже и тогда, когда хронический цистит развивается на почве гонорреи, особенно же, если заболеванию пузыря предшествовал туберкулез яичка,—необходимо производить бактериологическое исследование мочи и притом на присутствие не только *tbc* бацилл, но и других бактерий, для чего надо пользоваться мочей, добытой из пузыря при помощи катетера. При этом надо помнить, что *tbc* нередко развивается на почве невылеченного перелоа, —известно много случаев перелойного пиелита, который впоследствии переходил в бугорчатый.

Гноетечение из почек, для которого нельзя найти какой-либо другой причины, является также типичным для бугорчатки почки. Особенно, если содержание гноя в моче не уменьшается при целесообразном лечении, то всегда должно возникать подозрение, что процесс локализуется не в пузыре, а в почке. Туберкулезная натура гноя должна быть, конечно, установлена при этом другими способами исследования. При тщательных поисках *tbc* бациллы находят приблизительно в 70—80% всех случаев бугорчатки почек. Если их не находят, и все-таки остается подозрение на туберкулезный характер болезни, то нужно сделать прививку гнойного осадка мочи морской свинке в брюшную полость: в положительном случае у животного через 5—6 недель разовьется острый просвидный туберкулез. Дальнейшим исследованием надо установить источник туберкулезных бацилл, для чего служат цистоскопия, катетеризация мочеточников и, само собою разумеется, подробное общее исследование больного.

Уже болезненность почечной области при пальпации указывает при *tbc* почек на место заболевания. Однако, по наблюдениям *Brandelier* и *Rörke*, которые согласуются с наблюдениями *Pankow's*, нельзя на основании односторонней или двусторонней болезненности выводить заключение относительно одностороннего или двустороннего поражения почек. Кроме болезненности в диагностике имеют значение дизурия, гэматурия, выделение клочков ткани с мочей, тянущие боли по ходу мочеточника (*Hock, Kago, Brüchner, Holweg*). *Pankow* применил с диагностическими целями туберкулин, причем, ограничивая максимальную дозу

для диагностического впрыскивания 0,001 к. с. старого туберкулина, он наблюдал из 13 случаев тbc почек очаговую реакцию только в одном: очевидно, эта доза слишком мала. Но Iweg утверждает, что цистоскопия и катетеризация мочеточников в соединении с нахождением бугорчатковых палочек представляют самый надежный способ распознавания туберкулеза почек. Однако отыскивание тbc палочек в начале болезни зачастую отнюдь не приводит быстрее всего к цели, а цистоскопия и катетеризация мочеточников даже и в опытных руках нередко не удаются. В r i s h n e r, напр., сообщает об одном 12-летнем больном, у которого приглашенный уролог отказался делать цистоскопию, как невыполнимую технически, и не мог ответить на вопрос, которая почка больна. Все же при помощи цистоскопии часто можно бывает определить, какая почка больна, так как в очень многих случаях устье мочеточника на больной стороне представляет характерные изменения: оно расширено, зияет, имеет неправильные, как-бы из'еденные края, вянуто, и в окружности его замечаются припухлость, краснота, из'язвления, милиарные бугорки, кровоизлияния и рубцы. Если и вне области мочеточниковых устьев существует поражение пузыря, то уже по преобладанию изменений на той или другой стороне последнего можно бывает судить, с которой стороны поражена почка. Если, далее, предстательная железа или яичко с какой-либо стороны представляют тbc изменения, то, по большей части, с этой стороны бывает поражена и почка.

Окончательный диагноз локализации туберкулеза и особенно состояние другой почки устанавливается на основании катетеризации мочеточников и функционального исследования почек. Из больной почки, как уже было сказано выше, получается моча, содержащая гной, белок и большей частью туберкулезные бактерии, из здоровой — нормальная моча. Для больной почки точка замерзания мочи, а равно выведение сахара и индиго-кармина, ниже, чем для здоровой, и притом даже в тех случаях, когда изменения очень незначительны. В тех случаях, когда в моче не находят бактерий, помогает большей частью цистоскопия, указывающая на характерные изменения области устьев мочеточников, а также наличие гноя в моче, вытекающей из больной почки, при отсутствии возбудителей инфекции в разводах. В подобных случаях можно также, для большей уверенности, прибегнуть к опытам на животных.

Технические затруднения для диагностики почечного тbc могут представиться со стороны мочеточника и пузыря. Первый может быть сужен (туберкулезная стриктура), а последний — сморщен, так что введение инструментов в них оказывается невозможным. В такого рода случаях исследованию должно предшествовать лечение уретры или пузыря. Иногда в подобных случаях можно прибегнуть к пробной нефрэктомии, если путем криоскопии крови убедился в том, что одна почка функционирует еще в достаточной степени. О рентгенодиагностике туберкулеза почек я, к сожалению, не нашел упоминания в доступной мне литературе.

Предсказание при туберкулезе почек — в общем неблагоприятное и зависит главным образом от того, в каком периоде мы получаем больного. Если поражены обе почки, и имеется еще туберкулез других органов, то прогноз в значительной мере ухудшается. Наоборот, туберкулез одной почки, рано попавший под наблюдение, дает хорошее предсказание: после удаления пораженного органа больные, по большей части, вновь расцветают.

Течение болезни в неоперированных случаях обыкновенно бывает довольно длительным. Проходит много времени, иногда много лет, пока почечная паренхима не разрушится настолько, чтобы обнаружилась недостаточность почки. По большей части уже раньше появляются метастазы, и развивается общий тбс, который и кладет конец жизни больного. Нередко при тбс почки наблюдается распространение процесса на соседние части,—процесс переходит на фиброзную и жировую капсулы, пробивается сквозь них и вызывает нагноение, доходящее до подкожной клетчатки. Такое течение болезни обыкновенно сопровождается острыми явлениями—сильным болезненным припуханием почечной области, высокой лихорадкой с потрясающими ознобами, упадком общего состояния больного и т. д.

Лечение почечного туберкулеза можно разделить на профилактическое, консервативное (терапевтическое) и оперативное (хирургическое). Первое сводится к профилактике туберкулеза вообще. Консервативное лечение складывается из диететических мероприятий, климата и гелиотерапии, назначения креозота и его препаратов, йода, гваякола, туберкулина (в большинстве случаев слабо помогающего) и т. п. Авторы доступных мне литературных источников приводят следующую статистику результатов консервативного лечения разбираемой болезни:

55%	больных умерли в течение	первых 2 лет,
31%	„ „ „	от 3 до 5 „
10%	„ „ „	„ 5 до 10 „
4%	„ „ „	„ периода свыше 10 лет.

Из этих цифр ясна безуспешность терапевтического лечения, и вполне понятно убеждение большинства авторов в том, что единственно-правильным лечением почечного тбс является хирургическое, именно, нефрэктомия.

Как известно, операция эта введена в хирургию всего лет 50 назад, и за это время результаты ее оказались столь благоприятными, что проф. Федоров уже в 1910 г., на X Съезде Хирургов, высказался за нее, как за самый правильный метод лечения туберкулеза почек; ту же точку зрения поддерживали впоследствии французы и немцы.

Если проследить % смертности после нефрэктомии за последние 30 лет, то можно составить следующую таблицу:

1890 г.		умерло 35,6% (Schmieden).
1902 г.		„ 18,8% (Küster).
1909 г.	на 1364 сл.	„ 9% (Desnos et Minter).
1912 г.	„ 165 „	„ 4,2% (Rafin).
1911 г.	„ 442 „	„ 2,4% (Wildbolz).
1920 г.	„ 532 „	„ 1,3% (Mayo).
1920 г.	„ 92 „	„ 1,1% (Федоров).

На 30 нефрэктомий, произведенных за последние годы в Ленинградской Обуховской больнице, смертного исхода непосредственно после операции не наблюдалось ни разу (Фейн и Хольцов).

Нефрэктомия применяется в отношении больной почки, если другая здорова, и не имеется никаких противопоказаний к операции. Бугорчатое поражение другой почки, по G u t e r y, не является таким противопоказанием, если только поражение это не грозит непосредственно жизни. Легкое

нефротическое заболевание другой почки также не должно удерживать от производства операции, так как здесь большую часть имеет дело с токсической альбуминурией, которая всегда уменьшается после удаления туберкулезной почки. Заболевания пузыря, предстательной железы, маточных придатков и яичек тоже не служат противопоказанием к нефрэктомии; напротив, как показал опыт, заболевания эти нередко поддаются лечению только после удаления больной почки. В тех случаях, когда туберкулезом поражены обе почки, некоторые авторы (K ü m m e l, R o v s i n g) советуют удалять более пораженную. G u t e r в подобных случаях производит нефрэктомию по особым показаниям (боли). Так же поступают Фейн и проф. Хольцов.

Технически нефрэктомия при бугорчатке почек не всегда оказывается легко выполнимой вследствие сильного сморщивания жировой сумки и инфильтрации корня почки. Вместе с почкой при ней удаляют по возможности далеко и мочеточник, пережигая его термокаутером и выжигая его просвет; рана заживает при этом без образования свищей, а остаток мочеточника зарастает вполне основательно.

Опасность нефрэктомии при правильной установке показаний, как уже сказано выше, в настоящее время является ничтожной, результаты же ее, наоборот, очень хороши. У K r ö n l e i n'a из 71 больных, подвергшихся нефрэктомии, 53 поправились, 14 умерли в течение первого года после операции, 4—спустя от 4 до 10 лет; причиной смерти служил, главным образом, туберкулез, особенно милиарный. У I s r a ë l'я из 97 нефрэктомированных у 86% общее состояние в течение 15 лет после операции было прекрасное, у 20% остались боли при мочеиспускании (тогда как до операции они были в 61% случаев); частота мочеиспускания была нормальна в 64% случаев (между тем как до операции это было лишь в 16% случаев); средний прирост веса тела равнялся 19 кило. Подводя итог данным I s r a ë l'я, L e g u e u, W i l d b o l z'a и Федорова, можно сказать, что 75% нефрэктомированных жили много лет, причем около 54% окончательно излечились. M a y o определяет процент вполне выздоравливающих после нефрэктомии при tbc почек в 60.

Нефрэктомия оказывает благоприятное влияние и на функцию пузыря, при здоровом его состоянии, благодаря устранению раздражения со стороны почки. Из случаев смерти в дальнейшем периоде после операции 65% приходится на случаи со вторичными заболеваниями, возникшими до операции; факт этот I s r a ë l считает убедительным побуждением к возможно раннему производству операции. Здоровое состояние другой почки устанавливается при этом собиранием мочи из каждой почки отдельно, при помощи катетеризации мочеточников. Надо иметь при этом в виду, что и здесь возможны ошибки, ибо, с одной стороны, катетер, проходя через пузырь, может захватывать с собою бациллы, с другой— и при совершенно закрытом tbc очаге в почке моча может не содержать бацилл. При невозможности получить отдельно мочу из почки I s r a ë l рекомендует высвободить соответствующий мочеточник и через маленький разрез в нем ввести катетер в лоханку данной почки.

Не оперированный почечный туберкулез протекает, как уже говорилось выше, чрезвычайно хронически и тянется много лет. В некоторых случаях процесс долго ограничивается только почкой и мочеточником. Смерть наступает большую часть от милиарного tbc. Случаи т. наз.

самопроизвольного излечения болезни объясняются рубцовым закрытием просвета мочеточника. Такой исход наблюдается чрезвычайно редко, и на него нельзя особенно полагаться, не говоря уже о том, что замкнутый the пнонефроз небезразличен для другой почки и всего организма.

От парциальных почечных резекций Casper при бугорчатке почек советует воздерживаться. Наблюдения, говорящие в пользу такого способа хирургического лечения, слишком малочисленны, чтобы иметь решающее значение. К тому же зачастую невозможно бывает определить, составляет ли открытый нами бугорковый очаг единственный the фокус в почке: с поверхности почка может казаться нормальной на вид, и, тем не менее, внутри ее, в паренхиме, могут находиться множественные закрытые бугорковые очаги.

Периферические нагноения, исходным пунктом которых является туберкулезная почка, всегда требуют хирургического вмешательства, которое по большей части должно ограничиваться вскрытием гнояника.

После этого краткого очерка современного положения вопроса о the почек перейду к описанию 3 случаев этой болезни, наблюдавшихся мною в Урологическом отделении нашей больницы.

*Случай I (the renis sin.).* Больная К. К., поступила 7/1 1924 г. с жалобами на гнойную мочу и небольшие повышения  $t^{\circ}$ . Считает себя больной с июля 1923 г., когда у ней появились учащенные позывы на мочеиспускание; учащение приходилось скорее на дневные часы, нежели на ночные; в конце мочеиспускания бывали периодически боли. В сентябре 1923 г. было обнаружено помутнение мочи, и в последней найдено большое количество лейкоцитов. Была произведена прививка мочи морской свинке, которая через месяц заболела туберкулезом желез. Гематурии никогда не замечалось. Последние 2—3 месяца  $t^{\circ}$  тела у больной колеблется между  $37^{\circ}$  и  $37,3^{\circ}$ . Потов, кашля и мокроты никогда не было. 5 лет назад было опухание шейных желез, причем пункция последних дала гной; после лиманного лечения все явления исчезли. В октябре 1923 г. при цистоскопии было обнаружено изменение области устья левого мочеточника—припухлость, гиперемия. Большая замужем, ни разу не беременела; месячные у ней нормальны. При ощупывании констатирована болезненность в области левой почки. Моча мутная, палочек Koch'a в ней не найдено. При цистоскопии (7/1) найдена гиперемия всего дна пузыря. Устье правого мочеточника в виде щели, хорошо сокращается, струю выбрасывает часто. Устье левого мочеточника изъязвлено, резко гиперемировано вокруг; мочеточник сокращается реже, чем правый, струя выбрасывается из него не так часто. В 2 ч. 9 м. впрыснуто 20,0 0,4% индиго-кармина в ягодичные мышцы; слабое окрашивание мочи из правого мочеточника наступило после того в 2 ч. 17 м., из левого— в 2 ч. 23 м.; резкое окрашивание мочи из правого мочеточника обнаружено в 2 ч. 19 м.

По желанию больной она была переведена в лечебницу проф. Я. В. Зильберберга, где им и была произведена 12/1 операция нефрэктомии. Удаленная почка представлялась несколько уменьшенной: длина ее 10 сант., ширина—3, толщина—2,5. Почка синеватого цвета, поверхность ее неровная, дольчатая, в нижнем полюсе имеются перемычки и бугры, capsula propria превращена в толстую соединительнотканную пленку, не отделяющуюся от почки. На разрезе обнаружены множественные каверны, образовавшиеся из множества творожисто распавшихся бугорков. Каверны эти величиною в грецкий орех, неправильной формы, с изъеденными стенками; снаружи они окружены грануляционной тканью, выступающей над поверхностью разреза. В мостиках паренхимы почки, сохранившейся между кавернами,—свежие или творожисто распавшиеся бугорки. Стенка мочеточника утолщена, просвет его сужен. Стенки почечных лоханок утолщены, в полости лоханок много гнойной жидкости. При микроскопическом исследовании обнаружены обильная мелкоклеточная инфильтрация, бугорки, распад ткани, утолщение стенок сосудов, гигантские клетки и туберкулезные палочки.

*Случай II (the renis utriusque, the pulmonum).* Больная Ж. П., 27 лет, поступила в отделение I XII 1923 г. с жалобами на сильную слабость, общее недомогание и повышенную  $t^{\circ}$ . Считает себя больной 3 месяца, когда впервые стала



ощущать общее недомогание и лихорадку по вечерам; тогда же появились боли при надавливании с левой стороны внизу живота. За время болезни больная исхудала, у нее развилась сильнейшая слабость, которая заставляла ее подолгу оставаться в постели. Две недели тому назад больная начала кашлять; кашель сухой, сопровождается болью в левом легком. Больная замужем 3 года, рожала 1 раз, ребенок здоров. Из предшествующих заболеваний отмечает корь в детстве и возвратный тиф в 1922 г. Отец ее умер от кровоизлияния в мозг, мать от поноса; сестра больной страдает легкими.

Больная среднего роста, очень исхудавшая, очень бледная. В левой верхушке выслушиваются крупнопузырчатые хрипы. Перкуторный звук под левой ключицей имеет несколько тимпанический оттенок. Почки не прощупываются; болезненности в почечной области нет. Моча мутная. При цистоскопии отклонений от нормы не обнаружено; устья мочеточников ясно выражены. Катеризация обоих мочеточников удалась—правого на 15, левого—на 10 сант.; введение катетеров безболезненно. Первые несколько минут после него моча из правой почки не выделялась, затем выделение из обеих почек началось нормально. При исследовании мочи из правой почки белка в ней оказалось 1,65‰, лейкоцитов 40—50 в поле зрения, тбс палочки найдены не были; в моче из левой почки белка 1,15‰, лейкоцитов 80—100 в поле зрения, NaCl 0,44‰, мочевины 0,88‰, тбс палочек не оказалось, найдены в небольшом количестве стрептококки.

В дальнейшем болезнь протекала так: 6/XII—жалоб никаких. 7/XII—тоже. 8/XII—тоже. 9/XII—ночью были частые позывы на мочеиспускание, вскоре прошедшие; больная чувствует боли во всей пояснице. 10/XII—понос, дано 15,0 ol. ricini; после катеризации мочеточников (по 2 порции) в моче из правой почки, в первой порции, белка найдено 1,65‰, лейкоцитов 30—40 в поле зрения, тбс палочек не найдено, во второй порции белка 1,48‰, лейкоциты почти сплошь покрывают все поле зрения, тбс палочек нет, но найдены в большом числе кишечные палочки и стрептококки; в моче из левой почки, в первой порции, белка 1,15‰, лейкоцитов 80—100, тбс палочки не найдены, стрептококки в небольшом количестве, NaCl 0,44‰, мочевины 0,88‰, во второй порции белка 0,6‰, следы кровяного пигмента, тбс палочек не найдено, клеток плоского хвостатого эпителия 2—3 в поле зрения, NaCl 0,3120, мочевины 0,62. 11/XII—жалоб нет. 12/XII—при рентгеноскопии у hilus'a правого легкого обнаружены пакеты желез и инфильтрация по ходу лимфатических сосудов, слева также обнаружены железы в области hilus'a, большой фокус с каверной под ключицей, а также мелкие фокусы в верхней доле левого легкого и точечные фокусы в левой верхушке; синусы свободны; диафрагма нормально подвижна; больная жалуется на поносы, назначен висмут с опиумом. 13/XII—больная лихорадит, поносы продолжаются, назначен дуотал по 0,5 3 раза. 14/XII—тоже. 15/XII—<sup>т</sup> 36,5°, поносы прекратились, общая слабость. 16/XII—тоже. 17/XII—больная лихорадит, поносы возобновились, общая слабость. 18/XII—больная лихорадит, в остальном то же. 19/XII—лихорадка, поносы прекратились, жалоб нет. 22/XII—гектическая лихорадка. 26/XII—поносы периодически то уменьшаются, то увеличиваются. 30/XII—тоже. 4/I 1924—<sup>т</sup> повышена, состояние неважное, кашель, моча мутная. 10/I—тоже. 14/I—лихорадит; в виду того, что почечный процесс не улучшался, а общее состояние прогрессивно ухудшалось в зависимости от легочного процесса, больная переведена в Туберкулезное отделение Губбольницы.

*Случай III (tbc renum et vesicae urinariae).* Больной П. Х., 16 л., поступил 15/II 1924 с жалобами на частое мочеиспускание и резкую болезненность при нем. Больным считает себя 4 месяца; заболевание началось с обильного и частого мочеиспускания, вначале совершенно безболезненного. Сперва мочеиспускание было по 5—8 раз в сутки, но постепенно стало учащаться, в последнее время происходит через каждые 5 минут, сопровождаясь острыми болями, настолько резкими, что больного одолевает потом. Вместе с тем мочи стало выделяться все меньше и меньше, и, наконец, больной стал выводить ее не больше половины чайной ложечки за раз. Моча все время мутно-белого цвета, густой консистенции. Больной отмечает у себя сильнейшую жажду. До настоящего заболевания в течение всего лета он страдал малярией, лет 5 тому назад болел легкими, перенес серьезный плеврит. Отец больного здоров, мать всегда болеет почками, сестры совершенно здоровы. До поступления в отделение больной 2 месяца пролежал в клинике, где ему было сделано 19 прижиганий ляписом, в том числе 13 под наркозом; после них сперва у него наступило облегчение, а затем состояние снова ухудшилось. Х. заявляет, что, если он засыпает минут на 10 и не мочится, то потом у него наступают резкие приступы, доходящие до судорог.

Больной правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки очень бледны. Глаза запавшие. Пульс мягкий. Легкие, в виду тяжелого состояния, исследовать не удалось. Сердце нормально. При пальпации живота обнаружена резкая болезненность в области правой почки; последняя увеличена,—нижний край ее на 3 пальца шире реберной дуги. В области левой почки повышенная резистентность, в области пузыря резкая болезненность. Мочепускающие учащено (через каждые 5 минут), сильно болезненно, моча выделяется по каплям. Кишечник нормален.

Тяжелое состояние больного и частые мучительные припадки при мочеиспускании признаны были показаниями к экстренной операции, каковая и произведена 16/II проф. Я. В. Зильбербергом. Сначала под эфирно-хлороформным наркозом сделано промывание пузыря через металлический катетер слабым раствором сулемы, причем даже под наркозом струя жидкости выделялась помимо катетера, затем произведено высокое сечение пузыря, причем из него выделилось небольшое количество гноя; отверстие пузыря подведено к кожной ране и пришито несколькими швами к коже, в фистулу введен Petzefовский катетер. 16/II—пульс мягкий, едва прощупывается; приступов болей в пузыре нет, моча выделяется через катетер. 17/II—состояние тяжелое, пульс мягкий, рвота в течение всей ночи, количество мочи за сутки 150 к. сант., промывание пузыря почти невозможно вследствие малой его емкости, моча выделяется через катетер. 18/II—беспрерывная рвота, икота; пульс лучше, судорожных болей, бывших прежде, нет; промывание пузыря почти невозможно; суточное количество мочи 75 к. сант. 19/II—состояние тяжелое, рвота, икота; суточное количество мочи 175 к. сант. 20/II—пульс удовлетворительного наполнения, общий вид больного несколько улучшился, но икота и рвота продолжают; сделана перевязка, рана чиста; суточное количество мочи 630 к. сант. 21/II—пульс 112, малый, слабого наполнения; икота и рвота; произведено промывание желудка; суточное количество мочи 800 куб. сант., уд. в. 1014. 22/II—общее состояние тяжелое, пульс 88, икота и рвота реже, суточное количество мочи 1000 к. сант. 23/II—ночью больному стало хуже, пульс стал прогрессивно падать, несмотря на впрыскивание возбуждающих, и в 10 ч. утра больной скончался.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Сб. „Туберкулез“, № 2, 1923.—2) Урология, 1923, № 2.—
- 3) Rafin. Encyclopaedie française d'urologie, Paris, 1914.—4) Тихов. Хирургия, т. I—III.—5) Brandelier u. Rörke. Специфическая диагностика туберкулеза, пер. с нем, 1920, вып. I.—6) Garre. Nierenchirurgie, 1907.—7) Файн. XV Съезд Российских Хирургов 1922 г.—
- 8) Schlagintweit. Technik der Diagnose bei Nierentuberculose, München, 1912.—9) Kapsammer. Nierendagnostik und Nierenchirurgie, Wien, 1907, В. II.—10) Geeben. Klin. Woch., 1914.—11) Zondeck. Zeit. für Urologie, 1920, № 14.—12) Mitterstiller. Ibid.—13) Тихомиров. Хир. Арх. Вельяминова, 1913, т. I.—14) Мыш. Там же.—
- 15) Дьяконов. Хирургия, 1908, т. 24.—16) Фронштейн. Там же.—
- 17) Федоров. Хирургия, почек и мочеочники, 1924, вып. IV.—
- 18) Федоров. Труды Госпитальной Хир. Клиники, 1906, т. I; 1909, т. II.—
- 19) Федоров. Мед. Журнал, 1922.—20) Guter. Association internat. d'urologie, III Congr., 1914.—21) Pels-Leusden. Verhand. d. Deutsch. Ges. für Chirurgie, Berlin, 1908.—22) Pels-Leusden. Arch. f. klin. Chir., Bd. 45, № 2.—23) Barth. Deut. m. Woch., 1911, № 21.

## О кератопластике<sup>1)</sup>.

Д-ра Н. В. Бусыгина.

Вопрос о снятии бельма и восстановлении в нем прозрачности уже давно занимает умы врачей. Еще полвека тому назад проф. В. Е. Адамюк, в Казани, производил с этой целью специальную операцию,—он рассекал ножом Graefe средину бельма по горизонтальной линии, затем из одной губы раны вырезывал кусочек бельма во всю его толщину, после чего жидкость из передней камеры вытекала, хрусталик приближался к отверстию роговицы и затыкал собой его. В случае прозрачности его лучи света свободно проникали внутрь глаза и достигали сетчатки. Один больной после такой операции, по словам Адамюка, в течение целой недели пользовался самым лучшим зрением и не хотел верить, чтобы оно могло скоро исчезнуть. Вскоре, однако, он снова потерял зрение вследствие помутнения линзы от вредного действия внешней среды и от закрытия отверстия экссудатом с последующим его заростанием.

Чтобы помешать зарощению отверстия в роговице, пробовали вставлять в него стеклянные кружочки, но оказалось, что глаз не мог переносить в своих оболочках постороннего тела, задняя поверхность стекла вскоре покрывалась экссудатом, и глаз снова становился слепым.

В 1872 году Power пересадил в отверстие, сделанное в бельме, кусочек роговицы кролика и таким образом впервые выполнил на человеческом глазе кератопластику, предложенную еще в 1818 году Reisinger'ом. Трансплантат прижился, но вскоре помутнел. После того пересадку роговицы делали многие другие окулисты, но случаи приживания трансплантата с последующим длительным сохранением зрения и до сих пор встречаются сравнительно редко.

Обычно кератопластику делят на 1) гетеропластику и 2) гомопластику. Под первую разумеют пересадку роговицы от животного к человеку. При этой операции трансплантат может прижиться, но вскоре мутнеет. Так, покойным профессором В. Е. Адамюком была сделана 8 большим пересадка роговицы, взятой от различных животных (кур, крыс), причем для сохранения прозрачности трансплантата он пересаживал не одну роговицу, а с частью склеры; в 7 из этих случаев приживание трансплантата получилось хорошее, но вскоре он помутнел.

Под гомопластикой разумеют пересадку corneae от человека к человеку, причем различают 1) пересадку переднего отдела глаза, 2) частичную пересадку роговицы и 3) полную пересадку, когда удаляют всю рубцово измененную роговицу и заменяют ее целой прозрачной роговицей от другого человека.

<sup>1)</sup> Доложено в научном собрании врачей Института 12/IV 1927 г.

Пересадку переднего отдела глазного яблока предложил Шимановский. Технически он производил ее в трех вариациях, из которых особенно заслуживает внимания одна, при которой получилось приживание трансплантата с сохранением его прозрачности. Она состоит в следующем: а) *глаз донора*: 1) отсепаровка конъюнктивы вокруг роговицы по направлению к экватору глаза, 2) круговая перерезка глаза за областью ресничного тела, 3) удаление из трансплантата ресничного тела, хрусталика и стекловидного тела; б) *глаз реципиента*: 1) разрез конъюнктивы вокруг роговицы и отсепаровка ее кзади, 2) круговой разрез склеры позади цилиарного тела, но впереди прикрепления сухожилий прямых мышц, 3) отделение тупым путем склеры и роговицы от радужки и цилиарного тела, 4) наложение на полученную культю трансплантата от донора, 5) швы на склере донора и реципиента, числом до 17, и 6) стягивание конъюнктивы над трансплантатом кисейным швом.

Пользуясь этим способом, Шимановский получил приживание трансплантата, причем роговица еще через год после операции сохраняла свою прозрачность в верхней трети. Важно отметить, что глаз, послуживший трансплантатом, был вылуцен за 3 часа до операции,—обстоятельство, имеющее большое значение для участковых врачей, где врач сплошь и рядом не имеет помощников для одновременного производства и энуклеации, и кератопластики.

Полную пересадку роговицы делят на сквозную и несквозную. Филатов в случаях полной пересадки поступал так: он срезал у донора роговицу на внутренней границе лимба, а у реципиента 1) ножом Graefe делал 4 вкола через всю толщу на вершине бельма; 2) через эти вколы вводил в переднюю камеру ветвь остроконечных ножниц и по направлению к лимбу вырезал 4 треугольных оконца, оставляя крест из ткани стафиломы в виде решетки; 3) слегка согнув роговицу донора, вводил ее через оконце. По этому способу ему удалось получить приживание трансплантата в двух случаях, но оба раза последний скоро помутнел.

Для несквозной полной пересадки был предложен способ Diffenbach'ом. Операция состоит здесь в пересадке роговицы донора на бельмо хозяина с последующим вырезанием окошечка из бельма. До сих пор по этому способу приживания трансплантата с сохранением зрения никем получено не было.

Частичную пересадку роговицы, подобно полной, делят на сквозную и несквозную, причем главных способов частичной несквозной пересадки различают два: первый принадлежит Ниррелю, второй Löhlein'y. Способ Нирреля состоит в вырезывании трепаном этого автора кусочка из роговицы донора с перенесением его на дефект от того же трепана в бельме реципиента, а способ Löhlein'a—в вырезывании полосы из роговицы донора, с небольшими участками конъюнктивы на концах, и перенесении ее на такой же дефект, сделанный в бельме. При обоих способах роговица как донора, так и реципиента трепанируется только до десцеметовой оболочки, которую авторы оставляют для сохранения прозрачности лоскута, в расчете на задержку проникновения к трансплантату влаги из передней камеры. Подробно оба эти способа описаны в статье проф. Филатова (Р. О. Ж. за 1924 г.).

Лучшим способом сквозной частичной пересадки считается способ Нирреля. Ход операции здесь такой же, как и при несквозной пере-

садке с той лишь разницей, что здесь трепанируется и дисциметова оболочка. От сквозной пересадки по Ниррелю некоторыми авторами были получены хорошие результаты. Так, напр., Вигм в 1905 г. сделал по этому способу пересадку роговицы больному с *leucoma corneae totalis* и получил приживление трансплантата с сохранением его прозрачности в течение  $1\frac{1}{2}$  лет и *visus* 0,1.

К недостаткам способов Нирреля и Лöhlein'a относится то, что их можно делать только при наличии специальных инструментов, которыми являются трепан Нирреля и двойной нож Лöhlein'a. Поэтому заслуживают внимания второстепенные способы частичной пересадки роговицы, где таких специальных инструментов не требуется,—это способы Löwenstein'a и Dürr'a. Первый из них состоит в следующем: 1) держа скальпель косо, а не перпендикулярно к поверхности бельма, надрезают бельмо в виде остроконечного листа; 2) в надрез проводят концы двух нитей на двух иголках; 3) начатый разрез углубляют и затем удаляют кусочек бельма; 4) под нити вставляют кусочек, вырезанный из роговицы донора (кусочек этот должен быть такой же формы, но по величине немного меньше сделанного в бельме дефекта); 5) концы нитей связывают и таким образом удерживают трансплантат на месте. К сожалению прозрачных приживлений при операции по этому способу получено не было.

При способе Dürr'a, опубликованном в 1877 г., операция, состоящая в вырезывании треугольника из роговицы с каймой склеры, может быть выполнена просто скальпелем. Пригоден этот способ только для несквозных кератопластик. Здесь кстати упомянем, что истекшей зимой проф. В. Е. Адамюком, в видах проверки пригодности этого способа, была сделана пересадка роговицы у 12-летней девочки с *leucoma corneae totalis*. Трансплантат в этом случае хорошо прижился и сохранил прозрачность до дня выписки больной, но *visus* у последней не поднялся, ибо *leucoma* оказалась во всю толщу роговицы.

Особым видом гомопластики является аутопластика, при которой пересаживаемый лоскут берется или из другого глаза самого больного, или из того же, на котором делают операцию. Выполнена аутопластика может быть всеми вышеописанными способами.

В недавнее время частичная сквозная пересадка роговицы по методу Нирреля была произведена проф. В. Ф. Адамюком у трех больных,—это были Л-в с *leucoma corneae totalis oculi utriusque*, Ф-в с *atrophia bulbi oculi dex. et leucoma corneae totalis cum applanatione corneae oculi sin.* и Г-ва—с *atrophia bulbi oc. dex. et leucoma corneae adherens totalis oc. sin.* Все они ослепли после ослы: Г-ва 3-х лет от роду, Ф-в—7-ми и Л-в—8-ми лет. Последние двое были оперированы в прошлом году, Г-ва же 31/III тек. года, причем операция была выполнена у ней следующим образом: произведя энуклеацию раненого глаза у больного Ж-на, проф. Адамюк отсепаровал с внутренней стороны глазного яблока полулунный лоскут миллиметров в 5 шириной из конъюнктивы у больной Г-вой; энуклеированный глаз был обмыт раствором поваренной соли, и для повышения его тензии ассистент сжал его между пальцев, а оператор трепаном Нирреля с коронкой в 6 мм. диаметром (при операциях у Ф-ва и Л-ва бралась коронка в 4 мм.) вырезал из роговицы его, во всю ее толщу, диск и опустил последний в подогретый физиоло-

гический раствор NaCl; далее тем же трепаном, наложенным на центр бельма, был вырезан кусочек во всю его толщину; затем трансплантат из физиологического раствора шпателью был перенесен на подготовленный для него дефект в бельме, и над ним был натянут конъюнктивный лоскут; в заключение лоскут этот был прикреплен на противоположной стороне роговицы к конъюнктиве яблока двумя лигатурами, за веки была введена 3% колларголовая мазь, и на оба глаза наложена повязка.

Лоскут из конъюнктивы служит для фиксации трансплантата на месте в первое время после операции. Вместо него можно укрепить пересаженный кусочек приемом Вигма, состоящим в том, что на трансплантат кладут перекрест из двух лигатур, концы которых выводят через конъюнктиву яблока у концов двух диаметров роговицы. Технически выполнение этого приема легче, но необходима проверка его фиксации способности.

Осложнением при операции у Г-вой было то, что здесь с большим трудом, только после прорезки сросшейся с бельмом радужки, удалось отделить вырезанный трепаном кусочек бельма.

В послеоперационном периоде, обычно в первые же дни, трансплантат мутнеет,—это так называемое „первичное помутнение“, зависящее от прорывания трансплантата водянистой влагой передней камеры. Обыкновенно оно через несколько дней проходит, и лоскут становится прозрачным. Кроме того, различают еще „вторичное помутнение“, состоящее в пронизывании трансплантата сосудами с последующим развитием по ходу их соединительной ткани. Наконец, иногда,— правда, редко,— бывает еще третье помутнение трансплантата, зависящее от плохого его питания со стороны бельма.

В наших 3 случаях помутнения трансплантата в первые дни послеоперационного периода не наблюдалось,—у Г-вой в течение 13 дней, истекших со времени операции до времени опубликования настоящего сообщения, у Л-ва и Ф-ва—в течение 4 месяцев (у Ф-ва помутнение началось лишь с 5-го месяца, Л-в после 4 месяцев исчез из-под наблюдения, уехав из Казани).

При этом нужно отметить, что у Л-ва и Г-вой существовала васкуляризация центральной части бельма, почему у первого роговица была трепанирована несколько ниже места васкуляризации, а у второй трепаном вырезали занятое сосудом место. У обоих, однако, трансплантат прижил и сохранил прозрачность. Отсюда видно, что васкуляризация бельма приживлению трансплантата не препятствует.

Относительно пригодности оперированных глаз для частичной сквозной кератопластики надо, затем, отметить, что пригоден для нее собственно был только глаз у Л-ва, да и то, повидимому, у него имели место изменения в глубоких частях глаза. Что касается Ф-ва, то существовавшая у него *aplanatio corneae*, а особенно некоторое вдавление яблоке в области прикрепления сухожилий прямых мышц и заметная туюкообразная конфигурация яблока говорили за начинающуюся атрофию и непригодность глаза для кератопластики, и только в виду продолжительных, настойчивых просьб больного ему была сделана операция с целью проверки возможности приживания и сохранения прозрачности трансплантата на плохом глазу. Наконец, глаз Г-вой вследствие наличия *leucomы*

*adherens totalis* был годен только для пересадки переднего отдела яблока, а не для способа *Hirrel's*. Несмотря на это у обоих больных произошло хорошее приживление трансплантата с сохранением его прозрачности.

Чем же, спрашивается, объяснить в этих случаях благоприятный результат операции?

Для успеха трансплантации, помимо асептики и техники операции, имеют значение: 1) пол донора и реципиента, 2) их возраст и 3) принадлежность их к той или другой изоэмагглютинационной группе.

В наших случаях Л-в и Ф-в были одинакового пола с их донорами, Г-ва—разного.

По возрасту наши больные находились в благоприятных условиях для приживления пересаженного куска. Все они были молоды: Г-вой было 16 лет, Ф-ву—20, а Л-ву—19 лет. От молодых суб'ектов были взяты и трансплантаты для них: для Г-вой—от 20-летнего, для Ф-ва—от 30-летнего и для Л-ва—от 36-летнего суб'екта.

Что касается родства крови, то у Л-ва с его донором групповой принадлежности определить не удалось за неимением стандартных сывороток. Ф-в с суб'ектом, от которого он получил трансплантат, оказался неродственным по крови: Ф-в принадлежал к IV группе классификации *Moss's*, а его донор—к II. Разных групп была и Г-ва со своим донором: она принадлежала к II, а донор—к IV группе *Moss's*.

Скажем еще несколько слов о сравнительной пригодности материала для трансплантации роговицы. На первом месте мы должны в этом отношении поставить роговицы глаз, энуклеированных по поводу ранения или опухолей, причем не должна быть забываема реакция *Wassermann's* у донора. На втором месте стоят роговицы, взятые от мертворожденных плодов, причем сифилис у матери, конечно, должен быть исключен.

По мнению *Mogitot* можно пересаживать не только свежие роговицы, но и консервированные. Для этого он рекомендует глаза донора сохранять в его же гемолизированной сыворотке при  $t^{\circ} +40^{\circ}$  C. Так, им была сделана несквозная пересадка кусочка роговицы, взятого с глаукоматозного глаза, сохранявшегося в течение 8 дней в человеческой сыворотке при  $t^{\circ} +5^{\circ}$ . Кусочек просветлел и длительно сохранил свою прозрачность. *Visus* у больного поднялся после пересадки с 0,04 до 0,1.

Наконец, что касается вопроса о том, каким образом происходит приживление трансплантата, то в настоящее время этот вопрос надо считать еще открытым. Одни признают истинное приживление трансплантата, другие—только кажущееся. В последнем случае при регенерации ткани роговицы, по мнению *Salzer's*, главную роль играют эпителиальные клетки. Сторонниками истинного приживления являются *Fux*, *Филатов* и *Elschnig*.

Переходя к выводам, которые могут быть сделаны на основании наших трех случаев кератопластики, мы считаем возможным допустить лишь несколько предположительных заключений, а именно: 1) наши три случая кератопластики еще раз указывают, что частичная сквозная пересадка по *Hirrel's* может дать приживление трансплантата с довольно длительным сохранением его прозрачности даже и при совсем благоприятных условиях, какие именно и были у наших больных,

2) наш случай хорошего приживления пересаженного куска роговицы, несмотря на отсутствие родства крови у донора и реципиента (я говорю о случае Ф-ва) не умаляет значения родства крови при кератопластике, — мы считаем возможным допустить, что в данном случае приживление трансплантата зависело от принадлежности больного к IV группе крови по классификации Moss'a.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Адамюк Е. В. Практическое руководство к изучению болезни глаза, т. I, часть I.—2) D ü r r. Klin. M. f. A., XV.—3) Кузнецов. Вестник Офтальмологии, 1913.—4) Беляев. Русс. Офтал. Журнал, 1924.—5) Соловьев. Русс. Офталм. Журн., т. III.—6) Суров. К вопросу о пересадке роговицы. Дисс.—7) Шимановский. Вестник Офтальмологии, 1912, № 6.—8) Филатов. Русский Офталм. Журнал, 1924.

---



## Внематочная беременность после продувания труб.

Д-ра Б. П. Фоменко (Ленинград).

Публикуя настоящую заметку, я хочу сделать небольшое дополнение к обстоятельному обзору вопроса о продувании фаллопиевых труб, напечатанному в № 5 „Каз. Мед. Ж.“ за текущий год д-ром Бушмакиной. Последняя, как и многие другие авторы, писавшие о пертубации, не указывает на то, что этот метод, при широком его применении, может способствовать учащению случаев внематочной беременности. Между тем эта возможность допустима уже a priori: в большинстве случаев продувание делается при наличии патологических изменений в трубах; воздушная струя, растягивая суженные места и выпрямляя перегибы труб, делает возможной встречу сперматозоида с яйцом и в такой трубе, в которой без продувания эта встреча не могла бы осуществиться; однако всегда расширение трубы после продувания может быть длительным и достаточным по размеру для беспрепятственного прохождения в матку оплодотворенного яйца, — последнее может застрять в трубе, и получится внематочная беременность. Опишу наблюдавшийся мною случай, подтверждающий такую возможность.

Е. М., 26 лет, потерявшая своего ребенка и желавшая иметь детей, обратилась ко мне за советом в мае 1923 года и тогда же была оперирована мною, так как имевшиеся у нее ретрофлексия и гипертрофия матки и старые разрывы шейки давали ряд болезненных явлений и могли препятствовать зачатию. Ампутация шейки и операция Doléris-Guilliam'a устранили большую часть бывших у пациентки растройств, но беременность не наступала, а через год после операции М. заболела двусторонним воспалением придатков матки неизвестной (негонорройной) этиологии. Длительное консервативное лечение устранило это заболевание, однако беременности все не было, и в 1926 году М. была готова подвергнуться каким угодно видам вмешательства для устранения бесплодия. Убедившись, что муж ее вполне здоров, сперма его нормальна, и у больной определяются несколько утолщенные, плотные трубы, я сделал ей 5/XI 1926 г. продувание труб аппаратом Sellheim'a. При этом после поднятия давления немного выше 140 мм. ртути воздух стал выходить из канала шейки обратно, и никаких явлений, говорящих за проникновение его в брюшную полость, не наблюдалось. Тогда я повторил продувание 8/XII (через 7 дней после месячных), и на этот раз поднятия манометра до 150—160 мм. давление пало до 60—70 мм., что сопровождалось, хотя и резкими, но несомненными явлениями phrenicus-symptom'a. Таким образом при этом продувании удалось добиться проходимости труб. Следующие месячные уже не пришли, и в начале января тек. года пациентка явилась ко мне с жалобами на тошноту, нагрубание груди. Дальнейшее наблюдение установило у ней наличие трубной беременности, по поводу которой М. 18/II и была оперирована мною.

При вскрытии брюшной полости оказалось, что в ней имеется немного жидкой крови и сгустков; матка увеличена, как при 6-недельной беременности; правая труба растянута плодным яйцом и кровяными сгустками, в ближайшей к матке трети утолщена, извилиста; левая труба колбовидно утолщена в ампулярной своей части, ее брюшное отверстие зарощено, труба спаена с сальником и толстой кишкой. Истинное желтое тело имелось в левом яичнике. Я удалил правую трубу, разделил спайки левой трубы и сделал сальнигостомию на ней. Послеопера-

ционный период протек гладко, с явлениями бурного нагрубания груди и обильного выделения молока. В дальнейшем больной было предложено продувание трубы для проверки эффекта сальпингостомии, но она решительно отказалась, сказав, что больше не хочет ни маточной, ни внематочной беременности.

Случаи, подобные настоящему, с таким же правом можно отнести в пассив метода пертубации, с каким относятся в его актив случаи нормальной беременности, возникшей после его применения. Конечно, случаи эти все же не могут совершенно дискредитировать продувание, как дватностический метод; однако следует помнить, что они возможны после продувания, и что последнее повышает шансы появления внематочной беременности у женщин с больными трубами.

---

## Чрезмерно-длительная задержка доношенного плода в полости матки.

Е. Н. Аврова (Елабуга).

Заинтересовавшись вопросом о длительном пребывании плода в матке по истечении нормального срока беременности, я усердно просмотрел за несколько лет „Журнал Акушерства и Женских Болезней“ и другую, имеющуюся у меня под руками, акушерскую литературу, но не встретил ни одного сообщения по данному вопросу<sup>1)</sup>. В виду этого я позволил себе опубликовать в печати встретившийся мне случай 15-месячного задержания плода в матке, представляющий, как мне кажется, известный интерес.

В заведомое мною Хирургическое отделение Елабужской Больницы поступила крестьянка-татарка У. с жалобами на общую слабость, скорую утомляемость и боли в животе и с просьбой сделать ей операцию—вынуть ребенка. До этого никаких болезней у У. не было. Менструировать она начала с 12-ти лет, menses приходили ежемесячно и длились от 3 дней до недели, с болями внизу живота; в 20-летнем возрасте была задержка месячных на 8 месяцев. Замуж У. вышла 23 лет, вскоре забеременела и родила в срок мертвого ребенка. После родов месячные приходили аккуратно в срок 3 раза, потом, в конце декабря 1924 г., месячные не пришли, и с этого времени больная стала считать себя вторично беременной; в середине мая 1925 г. она почувствовала движения ребенка, которые продолжались все время до половины сентября. В это время она упала на живот, причем лишилась сознания и неделю пролежала в постели,—живот у нее сильно болел, но болей, которые-бы походили на родовые, не было. После ушиба ребенок уже более не двигался.

Больная среднего сложения. Кожные и слизистые покровы бледноваты, подкожный жирный слой развит слабо. Из грудных желез выдавливается молоко. Средняя линия живота пигментирована, на животе многочисленные striae gravidarum, живот правильной шаровидной формы; окружность его на уровне пупка—92 сант., расстояние от меча до пупка—22 сант., от пупка до лобка—23 сант. Консистенция живота упруго-эластическая; перкуссия на всей поверхности его дает притупление перкуторного звука; при пальпации каких-либо частей плода не прощупывается; при аускультации живота не выслушивается ни сердечных тонов плода, ни каких-либо шумов. При исследовании через влагалище оказалось, что наружный зев прощупывает палец, шейка смажена не вполне, предлежащей части не определяется. Измерение таза дало следующие цифры: D. Tr.—30 сант., D. Cr.—28 сант., D. Sp.—25 сант., C. ext.—17 сант., C. diag.—8 сант.

Основываясь главным образом на анамнезе больной, а также на объективных признаках, указывающих на беременность, я остановился на диагнозе затянувшейся беременности при мертвом плоде и с целью вызвать родовую деятельность впустил сначала больной питуитрин, но без всякого эффекта. Тогда, хотя в данном случае полного показания к родоразрешению per abdomen и не было, но, имея в виду возможность патологических изменений матки (что и подтвердилось при операции),

<sup>1)</sup> Конечно, это вовсе не значит, что таких случаев вообще в печати не описано; напротив, имеется довольно значительная литература по данному вопросу, причем случаи затянувшегося пребывания плода в полости матки обычно описываются под названием „missed labour“.

Ред.

а также учитывая наличие сужения размеров таза, я остановился на кесарском сечении.

13/III больной была произведена лапаротомия под хлороформом. По вскрытии брюшной полости оказалось, что матка шарообразной формы, на передней поверхности и с боков срощена с париетальной брюшиной, причем срощения с трудом разделяются тупым путем; брюшинный покров матки утолщен и гиперэмирован, местами тускл, с фибринозными отложениями. Ко дну матки оказались приросшими сальник, перерезанный между двумя лигатурами, и петли тонких кишок, отделенные с трудом тупым путем. После того матка выведена из брюшной полости, обложена кругом компрессами и вскрыта продольным разрезом, через который выдвинулось около 600 куб. сант., мутной, серовато-зеленоватой жидкости без запаха, с примесью зернистых, серовато-желтоватых масс. Из матки извлечен мертвый плод, предлежащий тазовым концом, спинкой обращенной к передней стенке матки, а личиком—к задней. Кровотечение из разреза маточной стенки незначительное. Попытка выдвинуть оболочки и послед не удалась вследствие прочного срощения их с маткой, в виду чего, а также в виду возможности инфекции и резких патологических изменений мышцы матки, я решил прибегнуть к экстирпации матки, которая удалась легко. Брюшной разрез зашит наглухо. Послеоперационный период протек нормально, на 8-й день сняты швы, а 25/III больная выписалась в хорошем состоянии.

Описание препарата: вес матки с последом и оболочками 1200,0, длина—25 сант., ширина—15 сант., наружная поверхность с остатками срощений с брюшиной и сальником; при разрезе передней стенки толщина ее—около 1 сант., цвет мышцы сероватый, оболочки серовато-зеленоватого цвета, плацента толщиной около 5 мм., сморщена, крепко приросла, особенно к задней стенке матки, так что ее не удается отделить пальцем; граница перехода ее в мышечную стенку нерезко выражена; во время разрезывания маточной стенки ощущается хруст вследствие обильного развития в ней фиброзной ткани. Плод мертвый, женского пола, доношен; длина его—58 сант., вес 3400, подкожный жировой слой развит хорошо, волосы на голове—около 2-х сант. длиной, ногти на руках и на ногах—около 1 сант., кожа на всем пространстве мацерирована; глазные яблоки запали вследствие всасывания стекловидного тела; на коже, особенно головы, много *vernix caseosa*.

Вопрос, почему именно в конце 40-ой недели появляются родовые боли, и начинается родовая деятельность, занимал акушеров уже давно, но до сих пор он не получил еще полного и определенного разрешения, хотя вряд-ли можно сомневаться, что тут заинтересован прежде всего нервный аппарат матки.

В иннервации матки, как известно, главное участие принимает симпатическая нервная система, к которой присоединяются идущие по разным путям цереброспинальные волокна. Симпатические волокна, предназначенные для матки, пройдя по *plexus aorticus* и получив подкрепление в *ganglion solare*, *ganglia renalia*, *ganglia genitalia* и поясничных узлах симпатического нерва, соединяются на высоте отхождения *art. mesentericae inf.* в широкое, содержащее ганглии, нервное сплетение, носящее название *plexus uterinus magnus*. В области мыса это сплетение расщепляется на 2 пучка—*plexus hypogastrici*, охватывающие прямую кишку и подходящие частью непосредственно к бокам матки, частью к *ganglia cervicalia* (s. *Frankenhäuseri*). Эти последние помещаются на шейке и заднем влагалищном своде, снабжая своими разветвлениями большую часть матки.

Спинальные волокна достигают матки различными путями. При посредстве *plexus aorticus* проникают волокна из *vagus'a*, *phrenicus'a* и *n. n. splanchnici*, затем из поясничной части спинного мозга через *n. n. communicantes*; наконец, из толстых стволов *plexus sacralis* отходят крупные ветви как непосредственно к матке, так и к *ganglia cervicalia*. Главная часть двигательных волокон проходит чрез *plexus uterinus magnus*, чувствительные же волокна проходят, повидному, по стволам, соединя-

ющимся plexus sacralis. Центры маточной деятельности заложены в продолговатом мозгу и особенно в поясничной части спинного мозга. Но представляется также вероятным, что имеются и периферические центры, способные вызвать самостоятельные или рефлекторные сокращения матки.

Как я уже упомянул, среди акушеров нет единства во взглядах на настоящую причину наступления родов. Несомненно, что беременная матка, благодаря молекулярным изменениям протоплазмы гипертрофированных мышечных волокон, обладает более повышенной раздражительностью, чем небеременная. Одной повышенной раздражительности маточной мышцы, однако, еще недостаточно для объяснения наступления родов,—необходимо еще здесь влияние факторов, дающих непосредственный толчок к началу последних. Одни считают таким фактором нарастающее растяжение маточной стенки растущим плодом, или давление подлежащей части на богатый нервными элементами нижний отрезок матки или шеечное сплетение; другие думают, что подобными факторами являются—прогрессирующее жировое перерождение отпадающей оболочки, нарушающее органическое соединение яйца с маткой и превращающее яйцо как-бы в постороннее для матки тело, или же нарастающая венозность плацентарной крови в конце беременности. Spiegelberg полагает, что причину наступления родов должно искать в зрелости плода, принимая, что некоторые химические вещества, которые тратит плод во время своего развития, и в которых он не нуждается по достижении зрелости, накапливаются в крови матери и раздражают в конце концов двигательные центры матки столь сильно, что появляется правильная родовая деятельность. Как бы то ни было, единого бесспорного мнения о причине начала родовой деятельности до сих пор нет. Отсюда вытекает вся трудность установления и факторов, обуславливающих перенашивание плода.

В нашем случае вполне доношенный плод мог умереть после падения больной на живот, от кровоизлияния в плаценту и от асфиксии. Бывшие при этом боли в животе, по словам больной, не походили на знакомые ей родовые боли при предшествовавшей беременности. Отсутствие родовой деятельности у нашей больной могло зависеть от недостаточной возбудимости нервно-мышечного аппарата матки, стенки которой, как видно из описания препарата, представляли глубокие патологические изменения, вследствие развития фиброзной ткани и перерождения мышечных волокон, каковые изменения, возможно, повлекли за собою нарушение чувствительных и двигательных функций нервных ганглиев. Немалую роль в отсутствии схваткообразных сокращений матки могли играть в данном случае и распространенные сращения стенки матки как с париетальной брюшиной, так и сальником и с кишками.

Вообще же интересный вопрос о причинах перенашивания ждет своего разрешения в будущем.

---

## К клинике сужения легочной артерии у детей (*morbus coeruleus*).

Ассистента клиники Б. М. Дейча.

„Синяя болезнь“ не является отдельной нозологической единицей, а представляет определенный синдром, сопутствующий врожденным порокам сердца. Несмотря на то, что эта болезнь уже давно была известна, тем не менее патогенез ее до сих пор окончательно не установлен. Прежние авторы этим синдромом объясняли разнообразные отдельные формы сердечных врожденных дефектов, в настоящее же время установлено, что „синяя болезнь“ есть собирательное понятие и встречается, по *Varie*, при дефектах перегородок и аномалиях развития крупных сосудов, а по *Falloppy*—при одновременном существовании сужения легочной артерии и незарощении межжелудочковой перегородки, а также при незарощении боталлова протока.

Во всяком случае главным симптомом при всех этих сердечных аномалиях является синяя окраска как слизистых оболочек, так и кожи, варьирующая в своей интенсивности и усиливающаяся при кашле и движениях. У больных „синей болезнью“ отмечают, кроме того, похолодание рук и ног, одышка, особенно ощущаемая ими при всяком физическом напряжении, и сердцебиение. Из объективных данных у них замечаются, далее, отсталость физического развития (инфантилизм), трофические расстройства пальцев в виде барабанных палочек, частые носовые и изредка легочные кровотечения, низкая температура кожи (до 28—30°) в то время, как внутренняя остается нормальной. Иной раз наблюдаются у них, затем, приступы общей слабости, сопровождающиеся потом, бледностью и нитевидным пульсом, но обычно общее состояние бывает удовлетворительным, наблюдается только легкая восприимчивость к инфекциям. Обычно эти больные предпочитают лежать, а не сидеть, как это бывает при других формах сердечных болезней. Со стороны сердца открывается обычно ряд признаков органического характера: выпячивание предсердной области, систолическая пульсация в межреберных промежутках вблизи грудины, а при пальпации и аускультации два основных признака—*frémissement cataire* и чаще систолической шум.

*Frémissement cataire* не всегда слышно в одном и том же месте, интенсивнее бывает при лежании на левом боку, часто отсутствует в зависимости от положения больного и даже от вдоха или выдоха его. Систолический шум максимально определяется обычно слева у грудины, во II межреберье, а последние работы *С. Гинсбург* установили интенсивность его в III межреберье у грудины. Шум занимает всю систолу, покрывает целиком весь первый тон, иной раз даже малую паузу, давая

усиление II тона; по направлению к верхушке сердца он ослабевает и слабее всего выслушивается у подложечки. Иной раз он бывает так силен, что его слышно во всей сердечной области, а в исключительных случаях он покрывает даже дыхательный шум. Ослабление его происходит по направлению тока крови. Он имеет тенденцию распространяться в каротиды, при уплотнении легких, увеличении желез и пр. проводится ими и хорошо прослушивается под мышкой и меж лопатками; если же нет этих моментов, то разлитой характер шума наводит на мысль о комбинации основного заболевания с болезнью Roger или с персистенцией боталлова протока.

По С. Раулю шум этот при „синей болезни“ меняется в зависимости от положения больного и его напряжения. В горизонтальном положении больного шум слышен яснее всего и сопровождается *frémissement*, при вертикальном же ослабевает; меняется он также при глубоком вдохе. Описываются редкие случаи (Bordet, Variot, Berson и др.), когда он даже совершенно отсутствует.

Рентгеноскопическое исследование дает при *morbus coeruleus*, по Bordet и Vaquez, три основных признака,—это увеличение объема правого сердца (предсердия и желудочка), почти нормальное состояние левого желудочка и выступание легочной дуги. То расширение легочной артерии перед местом сужения, которое установлено Gerhard'tом для стеноза *art. pulmonalis*, по Groedel'ю бывает и при незарощении боталлова протока.

В крови больных мы находим повышенное содержание Hb, полиглобулию до 6—8 миллионов в 1 куб. мм., увеличение диаметра эритроцитов.

Что касается патогенеза этой синюхи, то до сих пор единства мнений в этом вопросе нет,—одни авторы причину ее видят в смешении артериальной и венозной крови, другие—в недостаточном окислении крови, третьи (Eichhorst, Strümpell и др.)—в венозном застое, сопровождающемся расширением периферических сосудов, некоторые, наконец,—в совокупности всех вышеперечисленных моментов.

В последнее время цианотическое окрашивание при „синей болезни“ стали приписывать гиперглобулии, дающей крови эту окраску (De la Camr). Гиперглобулию эту ряд авторов объясняет, на основании опыта Conheim'a с перевязкой *a. femoralis*, застоем и замедленным током крови, другие же (Plesch и Pries) экспериментально доказали зависимость ее от усиленной выработки эритроцитов вследствие раздражения костного мозга. Такого взгляда на полиглобулию держатся Венсе, Koganji, Crobon, Naegeli, Kuhn, Grober, Muri и другие.

Мы видим, таким образом, что среди авторов нет единодушия во взглядах на причину происхождения цианоза при „синей болезни“. Во всяком случае, если его нельзя объяснить смешением артериальной и венозной крови, то нельзя ставить его происхождение и в исключительную зависимость от полиглобулии: последняя может обуславливать лишь некоторое усиление цианоза, но не может быть исключительной причиной его. Больше оснований имеет за собою гипотеза механическая, объясняющая синюху венозным застоем вследствие недостаточной деятельности правого сердца, результатом чего является расширение вен и капилляров.

После этих общих замечаний о „синей болезни“ перейду к описанию одного случая ее, представляющего тот интерес, что обычно мы встречаем комбинированные формы врожденных пороков сердца, в нашем же случае имел место изолированный стеноз легочной артерии. Кроме того, врожденные формы пороков сердца обычно встречаются в раннем детстве; в дальнейшем число их уменьшается, так как эти больные погибают или от основной своей болезни, или от какого-нибудь другого, случайного заболевания; в нашем же случае болезнь имела место у 10-летнего мальчика.

Наш больной Э. В., как выяснилось из анамнеза, был первым ребенком в еврейской семье; после него было еще двое детей, но они умерли в раннем детском возрасте, от поноса и крупа. Родился он вовремя, вполне доношенным, с кожей багрово-красного цвета; грудь начал сосать в первый день после рождения. На 8 ой день ему было произведено обрезание. По словам матери после этой операции ребенок лежал целые сутки завязанным и все время сильно кричал. Тогда же мать заметила, что у ребенка „захватывало дыхание“. Когда ему было 2 недели от роду, то у него временами стала замечаться одышка, но наблюдавшие его врачи объяснили это опуханием слизистой носа. О существовании у ее сына порока сердца мать узнала, когда ему было 1½ года. Все врачи, к которым она обращалась по поводу его болезни, говорили, что лечить его нельзя, а устанавливали лишь режим питания и ограничивали движение. Синюшнюю окраску лица родители стали замечать у больного с 8 месяцев от роду. Зубы стали резаться у него также с 8 месяцев, ходить он стал около года, говорить тоже около этого времени, по характеру был живой, подвижной ребенок, любивший бегать и играть. Перенес тифы сыпной, брюшной, а возвратный даже два раза; далее, имел воспаление легких, сухой и выпотный плеврит, два раза дифтерит, корь, ветрянку. Два года тому назад у него был отек ног, державшийся около 3 недель; по поводу этого отека больной пролежал в постели около месяца, и опухоль у него прошла.

Объективное исследование дало следующую картину: питание ослабленное, лицо, верхняя часть туловища и конечности синюшны, руки и ноги холодны, кончики пальцев в виде барабанных палочек. Границы сердца: левая—на ½ сант. кнаружи от соска, правая—на 1 сант. кнаружи от правого края грудины, верхняя—с III ребра, толчек на VI ребре, в области расположения легочной артерии лентообразное притупление (симптом Gerhardt'a). У верхушки выслушивается систолический шум, резко всего он слышен, однако, в области легочной артерии, откуда и проводится на верхушку; яснее всего его слышно в лежачем положении больного. Второй тон на легочной артерии ослаблен. При выслушивании легких слышен выдох над правой лопаткой, по всему остальному легкому нормальное дыхание. Селезенка слегка увеличена, простушивается у края ребер, печень не увеличена, пульс среднего наполнения, 60—65 в минуту. Моча нормальна, белка и сахару в ней нет, есть следы индикана, в осадке лейкоциты—1—3 в поле зрения. При рентгеновском исследовании обнаружено увеличение объема сердца: с. s.—5,8, с. d.—4,1. Кровяное давление по Riva-Rossi 86. Реакция на tbc по Pirquet слабо-положительная. В крови эритроцитов—5,200,000, Hb—76%, лейкоцитов—11,200, лейкоцитарная формула: нейтрофилов пал.—7%, сегм.—47%, J—1%, L—35%, M—9%, эоз.—1%; объем отдельных эритроцитов в диаметре достигал 7½ микронов.

Как видно из сейчас сказанного, в данном случае имелась, повидимому, врожденная форма порока сердца. В частности наличие у больного систолического шума, выслушиваемого во всей сердечной области, но яснее всего у устья легочной артерии, ослабление второго тона там же, гипертрофия правого желудочка и наличие синюхи позволяли нам с определенностью остановиться на диагнозе врожденного стеноза легочной артерии.

Конечно, и незарощение боталлова протока могло бы дать подобную же картину, но тогда мы имели бы усиление второго тона над легочной артерией, синюха была бы меньше выражена, и шум проводился бы в шейные сосуды.



Думать о врожденных дефектах правого сердца здесь также не приходится, ибо мы не имели здесь венного пульса и большой печени; кроме того, подобного рода больные всегда умирают в раннем детстве.

Предполагать у нашего больного незарощение овального отверстия тоже не было достаточных данных, так как мы при чистой форме этого порока обычно не имеем синюхи, систолический шум лучше всего тогда слышен над грудиной, не бывает увеличения одной половины сердца, и акцент второго тона легочной артерии обычно бывает не так усилен.

Вполне допустимо было-бы предположение, что мы имели здесь комбинированную форму сужения легочной артерии с одновременным незарощением боталлова протока, так как из литературы давного вопроса видно, что такая комбинация была констатирована во многих случаях, подвергшихся вскрытию. Но тогда, хотя мы имели бы увеличение главным образом правой половины сердца, за то шум прослушивался-бы во II и III межреберных промежутках, на месте его имелось-бы лентообразное притупление, а на рентгене—выпячивание среднего сердечного конуса; так как всего этого в нашем случае не было, то данную комбинацию мы и исключаем.

Необходимо также дифференцировать заболевание в нашем случае от комбинации стеноза легочной артерии с незарощением межжелудочковой перегородки. Для этой комбинированной формы у нас не достает наличия систолического шума над грудиной, равномерного увеличения всего сердца, и затем на рентгене тогда был-бы выражен признак *D e n e k e*.

Путем исключения мы должны, таким образом, остановиться на предположении, что в данном случае имеется изолированный врожденный стеноз легочной артерии.

Нужно еще добавить, что две анатомические особенности доминируют в симптоматологии сужения легочной артерии: одна менее постоянная,—это положения сужения у самой воронки, на месте ее начала, а другая более постоянная,—это расширение артериального ствола перед местом сужения. Благодаря этому, клинически можно при сужениях легочной артерии различать стеноз устья ее и инфундибулярный. Различаются они тем, что в первом случае мы имеем шум на месте анатомического положения артерии, а во втором он распространяется до подложечки и сопровождается другими аномалиями. В нашем случае речь может идти только о сужении устья легочной артерии.

Что касается предсказания, то, принимая во внимание полную компенсацию и хорошую устойчивость организма нашего больного против разных инфекций, мы можем считать его в данном случае благоприятным. Имеющаяся у больного инфильтрация правой верхней доли легкого обычна при данном заболевании, так как питание легких здесь нарушается, и поэтому у таких больных даже легко развивается тbc, на что имеются определенные литературные указания (*Vierordt, Lebet, Schola, Назаров*).

Специфического лечения „синей болезни“ не имеется, а рекомендуются меры гигиено-диететического характера и оберегание больных от инфекционных заболеваний.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Rokitansky. Цит. по Laubry.—2) Groedel. Deut. Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. 103.—3) Gerhardt. Цит. по Laubry.—4) Laubry et Pezzi. Maladies congenitales de coeur.—5) De la Camp. Berl. klin. Woch., 1903, № 3.—6) Проф. Черников. Врач. Дело, 1925, № 14—15.—7) Кuhn. Deut. med. Woch., 1909.—8) Brugsch и Schittenhelm. Клинические методы исследования.—9) Herzheimer. Missbildungen d. Herzens.—10) Plerch. Berl. klin. Woch., 1909.—11) Батуев. Русский Врач, 1905.—12) De la Camp. Deut. Klin., 1907.
-

## К вопросу об инкубационном периоде при *neuroluet'e*.

Ординатора Е. В. Суховой.

Говоря о поражениях сифилисом центральной нервной системы, нельзя не отметить, что поражения эти являются одними из наиболее тяжелых заболеваний последней. Но, с другой стороны, тяжесть их до некоторой степени искупается теми специфическими средствами борьбы с ними, которые мы имеем в своих руках. При этом борьба с *neuroluet'om* сводится не столько к его лечению, сколько к его предупреждению. Отсюда вытекает тот интерес, с которым за последнее время стали все-сторонне обсуждать вопрос о влиянии различных условий на возникновение сифилитического поражения центральной нервной системы и доискиваться точного выяснения причин, которые из общего числа сифилитиков выделяют группу, впоследствии обреченную на *neuroluet*.

Как выясняется из литературы данного вопроса, авторы обращают при этом особенное внимание на фактор лечения первичного *luet'a*. Вопрос ставится в плоскости выяснения, на основании данных статистики, того, какой процент *neuroluet'a* дают нам случаи леченного и нелеченного первичного *luet'a*, и в какой зависимости от этого фактора находится длительность инкубационного периода *neuroluet'a*. Мнения по этому вопросу расходятся. Одни авторы утверждают, что хорошее лечение *luet'a* в самом начале может предохранить или, по крайней мере, отсрочить наступление *neuroluet'a*. Erb, разбирая вопрос о заболевании спинной сухоткой, говорит, что последняя в большинстве случаев следует за сифилитической инфекцией, которая не имела тяжелых проявлений, в силу чего плохо наблюдалась и лечилась. Neisser, приводя статистику 445 случаев *tabes'a*, где 57% больных не знали о своем *luet'e* и потому не лечились, высказывает убеждение, что энергичное лечение сифилиса может предотвратить *neuroluet*. Этому же мнению держатся из сифилидологов Fournier, Kaposi, Neuman, а из невропатологов—Heubner, Gilbert, Lion и Kuh.

В противоположность этому мнению Collins, приводя статистику 96 случаев *tabes'a*, высказывается за то, что основательное лечение *luet'a* не препятствует наступлению *neuroluet'a*, и в случаях, недостаточно леченных, *tabes* наступает даже позднее, чем в случаях, хорошо леченных. В том же направлении высказывается и Schister, приводя статистику прогрессивного паралича, где он не находит разницы в тяжести клинической картины в случаях леченного и нелеченного первичного *luet'a*. По его исследованиям проделавшие один курс лечения заболевают позднее, чем те, кто проделал два курса, и эти последние—позднее, чем много леченные. В его статистике цереброспинального *luet'a*

латентный период в случаях нелеченных оказался продолжительнее, чем в случаях леченных. Его выводы совпадают с выводами Eulenburg'a, Dinkler'a и Kron'a. Weugandt в своей статье, посвященной современному положению вопроса о лечении metalues'a, говорит, что все громче и громче раздаются голоса за то, что нелеченный lues протекает лучше, чем плохо леченный.— что лечение скорее ведет к tabes'у и прогрессивному параличу. Он приводит статистику Kron'a (482 случая), из которой видно, что, чем энергичнее было лечение сифилиса, тем короче промежуток от момента первичного заражения до наступления neurolues'a. Из статистики Pilez'a и Mattauschek'a он приводит цифровые данные, по которым в плохо леченных случаях длительность инкубации metalues'a равнялась 12,5 лет, в совершенно нелеченных—15,62 лет, а в хорошо леченных—15,3 лет, т. е. продолжительнее всего она была именно в случаях нелеченных.

Того же мнения об укорочении инкубационного периода в леченных случаях lues'a держится и Nonne. Gennepich прямо говорит, что много сотен больных, хорошо лечившихся, имели одинаковую судьбу с плохо или даже совсем нелеченными. Lauter, из клиники Strümpell'a, на основании 504 случаев, из которых в 202 имел место tabes, 83—прогрессивный паралич и в 219—lues cerebrospinalis, находит, что на длительность инкубационного периода metalues'a влияет не только интенсивность специфической терапии, но также и возраст, в котором больной инфицировался. Объединяя полученные данные, относящиеся к tabes'a и прогрессивному параличу, он высказывает следующие положения: 1) Чем в более ранние годы пациент инфицируется сифилисом, тем позднее наступает metalues, чем в более поздние,—тем раньше. 2) В противоположность данным Meggendorfer'a, Matzdorffer'a и Eckhardt'a он нашел, как и Pette, что больные, леченные ртутью, имеют менее продолжительный инкубационный период, чем нелеченные. 3) Интенсивность лечения ртутью несомненно укорачивает инкубационный период, причем у интенсивно леченных тоже имеется соответствие между инкубационным периодом и возрастом, в котором последовало заражение. В отношении lues cerebrospinalis этот автор делает следующие заключения: 1) С введением сальварсана количество клинических случаев раннего поражения сифилисом центральной нервной системы увеличилось по сравнению с тем временем, когда лечили ртутью, или совсем не лечили. 2) Раннее поражение нервной системы (втечение первого года) может наступить как в случаях леченных, так и в нелеченных.

Из всей вышеприведенной литературы видно, что основными пунктами в вопросе об условиях сифилитического поражения центральной нервной системы являются два,—во-первых, влияние лечения первичного lues'a, во-вторых,—возраст, в котором больной инфицировался lues'ом. С точки зрения этих-то двух моментов мы и подошли к исследованию того материала neurolues'a, который находился у нас в руках. Так как нам приходилось выбирать только те случаи, где в историях болезни были точно помечены: а) возраст, в котором больной заразился, б) проведенное лечение и в) длительность инкубации, то, чтобы сделать число случаев более доказательным, мы объединили два имевшихся у нас источника материала. Наибольшее количество случаев было взято из архива Клиники нервных болезней Казанского Университета с 1894 года по 1925 год; сюда мы присоединили около 100 случаев, собранных мною в Пятигорске, в сана-

тории для нейролюиков, заведваемой д-ром Н. Н. Яснитским в летний сезон 1925 года, а позднее сюда же был внесен материал, в количестве 193 случаев, собранный в той же санатории за летний сезон 1926 года и обработанный более подробно.

Всего наш материал обнимает 571 случай, из которых в 410 имел место *tabes*. в 65—*myelitis* и в 96—*lues cerebrosppinalis*. Таким образом делать те или иные выводы мы можем только в отношении *tabes'a*, по поводу же *myelitis* и *lues cerebrosppinalis* вправе только высказать предположительные соображения, в виду незначительности количества случаев.

**Таблица I. Продолжительность инкубации при *tabes'e* в случаях нелеченного, плохо и хорошо леченного первичного сифилиса.**

Продолжительность инкубации	год	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20	25	30	35	40	Среднее лет инкубации
	1																
в случаях нелеченного первичного сифилиса (93 сл.) . . . . .	1	—	1	5	6	9	7	10	4	7	22	9	6	2	3	1	12,0 лет
в случаях плохо леченного <i>lues'a</i> (241 сл.) . . . . .	8	7	10	11	23	16	7	21	18	18	62	22	13	5	—	—	10,8 лет
в случаях, хорошо леченных (60 сл.) . . . . .	4	4	1	1	6	5	4	7	5	6	11	5	1	—	—	—	9 лет

В отношении применявшегося лечения мы разделили наш материал на три группы: 1) случаи нелеченного первичного *lues'a*, 2) случаи плохо леченного сифилиса (меньше 5 курсов) и 3) случаи хорошо леченного (5 курсов и более). При этом мы принимали в расчет только случаи, леченные ртутью, так как число больных, проделавших комбинированное лечение (ртуть и сальварсан), было у нас незначительно.

**Таблица II. Случаи *tabes'a*, распределенные по возрастным группам.**

Возраст заражения	Среднее число лет инкубации	Возраст заражения	Среднее число лет инкубации	Возраст заражения	Среднее число лет инкубации
Случаи нелеченного <i>lues'a</i>		Случаи плохо леченные		Случаи хорошо леченные	
15—20	12,19 (37 сл.)	15—20	11,2 (60 сл.)	15—20	12,7 (10 сл.)
21—30	12,2 (48 сл.)	21—30	11,2 (133 сл.)	21—30	8,5 (44 сл.)
31—40	8,83 (6 сл.)	31—40	8,6 (38 сл.)	31—40	5,0 (4 сл.)
41—50	13,0 (2 сл.)	41—50	5,2 (5 сл.)	41—50	5 (1 сл.)
51—60	« «	51—60	« «	51—60	« «

Из 410 случаев *tabes'a* мы имели: 1) нелеченных до момента проявления первых симптомов сухотки—93 случая, или 23,6%; 2) плохо леченных (менее 5 курсов)—241 сл., или 61%; 3) хорошо леченных—60 случаев, или 15%<sup>1)</sup>.

Эти случаи мы распределили в прилагаемых таблицах согласно двум принципам: на таблице I длительность инкубационного периода указана в связи с проведенным лечением, по пятилетиям; на таблице II случаи распределены по возрасту, в котором субъект инфицировался. Из таблицы I видно, что среднее число лет инкубации равняется в нелеченных случаях 12,0 годам, в случаях плохо леченных—10,8, в случаях хорошо леченных—9,0 годам. Из таблицы II следует, что в случаях нелеченных наибольшая длительность среднего числа лет инкубации падает на больных, инфицировавшихся *lues'ом* в возрасте от 15 до 20 лет; те же соотношения получились и в случаях плохо и хорошо леченого *lues'a*. Отсюда видно, таким образом, что среднее число лет инкубации уменьшается параллельно увеличению возраста заражения.

Из всего приведенного материала *tabes'a* вытекает следующее:

1) Из общего числа табиков наибольший процент падает на случаи плохо леченные и наименьший—на случаи хорошо леченные. 2) Наши данные совпадают с данными *Mattauschek'a*, *Pilez'a* и *Gauter'a* в том, что плохо леченный *lues* дает меньший инкубационный период, чем совсем нелеченный, а хорошо леченный дает меньший период, чем плохо леченный. 3) Чем моложе больной инфицировался, тем продолжительнее бывает у него период инкубации и обратно.

Что касается, далее, *lues cerebrosproinalis*, то здесь у нас получились следующие данные: из общего числа 96 случаев<sup>2)</sup> 10 приходилось на нелеченные случаи, 52—на плохо леченные и 22—на хорошо леченные. Длительность инкубации в случаях первой группы равнялась 13,8 годам, во второй—7,48 и в третьей—4,9.

Случаи *myelitis* (всего 65) распределялись так: нелеченных—9, плохо леченных—25, хорошо леченных—26. Инкубация в нелеченных случаях равнялась 3,6 годам, в плохо леченных—4,23, в хорошо леченных—3,3.

Отсюда видно, что наименьший инкубационный период в той и другой группе дали случаи хорошо леченого *lues'a*.

Из всего приведенного материала,—как литературного, так и нашего, вытекает одно,—что лечение первичного *lues'a* у некоторых субъектов не препятствует наступлению *neuro'lues'a*. Другими словами говоря, часть сифилитиков, лечились они или нет, неизбежно подвергается поражению нервной системы, т. е. лечение первичных и вторичных проявлений сифилиса для последующего заболевания нервной системы у некоторых субъектов особого значения не имеет. Существуют, повидимому, какие-то условия внутри самого организма, которыми и обуславливается поражение *lues'ом* центральной нервной системы.

1) 16 человек, отрицавших *lues*, не вошли в это вычисление.

2) В это вычисление не вошли 12 больных, отрицавших у себя заболевание *lues'ом*.

3) Сюда не вошли 5 случаев, где больные отрицали у себя *lues*.

Дальнейшие исследования должны пролить нам свет на этот вопрос, причем было-бы особенно интересно проследить, на определенном числе больных, страдающих первичными и вторичными проявлениями lues'a и имеющими при этом патологически измененный liquor, какое количество из них заболевает впоследствии neurolues'ом.

В заключение приведу данные относительно тех 193 случаев neurolues'a, которые были собраны мною в 1926 г. и обработаны более подробно.

Удовлетворительные условия жизни отмечены из 193 больных у 111 чел., плохие условия—у 57 чел., и относительно 25 чел. этих сведений не имеется. Страдавших enuresis nocturna до 8—10-летнего возраста, а в некоторых случаях и позднее, было в этой группе 14 чел. Резко выраженным алкоголизмом страдали 46 чел. Имевших в анамнезе у родителей алкоголизм было 9 чел., тbc—19 чел. Перенесших тифы было в этой группе 23 чел., малярию—также 23. Результаты реакции Wassermann'a были отмечены в 89 историях болезни, причем в случаях нелеченного lues'a она была отрицательной у 7 чел., положительной—у 10; в случаях плохо леченного сифилиса отрицательная RW была у 28 чел., положительная—у 20; из случаев хорошо леченного lues'a отрицательная реакция была у 17 чел., положительная—у 7.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Nonne. Syphilis und Nervensystem. Berlin, 1909.—Genneric. Die Syphilis des Zentralnervensystems. Berlin, 1922.—Weygandt. Zeit. für die ges. Neur. und Psych., 1925, Bd. 96.—Mattauschek u. Pilcz. Прив. по Weygandt'y.—Lauter. Zeit. für Nervenheilk., 1924, Bd. 82.

---

## Случай смерти вследствие поранения внутренней титечной вены.

(К казуистике условно-смертельных повреждений).

Пр.-доц. А. Д. Гусева.

Ранение внутренней титечной артерии встречается в хирургической практике чрезвычайно редко. Так, напр., Щеголев<sup>1)</sup> указывает, что на 8,715 случаев ранений груди, наблюдавшихся в Северо-американскую войну, было только 6 случаев поранения этой артерии, а в обширной практике Пирогова<sup>2)</sup> было всего только 2 подобных случая. Крайне редко повреждения этой артерии встречаются и в судебно-секционной практике. Гвоздеву<sup>3)</sup>, напр., более, чем за 25 лет заведывания Судебно-медицинским Кабинетом Казанского Университета, ни разу не удалось видеть подобного повреждения которое за все время существования Кабинета на 2581 произведенных здесь судебно-медицинских вскрытий встретилось лишь 2 раза (менее 0,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>): первый случай поранения а. mammae internae в секционной практике Кабинета наблюдался Небольбовым в 1892 году (случай этот был доложен им в заседании Об-ва Врачей при Казанском Университете 24/IV 1892 г.<sup>4)</sup>; второй подобный случай наблюдался на вскрытии 16/X 1913 г.; но в этом последнем случае, кроме проникающей раны груди с повреждением а. mammae internae, имел место еще ряд других поражений, между прочим было перерезано горло, и смерть последовала не от поранения а. mammae internae, почему этот случай в судебно-медицинском отношении и не представляет особого интереса.

Если повреждения а. mammae internae встречаются так редко, то еще большую редкость представляет ранение venae mammae internae, как причина смерти. В имеющейся у меня литературе я нигде не встретил указаний на подобные случаи, почему и считаю нелишним опубликовать один подобный случай, наблюдавшийся в практике нашего Кабинета.

30/X 1913 г. в секционной Кабинета было произведено вскрытие трупа Казанской мешанки Феклы Псаевой, причем оказалось:

А) *Наружный осмотр.* Труп женского пола, 24 лет от роду, роста 153 сант., окружность груди — 76 сант. По задней поверхности трупа — разлитая, довольно обширная кирпично-красная окраска, на остальной поверхности тела покровы бледно-смуглы, с ясным желтым оттенком. Волосистая часть головы без особых изменений. Лицо одутловато, бледно. Глаза закрыты, соединительная оболочка их бледно-желтовата, глазные яблоки мягковаты. Роговицы прозрачны, зрачки расши-

<sup>1)</sup> Русск. Хирургия, отд. XXII, СПб, 1902.

<sup>2)</sup> <sup>3)</sup> Цит. по Небольбову.

<sup>4)</sup> Дневник Общества Врачей при Каз. Ун., 1892, вып. IV.



рени, левый сильнее правого. Слизистая губ — бледно-синевата. В остальном лице особых изменений не представляет. Шея без особых изменений. Грудь довольно высока, грудные железы почти незаметны, соски и кружки их бледны. На II ребре с правой стороны, отступя на 5 сант. от средней линии, имеется продолговато-овальное отверстие, длиною в 16 мм., направленное слева направо и снизу вверх так, что в этом направлении рана находится под углом почти в 45° к средней линии тела; в середине отверстие имеет в ширину около 8 мм. Кожные края раны грязно-синеватой окраски; нижний край слегка скошен по направлению влево, верхний — истончен. Нижний угол раны неправильно округлен, с небольшим надрывом, верхний угол — довольно острый. На дне раны видна кровоподтечная клетчатка и мышечные волокна. Верхний лоскут отслоен на 1 1/2 сант., нижний — менее, чем на 1/2 сант. Отступя на 1/2 сант. вправо от описанной раны имеется вторая рана, почти в том же направлении и такого же очертания; длина ее — 8 мм., ширина же — около 5 мм. (в середине); в глубину рана эта проникает до мышечного слоя; нижний угол этой раны закруглен, верхний — острый. Как мостик между ранами, так и края второй ранки — грязно-синеватого цвета. По отсепаровании мягких покровов на грудной стенке, около описанных ранений, в мягких тканях замечается пропитывание рыхлыми кровяными сгустками на пространстве несколько большем рублевой монеты. Нижний край II правого ребра, недалеко от края грудины, рассечен почти на 1/3 ширины хряща. Равным образом рассечены и интеркостальные мышцы во II межреберном промежутке, так что все отверстие грудной стенки имеет в длину около 1 1/2 сант. С внутренней стороны в области грудной кости и хряща замечается небольшое пропитывание мягких тканей рыхлыми кровяными сгустками. Внутренняя титечная вена рассечена в слегка косом направлении по отношению к длиннику ее на пространстве около 5 мм. Живот запал. Концы пальцев рук цианотичны.

В) *Внутренний осмотр.* По вскрытии грудной полости правое легкое не приращено и сильно смещено кпереди и влево. В полости плевры — жидкая кровь в количестве 1100 куб. сант. и кровяные сгустки весом 340,0. Легкое серо-мраморного цвета, пушисто, легко, с бугристой поверхностью. Левое легкое почти сплошь приращено. На разрезе правое легкое сухо, особенно в верхней доле, светло-красной, мраморной окраски. Левое легкое на разрезе несколько более темной окраски и сочнее. Полости гортани и дыхательного горла свободны, слизистая их резко бледна. Сердце и сердечная сорочка сильно смещены влево, так что правое предсердие представляется запавшим. В сердечной сорочке около 15 куб. сант. желтоватой жидкости. Сердце обычной величины, в сокращенном состоянии; в полости его — несколько капель жидкой крови... В аорте — небольшие атероматозные бляшки... Печень слегка увеличена... сильно малокровна, в крупных сосудах ее — водянистая кровь. Селезенка и почки — малокровны. В мочевом пузыре — со столовую ложку мочи, давней реакцию на спирт. Желудочно-кишечный канал и внутренние половые органы — без особых изменений. Сосуды твердой мозговой оболочки — слабо наполнены, мягкая оболочка мозга мутна, отечна, сосуды ее слабо наполнены. Мозг — плотен, серое вещество его с грязно-красным оттенком, на разрезе выстоит; поверхность разреза покрыта обильным количеством прозрачной жидкости, каковой много и в желудочках мозга; в общем мозг на разрезах бледен. Сосуды мозга без особых изменений, крови содержат мало. В продольной пазухе твердой мозговой оболочки крови нет.

*Предварительные сведения.* В ссоре муж покойной схватил со стола нож и ударил им жену два раза в грудь, после чего покойная минут 15 сидела и выкурила папиросу. Затем она почувствовала себя дурно и упала на пол. Тогда ее отвезли в Шаповскую больницу, где наложили на рану повязку. Через 1 1/2 часа Исаева умерла.

Клинок у ножа, которым были нанесены раны, — длиною 8 1/2 сант. шириною около рукоятки — 2 сант., довольно тонкий. Лезвие почти прямолинейно сходит к ножу; нож хорошо отточен, кончик его слегка согнут. Рукоятка обмотана куском тряпки, укрепленной кнопкой.

Таким образом на вскрытии были обнаружены две раны грудной клетки (одна из которых проникала в грудную полость), повреждение *venae mammae internae*, *haemothorax*, сдавление правого легкого, смещение сердца влево и малокровие всех внутренних органов.

При экспертизе данного случая, согласно правилам для составления заключений о тяжести повреждений<sup>1)</sup>, эксперт должен был решить следующие вопросы: 1) Было ли повреждение безусловно-или условно (случайно)-смертельным? 2) Какова была ближайшая причина смерти? 3) Каким орудием или средством нанесено повреждение и каким способом оно произошло?

Первый вопрос, т. е. было ли данное повреждение безусловно-или условно-смертельным, разрешается легко, так как безусловно смертельными повреждениями называются только такие, которые всегда и у всех людей оканчиваются смертью, прочие же повреждения признаются условно-или случайно-смертельными<sup>2)</sup>.

Неболюбов в цитированной выше работе приводит мнение Разумовского, Студенского, Tillmans'a, Прогова и др., указывающих на возможность перевязки а. *mammariae internaе*. Гвоздев, по словам Неболюбова, тоже считал повреждение этой артерии условно-смертельным. Щеголев говорит, что при повреждении внутренней титечной и межреберной артерий кровотечение может быть угрожающим и окончиться смертью от потери крови; кровотечение из этих сосудов, по словам Щеголева, поддерживается присасывающим действием плевральной полости: при каждом расширении грудной клетки во время вдоха воздух в ней разрежается, и кровь из раненного сосуда, находящегося, благодаря существующей ране плевры, в открытом сообщении с плевральной полостью, высасывается и изливается в грудную полость, вследствие чего на месте ранения стенки сосуда не успевает произойти образование тромба. Игнатовский<sup>3)</sup> говорит, что „особенно опасны ранения *arteriae mammariae*, из коих около 70% оканчиваются смертью, если не была подана быстрая и надлежащая помощь“.

Мне думается, что все эти указания вполне можно перенести и на описанный случай повреждения вены, *v. mammariae int.*, перевязка которой должна-бы быть так же возможной, как и перевязка соответствующей артерии; следовательно, и повреждение вены в данном случае следует отнести к разряду условно-смертельных.

Второй вопрос,—именно, какова была ближайшая причина смерти в данном случае,—легко разрешим по данным вскрытия: обильное скопление крови в полости правой плевры, отсутствие крови в полостях сердца, малокровие мозга и его оболочек, малокровие легких, печени, селезенки, почек, слизистой оболочки гортани и дыхательного горла—указывают на большую потерю крови, послужившую причиной смерти.

Наконец, третий вопрос вполне определенно решается при наличии предварительных сведений—форма и размеры ран соответствуют предъявленному ножу, и, следовательно, вполне возможно, что они нанесены этим ножом.

Те же предварительные сведения дают указания и на то, что в этом случае было нанесение ран посторонней рукой, т. е. имело место убийство.

---

<sup>1, 2)</sup> Правила для составления заключений о тяжести повреждений, утвержденные Наркомздравом и Наркомюстом 16. XI 1922 г.

<sup>3)</sup> Судебная Медицина. Юрьев, 1910.

### Новые взгляды на механизм действия сердечных нервов.

В. В. Парина.

Нервы-антагонисты, дающие при раздражении противоположные эффекты,— торможение или усиление сердечной деятельности, сужение сосудов или их расширение, возбуждение или торможение рефлексов,—давно уже привлекали внимание физиологов. Первая попытка объяснить сущность антагонистического действия была сделана Ewald'ом Hering'ом, который высказал предположение, что разница в эффекте раздражения антагонистических нервов зависит от различия процессов, протекающих в их стволах. Это представление не базировалось, однако, на каких-либо определенных данных и совершенно не вяжется с твердо установленными современными представлениями об единстве процессов протекания возбуждения по нерву. Вaхt, из лаборатории С. Lüdwiġ'a, впервые показал, что разница в действии блуждающего и симпатического нервов на сердце зависит не от различия процессов в этих нервах, а от различного механизма их приложения к сердечной мышце. Frey установил тоже в отношении действия хорды и симпатического нерва на сосуды слюнных желез. Asher, повторяя в 1907 г. опыты Frey'я, повидимому, впервые высказал взгляд, развитый им подробнее в 1910 г., объясняющий антагонистическое действие нервов выделением окончаниями последних каких-то специфических для данного нерва веществ, действующих возбуждающим или угнетающим образом на иннервируемую ткань—мышечное волокно или железистую клетку. За последнее время это представление было предложено и обосновано многими авторами для объяснения различных случаев перехода возбуждения с одной клетки на другую. В отношении сердечных нервов этот взгляд можно считать более или менее твердо установленным после открытия явлений т. наз. «гуморального переноса возбуждения».

Первым автором, установившим определенное химическое изменение промывной жидкости после раздражения блуждающего нерва, был Howell. Он нашел в 1908 г., что в результате раздражения *n. vagi* изолированного собачьего сердца Ringе'овская жидкость, промывающая сердце, становится богаче калием, который, как известно, оказывает тормозящее действие на сердце, а потому Н. свел действие раздражения блуждающего нерва к действию выделяющегося при этом калия. Принимая во внимание, что действие блуждающего нерва на сердце ограничивается лишь частью ткани предсердий, такие количества К, как 0,4—0,5 мгр. чистого К, переходящего, по определениям Н., в растворимую форму при одном 2—3-минутном раздражении блуждающего нерва, бываюи достаточны, чтобы вызвать торможение.

Нemmeter в 1914 г. повторил опыты Howell'я, заменив его химические реактивы для обнаружения К биологическим показателем и установив перекрестную циркуляцию между двумя сердцами—в ожидании, что изменение жидкости в результате раздражения *n. vagi* первого сердца скажется тормозящим образом на работе второго. Этим в сущности и было положено начало изучению гуморального переноса возбуждения. Опыты Nemmeter'a дали, однако, совершенно отрицательные результаты, работы Howell'я были на порядочное время забыты, и лишь в 1921 г. появляются в печати первые работы O. Loevi, пробудившие интерес к вопросу о гуморальном переносе и вызвавшие появление ряда новых работ по этому вопросу.

Исследования Loevi были проделаны на сердцах холоднокровных—лягушки и жабы. Общая методика их была такова: сердце изолировалось в связи с блуж-

дающими нервами (т. наз. Herzvaguspräparat); в аорту вставлялась канюля, сердце наполнялось через нее жидкостью Ringera и в продолжении некоторого времени предоставлялось самому себе. Затем жидкость из канюли отсасывалась пипеткой и сохранялась для последующего сравнения, как жидкость из периода нормального сердцебиения. После того сердце снова наполнялось свежим Ringergовским раствором, и блуждающий нерв раздражался в продолжение довольно большого времени (10—30 мин.). После раздражения жидкость снова отсасывалась, сердце наполнялось свежим раствором и оставлялось в покое, пока не начинало биться нормально. Тогда то же сердце, или, в некоторых дальнейших опытах, другое (Testherz), наполнялось содержимым периода нормальной работы, а затем жидкостью из периода раздражения блуждающего нерва. Работа его при этом все время записывалась на вращающемся барабане.

Уже первые опыты этого рода дали довольно определенные результаты: в то время, как наполнение канюли жидкостью из периода нормальной деятельности сердца не отражалось сколько-нибудь заметным образом на кривой, жидкость, взятая после раздражения n. vagi, давала явственный, хотя и меньший, чем при непосредственном раздражении блуждающего нерва, эффект, выражавшийся в уменьшении амплитуды сердечных сокращений.

Блуждающий нерв у лягушки не является по отношению к сердцу ее исключительно тормозящим нервом,—он, правильнее говоря, не vagus, а vago-sympathicus, и в известных случаях при его раздражении можно наблюдать и ускоряющий, акцелерантный эффект. Интересно отметить, что уже в первом своем сообщении Loewi приводит кривые, указывающие, что жидкость из периода раздражения блуждающего нерва, непосредственный эффект которого на сердце сказался в увеличении амплитуды и скорости сердечных сокращений, дает аналогичное же, но более слабое положительно-инотропное действие. Первая работа Л. устанавливала, таким образом, факт, что при раздражении блуждающего нерва в сердце освобождаются какие-то вещества, которые можно обнаружить в промывной жидкости,—вещества, обладающие действием, характерным для блуждающего и симпатического нервов. Л. предположил, что механизм действия сердечных нервов и заключается в выделении нервными окончаниями их особых веществ, которым он дал названия Vagusstoff и Acceleransstoff.

Это первое сообщение Л. быстро вызвало ряд откликов. После него начали появляться работы, с одной стороны подтверждающие и расширяющие результаты Л., а с другой стороны критикующие его (Asher и Vohnenkamp). Возражения последних авторов теперь, после новых работ самого Л. и других исследователей, имеют уже скорее лишь исторический интерес.

Последующие работы Л. (им и его сотрудниками вынуждено по данному вопросу до последнего времени 11 сообщений) посвящены дальнейшей разработке сущности явлений гуморального переноса. Стремясь получить наиболее чистый тормозящий эффект от жидкости из периода раздражения блуждающего нерва, Loewi воспользовался действием эрготаминартартата, симпатического яда, 1/10000 раствор которого в жидкости Ringera через 20 минут парализует все симпатические окончания, так что раздражение vago-sympathici после отравления сердца атропином (для исключения тормозящих окончаний) остается без всякого акцелерантного эффекта. Опыты с отравленным эрготаминартартатом сердцем были проведены точно так же, как и предыдущие, с той лишь разницей, что, как вполне понятно, везде вместо чистого Ringera брался указанный выше раствор эрготаминна. Перенос при данной постановке опытов удается гораздо легче, и кривые имеют при этом очень красивый и чистый вид.

Достигнуть изолированного раздражения тормозящих волокон можно и другими способами. Дело в том, что тормозящие и ускоряющие волокна vago-sympathici лягушки обладают неодинаковой возбудимостью; именно, порог раздражения тормозящих волокон лежит значительно выше, чем порог раздражения акцелерантных волокон. Пользуясь относительно-слабым током, можно, таким образом, раздражать одни лишь тормозящие волокна в то время, как для возбуждения симпатических сила раздражения будет недостаточна. Раздражение блуждающего нерва производилось возможно более слабое, дабы эффектом его было лишь отрицательное инотропное действие—уменьшение величины сердечных сокращений приблизительно на 25% первоначальной величины. В конце опыта прodelьвался контроль, дабы убедиться, что волокна симпатического происхождения действительно не раздражались: сердце атропинизировалось для парализования тормозящих окончаний, и сила раздражения увеличивалась до тех пор, пока не получалось акцелерантное

действие; расстояние катушек во всех случаях оказывалось значительно меньшим, чем применявшееся в опыте.

Влияние силы раздражения хорошо иллюстрируется приводимыми Л. кривыми. На одной из них видно, как слабое раздражение дало чисто-вагальный результат, более сильное же—вагальный с последующим проявлением симпатического. Соответственно этому и жидкости из обоих периодов дали—одна тормозящий, другая ускоряющий эффект. Понятно, что, так как мы имеем дело, с точки зрения Л., с одновременным выделением двух веществ,—Vagus—и Acceleransstoffa,—то и действие жидкости будет меняться в зависимости от количественных соотношений того и другого. Простая схема поясняет это. Пусть V будет обозначать Vagusstoff, а A—Acceleransstoff; вагальное действие обозначим v, а симпатическое—a; тогда, если  $V > A$ , эффект=v; при  $V=A$ —эффект=0; при  $V < A$  он=a.

Время раздражения в первых опытах Л. было около 20—30 минут. Однако в результате дальнейших исследований оказалось, что жидкость уже после одноминутного раздражения дает явственный отрицательно-инотропный эффект, усиливающийся с удлинением этого периода до 4—6 мин. и снова понижающийся при большей длительности раздражения.

С точки зрения Л. на действие блуждающего и симпатического нервов на сердце вследствие выделения их окончаниями веществ, действующих на волокна сердечной мышцы, выдвигается снова вопрос о теории Engelmann'a. Действие нервов на сердце может протекать в 4 различных направлениях: 1) инотропно—изменяя амплитуду сокращений; 2) хронотропно—изменяя их ритм; 3) дромотропно—изменяя скорость проведения возбуждения по сердцу и 4) батмотропно—изменяя возбудимость. Так как все эти влияния могут идти в сторону усиления или ускорения, либо ослабления и замедления (положительное и отрицательное действие), то всего имеется 8 различных возможностей действия. Engelmann высказал взгляд, что сердечные нервы должны быть разделены на 8 категорий, каждая из которых действует на сердце лишь в одном направлении. С точки зрения Л. это должно было бы обозначать образование восьми различных веществ. Чтобы выяснить вопрос, Л. ставит ряд опытов, из анализа которых приходит к выводу, что дело сводится лишь к различной концентрации все тех же двух основных веществ: более слабая концентрация дает инотропный эффект, более крепкие—остальные влияния.

Loewi приводит очень интересные данные, анализирующие более тонко действие Vagus—и Sympaticusstoffa. Раздражение блуждающего нерва сказывается на сердце очень быстро, без большого латентного периода. Если действие блуждающего нерва зависит от образования «Vagus-гормона», то очевидно, что и жидкость из периода раздражения блуждающего нерва должна обнаруживать свое действие точно также быстро, без большого скрытого периода. Как прежними, так и новыми опытами, сделанными специально для этой цели, это положение вполне подтверждается. На многих кривых уже первое сокращение сердца после наполнения его содержимым из периода раздражения vagi становится меньше, чем предыдущее.

В противоположность быстрому действию тормозящих волокон, эффект от раздражения ускоряющих сказывается лишь после порядочного скрытого периода (4—8 сек. по данным Л.). Это зависит не от медленного образования, или медленной диффузии, Acceleransstoffa, а оттого, что данное вещество обладает относительно-большим скрытым периодом. Доказывается это тем, что не только непосредственное раздражение симпатических волокон сказывается лишь после известного времени, но и жидкость из этого периода точно также обнаруживает свое действие лишь через несколько секунд после введения ее в сердце.

Таким образом, если в жидкости имеются одновременно оба вещества, то, благодаря разнице в скорости наступления их действия, получится сначала вагальный, а затем симпатический эффект. Интересно, что из сердечных ядов мускарин, как и Vagusstoff, не обладает латентным периодом, адреналин же дает довольно длительный скрытый период. Можно приготовить такую смесь из соответствующих количеств адреналина и мускарина, что она, по Loewi, дает такого же рода кривую, как и одновременное наличие в жидкости Vagus—и Acceleransstoffa.

Судьба Vagus—и Acceleransstoffa в сердце неодинакова и после прекращения раздражения. Результат раздражения блуждающего нерва в общем проходит гораздо скорее, чем эффект от раздражения симпатического нерва. В соответствии с этим жидкость из периода раздражения блуждающего нерва, будучи удалена из сердца не тотчас же, а после 3-минутного пребывания в нем, оказывается уже

почти совершенно недействительно, тогда как после раздражения симпатического нерва жидкость и после этого периода обнаруживает почти не уменьшившееся действие.

Время действия Vagus—и Acceleransstoff'a при наполнении сердца соответственных периодов также различно: действие первого в среднем прекращается через 3—3,5 минуты, жидкость же из периода раздражения симпатических волокон теряет свою действительность лишь через 25—30 минут. Очевидно, Vagusstoff каким-то образом постепенно раздражается деятельностью сердечных тканей, или переходит в недействительное состояние.

Эти опыты, указывающие на столь точный параллелизм между раздражением сердечных нервов и действием соответственных веществ, еще более ясно доказывают, что Vagus—и Acceleransstoff Loe w i—на какие-либо побочные продукт распада, лишь случайно действующие грубо-аналогично раздражению этих нервов, но действительно вполне специфические вещества, образующиеся в результате нервного раздражения и обуславливающие непосредственный эффект их возбуждения.

Следующие работы из лаборатории Loe w i в значительной степени выяснили физиолого-химические свойства указанных веществ. Vagusstoff способен к диализации, термостабилен, 5—10-кратное кипячение его в Ringer'овской жидкости не уничтожает его действия, он кислотоустойчив, но разрушается  $\frac{1}{100}$  и NaOH при повторном кипячении, раствором в алкоголе, нерастворим в эфире и слабо растворим в хлороформе. Наличие его можно обнаружить в алкогольном экстракте из сердца, не подвергавшегося раздражению блуждающих нервов, и в промывной жидкости этого сердца. В экстрактах из сердца, vagus которого предварительно раздражался, содержание его в 3—6 раз больше. Вещество это химически, очевидно,—ацетил-холин, что доказывается одинаковостью их биохимических свойств, сходством их действия и опытами по разрушению Vagusstoff'a и ацетил-холина сердечным экстрактом. Vagusstoff, как уже упомянуто, при оставлении жидкости на некоторое время в сердце теряет свое действие. Чтобы выяснить сущность этого явления, L. вместе с Navratil'em поставил опыты с водными сердечными экстрактами *in vitro*. Реакция оказалась несомненно ферментативной,—нагревание сердечного экстракта до 56° и освещение его ультрафиолетовыми лучами, оказалось, инактивируют его способность разрушать Vagusstoff; реакция не идет при температурах, близких к 0°, наиболее благоприятная для нее концентрация H-ионов —от 6 до 7,5. Действие холина и мускарина при взаимодействии с сердечным экстрактом не ослабевает, тогда как ацетил-холин теряет свою активность аналогично Vagusstoff'у. Реакция заключается, очевидно, в ферментативном омылении, так как новое ацелирование делает жидкость снова активной.

Acceleransstoff, по всей вероятности, идентичен с адреналином, хотя на этот счет имеется лишь краткое указание авторов, что Acceleransstoff и адреналин одинаково не разрушаются нагреванием до 56°, но разрушаются ультрафиолетовыми лучами и флуоресценцией.

Новая точка зрения на механизм действия сердечных нервов и новая методика дают возможность подвергнуть пересмотру и взгляды на действие сердечных ядов.

Loe w i подверг экспериментальной проверке современное воззрение на механизм действия атропина. Согласно наиболее принятому сейчас в фармакологии взгляду последний парализует окончания блуждающих нервов. С точки зрения L., в этом случае могут иметь место две возможности: или истинное парализование окончаний блуждающих нервов, т. е. прекращение выделения ими Vagus-гормона, или нейтрализация атропином Vagusstoff'a до недействительного состояния. Результаты опытов показали, что продуцирующая способность окончаний блуждающего нерва при атропинном отравлении сохранена, так как действие Vagusstoff'a можно было обнаружить на втором сердце; но действие его на отравленном сердце не сказывалось вследствие нейтрализации Vagus-гормона атропином (может быть, это можно было-бы объяснить действием атропина на мышечные клетки,—в смысле утраты последними чувствительности к Vagusstoff'у).

Интересен, далее, анализ действия физостигмина и эрготамина. Эрготамин, оказывается, действует не только парализуя симпатические окончания, как полагал Loe w i в своих первых сообщениях, но и сенсibiliзируя сердце по отношению к Vagus'у (повышение порога возбудимости блуждающего нерва, более длительное последствие), т. е. его действие аналогично действию физостигмина. Это сенсibiliзирующее действие сказывается как по отношению к непосредственному раздражению блуждающего нерва, так и к действию Vagus-гормона и ацетил-холина, действие же холина и мускарина остается при этом без изменения. Опыты с сер-

дечным экстрактом *in vitro* показали, что указанная сенсбилизация зависит от замедления реакции расщепления Vagusstoff'a и ацетил-холина этими алколоидами, вследствие чего меньшие концентрации могут уже действовать на сердце, не подвергнувшись расщеплению.

Было изучено также и действие камфоры. В первое время ее действия последняя оказывает возбуждающее влияние на Vagus, увеличивая продукцию Vagusstoff'a, в дальнейшей же стадии парализует его, так что выделения Vagusstoff'a совершенно не происходит. Действие Vagus-гормона на сердце почти не сказывается, однако, и в первой стадии отравления, вследствие вызываемого камфорой понижения восприимчивости сердечной мышцы к депрессорным веществам. Обнаружить увеличение выделения Vagusstoff'a в первом периоде действия камфоры удалось, перенося жидкость, после разрушения камфоры медленным окислением, на второе сердце. Эта процедура, как показали предварительные опыты, не разрушает Vagusstoff. Результатом всегда было сильное действие жидкости в начальной стадии и полная инактивность в дальнейшем течении опыта.

Полученные Loe w i данные к настоящему времени подтверждены и дополнены рядом авторов. Так, несколько работ по гуморальному переносу вышло из лаборатории B r i n k m a n'a в Гренингене. Методика этих работ несколько отличается от методики Loe w i. В работе B r i n k m a n'a и v a n D a m'a был применен, напр., следующий прием: брались 2 лягушки, обезглавливались, и спинной мозг их разрушался; затем в сердце первой, оставившейся *in situ*, ввязывались канюли в нижнюю полую вену и аорту. Аортальная канюля первой лягушки сообщалась резиновой трубкой с канюлей, вставленной в *art. coeliaca* второй, *aa. intestinales* и *hepatica* перевязывались, так что открытой оставалась лишь *a. gastrica*. Сердцебиение первой лягушки регистрировалось обычным образом. Движения желудка второй записывались при помощи воздушной передачи. Таким образом жидкость, пройдя через сердце первой лягушки, поступала в сосуды желудка второй, где ее изменения должны были сказаться на движениях этого органа. Жидкость, вытекавшая из сердца во время и после раздражения блуждающего нерва, вызывала, оказалось, резкое усиление тонуса и движений желудка; случаи же раздражения блуждающего нерва с акселерантным эффектом всегда сопровождались резким угнетением двигательной функции желудка.

B r i n k m a n и v a n D a m пытались установить, не зависит ли это гастромоторное действие жидкости от повышенного содержания К после раздражения блуждающего нерва (H o w e l l). Чтобы выяснить это, они делали перфузию сосудов желудка жидкостями, содержащими прогрессивно увеличивающееся количество К, причем нашли, что единственным результатом этого было лишь повышение тонуса желудка. Таким образом одним только К объяснить явления нельзя.

B r i n k m a n и v a n D a m, а также B r i n k m a n и v. d. V e l d e, установили, далее, что после раздражения блуждающего нерва у лягушки и кролика поверхностное натяжение солевого раствора и крови понижается. Опытами их было установлено, затем, что капиллярно активное вещество, вызывающее понижение поверхностного натяжения, циркулирует в крови очень недолго, и, самое большее, через минуту поверхностное натяжение крови поднимается до первоначальной величины. Свойства вещества ими более подробно не были исследованы, и авторы ограничиваются указанием, что все вещества, понижающие поверхностное натяжение,—мыла, пептон, производные холина,—обнаруживают типичное ваготропное действие.

Краткое сообщение B r i n k m a n'a и R u i t e r'a касается переноса возбуждения уже не с сердечных, а с двигательных нервов задних конечностей одной лягушки на клоаку второй. Была применена последовательная перфузия сосудов задних конечностей одной лягушки (препарат L ä w e n - T r e n d e l e n b u r g'a) и сосудов клоаки второй. Кривые несколько затемнены «спонтанными» движениями клоаки, вследствие подвешивания ее на крючок для записи, но все же авторам удалось заметить поднятие тонуса кишки после попадания жидкости из периода раздражения *plexus lumbalis* в ее сосуды. При такой постановке опытов, однако, нельзя думать только о каких-либо специфических веществах, вырабатываемых двигательными нервными окончаниями. Работающая мышца является органом с очень энергичными процессами обмена веществ, а потому, можно предполагать, действие жидкости на кишку во многом зависит от молочной кислоты и других продуктов, возникающих в результате мышечного сокращения. Работа эта была повторена д-ром Н у ж д и н ы м в Физиологической Лаборатории Казанского Вет-института, причем данные B r i n k m a n'a и R u i t e r'a не были подтверждены.

J. Ten Cate подтвердил находки L. в отношении сердца и во второй серии опытов на отрезке кишки лягушки. Контрольные опыты над влиянием K дали те же результаты, что и опыты Brinkman'a и v. Dam'a. Ten Cate пытается объяснить гуморальный перенос совместным, взаимно усиливающим действием K и холина.

Chiba приводит данные, подтверждающие основной взгляд Loeви на механизм действия сердечных нервов. На сердце лягушки, непрерывно промываемое жидкостью Ringer'a, эффект раздражения блуждающего нерва и его последствие бывают выражены гораздо слабее, чем на пустом, ненаполненном жидкостью. Можно подобрать такую силу раздражения, что она будет давать заметное действие на «пустом» сердце, но не скажется, если это же сердце наполнить Ringer'ом. Очевидно, это зависит от вымывания жидкостью Vagusstoff'a и удаления его из сердца раньше, чем он достигнет деятельной концентрации. Те же опыты, проделанные с раздражением симпатических волокон, не дали определенных результатов,—видимо, вследствие плохой растворимости Acceleransstoff'a и медленной диффузии его в жидкости.

Новый и очень удобный способ для исследования гуморального переноса предложил Kahn. Все предыдущие авторы для испытания изменений жидкости при раздражении сердечных нервов переносили ее или на то же сердце, или на другое таким образом, что всегда протекало известное время перед пробой действия жидкости; кроме того, они всегда имели дело уже с некоторой окончательной, суммарной концентрацией Vagusstoff'a. Kahn устранил этот недостаток, применив специальную широкую канюлю с двумя отростками вниз; отростки эти вставлялись в аорты 2 сердец, так что оба они питались одной и той же жидкостью, и изменения ее, вызванные раздражением нервного сердца, сказывались вскоре же на другом. Пользуясь этим методом, K. мог показать всю динамику образования Vagusstoff'a и обнаружить удивительный параллелизм в «поведении» обоих сердец. Сердце-показатель давало точную, но уменьшенную копию состояния сердца, блуждающий нерв которого раздражался непосредственно.

С методикой Kahn'a в Физиологической Лаборатории Физмата Казанского Университета, по предложению проф. А. Ф. Самойлова, студентками Мельниковой, Паниной и Соколовой были произведены опыты по гуморальному переносу<sup>1)</sup>. Опытами этими прежде всего были подтверждены результаты Loeви и Kahn'a, а затем были получены новые доказательство гуморального переноса действия сердечных нервов электрографическим способом. Проф. А. Ф. Самойлов выяснил в 1910 г., что раздражение блуждающего нерва лягушечного сердца вызывает извращение зубца Г электрограммы сердца, который из положительного становится отрицательным; направленный на кривой вверх зубец Г постепенно уменьшается, становится затем на некоторое время двухфазным, принимая дальше противоположное направление—вниз. После прекращения раздражения он также постепенно возвращается к исходному виду. Это изменение электрограммы сердца характерно именно для действия vagus'a, так как положительно-ваготропный мускарин влияет на токи действия сердца точно таким же образом. Если действие жидкости из периода раздражения блуждающего нерва действительно специфично, то, очевидно, те же изменения зубца Г должны наблюдаться и при электрокардиографии сердца, раздражаемого жидкостью, т. е. Vagusstoff'ом. Опыты проделывались с канюлей Kahn'a; блуждающие нервы раздражались центрально—с продолговатого мозга. К одному из сердец, именно, к борозде между предсердиями и желудочком и к верхушке, накладывались отводящие электроды, соединенные проводниками со струной гальванометра. Сначала раздражался продолговатый мозг этого сердца, и в это время фотографически записывался его ток действия; затем раздражался продолговатый мозг второго сердца, а первое раздражалось химическими изменениями, происходящими в жидкости; в различные фазы действия жидкости на сердце регистрировалась его электрограмма. В большом числе поставленных опытов удалось обнаружить характерные для раздражения блуждающего нерва изменения зубца Г и при гуморальном действии, чем доказывалась действительная специфичность образующихся при раздражении блуждающего нерва веществ.

Значение работ Brinkman'a и van der Velde, Duschl'a и Windholz'a, Porreger'a и Russo, доказывающих гуморальный перенос на млекопи-

<sup>1)</sup> Работа проф. Самойлова по этому вопросу в настоящее время находится в печати.



тающих, в значительной степени подорвано исследованиями Plattner'a. Все эти авторы пользовались в качестве метода для обнаружения гуморального переноса у млекопитающих введением крови, взятой у животного после раздражения блуждающего нерва. Plattner рядом опытов определенно доказал, что кровь,—так же, как и сердечный экстракт в опытах Loewi,—скоро разрушает Vagusstoff, так что результаты предыдущих авторов, полученные с переносом крови, объясняются лишь различными побочными явлениями во время опыта. Доказать образование Vagusstoff'a у млекопитающих Plattner'y удалось лишь экстрагированием его из сердца. Он нашел, что содержание vagus-гормона в сердце после раздражения блуждающего нерва в 2—6 раз больше, чем до раздражения, причем думает, что это действительно специфическое вещество, а не холин.

Из других авторов, работавших по данному вопросу, следует упомянуть об Iendrassik'e, который исследовал гуморальный перенос с изолированного сердца на кишку кролика. Его опыты могут вызывать меньше возражений, чем опыты на теплокровных из лаборатории Brinkman'a, так как он пользовался не кровью, а солевыми растворами, но все же и они не являются безупречными. Недостатком его методики, могущим до некоторой степени повести к ошибкам является замена жидкости Ringera для промывания сердца жидкостью Tugode путем добавления к ней запасных растворов перед вливанием ее в ванну, в которую была погружена кишка. Жидкость без раздражения блуждающего нерва обычно не оказывала никакого действия на кишку; жидкость из периода раздражения давала более или менее сильное возбуждающее действие; свежий экстракт из предсердий оказывал возбуждающее действие, из предсердий от сердца, которое 1—2 ч. промывалось Ringero'm,—тормозящее.

Все приведенные работы ясно устанавливают механизм действия сердечных нервов: в конечном итоге нервно возбуждение вызывает образование нервными окончаниями веществ, действующих возбуждающим или угнетающим образом на сердечную мышцу. Гуморального переноса от раздражения блуждающего и других парасимпатических нервов, как такового, т. е. вызывания действия на расстоянии, подобно гормону, в условиях целого организма, повидимому, не существует. Это видно из данных Loewi и Plattner'a относительно разрушения Vagusstoff'a сердечными тканями, печенью и кровью. Поэтому неправ, по нашему мнению, Demoor, говоря в своей речи „Les transmissions humorales, leur signification en physiologie et en pathologie“, что „ваго- и симпатикомиметические вещества... передают на расстояние, гуморально, эффекты нервного возбуждения. Они—вестники приказаний, на которые органы отвечают так же точно, как на возбуждения, посылаемые через нервную систему“. Это верно в отношении симпатической системы, но в отношении блуждающего нерва опровергается приведенными опытами Loewi и Plattner'a. Такое разрушение Vagusstoff'a, может быть, имеет даже характер биологического приспособления организма для ограничения действия нервов в определенных органах, где оно в данный момент нужно, и для устранения их влияния на другие органы, участие которых в данной реакции нецелесообразно. В этом, быть может, заключается одно из отличий симпатической системы с ее суммарными, генерализованными реакциями от других отделов нервной системы. В качестве методического приема гуморальный перенос оказался очень ценным способом, при помощи которого удастся, вероятно, выяснить еще много темных сторон перехода возбуждения с нерва на иннервируемые ткани.

## Об ядовитости фенолфталеина.

В. Г. Девриена (Москва).

Фенолфталеин находит еще до настоящего времени, несмотря на обоснованные противопоказания, применение в качестве действующего начала многих т. н. «слабо действующих» слабительных. Число сторонников его применения велико; неудивительно поэтому, что он введен в состав свыше, чем ста двадцати, различных слабительных прописей. Безболезненное, на субъективный взгляд, действие фенолфталеина и отсутствие неприятного вкуса послужили главными причинами его широкого распространения; однако при просмотре литературы об этом средстве возникает сомнение в том, действительно ли его назначение безвредно.

Оказывается, что ряд авторов говорит о возникающих при применении этого средства побочных действиях, иногда принимающих угрожающий характер. Так, во многих случаях, в соответствии с другими данными о токсичности фталевых соединений, наблюдалось появление более или менее длительных и упорных заболеваний кожи. Wise и Abrahamowitz сообщают о 5 случаях сильного повреждения слизистой оболочки и пузырьчатой сыпи, оставившей после заживления пигментацию; эти пигментированные места и по прошествии нескольких лет были хорошо заметны. Rosenbloom наблюдал при применении фенолфталеина сыпь похожую на herpes zoster, Santze сообщает о purpura, A yres—об erythema perstans, а Corson и Sidlick—о похожей на крапивницу сыпи у 40-летней женщины. Scheer и Levin описали появление дерматитов после на значения фенолфталеина, а Bondurant указывает на появление полиморфных пигментированных мест, сопровождавшихся образованием пузырей и иногда переходивших в некроз.

Особенно часто встречаются после приемов фенолфталеина изъязвления во рту и на половых органах. Аналогичное заболевание, наблюдавшееся автором на самом себе, описал Silberstein в 1912 году. Уже при соприкосновении фенолфталеина с языком он почувствовал карболовopodobный вкус; после этого развился очень болезненный крупно-пузырчатый стоматит. Спустя 7 лет этот автор наблюдал у одной пациентки, принявшей в течение 2—3 дней 7 таблеток содержащего фенолфталеин слабительного средства, образование под глазами красной полосы в 3 сантиметра длины и  $1\frac{1}{2}$  сантиметра ширины, состоявшей из мельчайших кровоизлияний. Эта пациентка жаловалась, кроме того, на сильную усталость и отсутствие аппетита.

Более опасное побочное действие фенолфталеина, нежели в описанных выше случаях, имеет место в почках. О легком раздражении почек, выражавшемся в альбуминурии, сообщают Bromberg и Hydrick. Последний мог установить при помощи самых чувствительных реактивов на белок, что дозы фенолфталеина от 0,06—0,12 влекут за собой появление белка в моче в количестве до 0,25%. Rosenthal наблюдал у женщины, принимавшей, с целью похудеть, пилюли с фенолфталеином, наступление желанного похудения, сопровождавшегося, однако, чрезвычайно дурным самочувствием в течение долгого времени. Эта пациентка чувствовала себя чрезвычайно слабой, у ней наступила не поддававшаяся излечению диарея, а затем тяжелый геморрагический нефрит с содержанием 1% белка в моче; в осадке наблюдались зернистые и восковидные цилиндры. Лишь после многодневного лечения автору удалось восстановить силы больной. Такой же тяжелый случай отравления наблюдал Fürbringer у пациентки, принявшей 0,6 фенолфталеина в сутки. В этом случае наступили потемнение сознания, боли в сердце и в крестце, чувство страха, сильная слабость и перебои пульса, а на второй день заболевания наблюдалась анурия. Исследование выделившегося вслед затем небольшого количества мочи подтвердило диагноз тяжелого геморрагического нефрита. Болезненные явления со стороны сердца исчезли лишь после применения сердечных средств, а нефрит—после очень длительного лечения. Аналогичные состояния коллапса, подобно Fürbringer'у, наблюдали также Rühle и Ortneg. Наряду с коллапсом наступала в этих случаях еще диарея и рвота. Best пишет о леченном им отравлении фенолфталеином, характеризовавшемся сильным беспокойством, затруднением дыхания, коликами и сердечбиением. Roux сообщает даже об одном закончившемся смертью отравлении фенолфталеином, главными симптомами которого были бред, кома и цианоз.

Часто встречаются, как следствие отравления фенолфталеином, расстройства отдельных частей пищеварительного тракта, особенно печени. Так, напр., O'Rand наблюдал у трехлетнего ребенка после приема 1,8 фенолфталеина сильный понос, сопровождавшийся сильными болями и желтухой; понос этот длился 3 дня. Zabel наблюдал в одном случае, где слабительное действие фенолфталеина не наступило, острую боль в животе, рвоту, обморок и слабый пульс. О сильных тенезмах после приема фенолфталеина сообщает Unterberg. О вредном действии этого соединения, сопровождавшемся отравлением и испытанном на самом себе, сообщает Holz: приняв фенолфталеин, он проснулся на следующее утро от острых судорожных болей; через некоторое время появились рвота, сильный метеоризм и запор; к вечеру того же дня присоединились боли в области почек; в моче были констатированы белок и эритроциты, но не наблюдалось цилиндров; запор и все описанные явления прошли к концу второго дня. Alexander описывает обострение воспаления почек вследствие принятия фенолфталеина

и три случая кишечных кровотечений. В случае, описанном Schmilinsk'им, можно ясно видеть, как опасны бывают иногда последствия от принятия фенолфталеина в кишечнике, и к каким ложным заключениям они могут приводить. После данного ребенку приема фенолфталеина выявились симптомы, указывавшие на аппендицит. Пользующему врачу не было известно, что ребенок принял 0,2 фенолфталеина. После постановки диагноза аппендицита ребенок был оперирован, но, однако, ничего болезненного в червеобразном отростке и в брюшине у него найдено не было. После операции наступила желтуха, в крови было найдено уменьшение числа эритроцитов вследствие гемолиза, а также гиперлейкоцитоз. Эта гемолитическая желтуха длилась 8 дней. Blumenthal установил у одного из своих пациентов, врача, темную окраску мочи после приема 0,15 фенолфталеина; на следующий день появились рвота, одышка, и наступил общий упадок сил; на второй день появилась желтуха с лихорадкой в 38,8°; моча содержала много белка; при микроскопическом исследовании были обнаружены многочисленные цилиндры, эритроцитов же найдено не было.

Вышеприведенные выдержки из токсикологической литературы ясно указывают, насколько ядовит может быть фенолфталеин. Опасность подобных вредных последствий и отравлений тем более велика, что фенолфталеин входит, повторяю, в состав по меньшей мере 120 различных препаратов, фабрикуемых в различных странах. Вышеуказанные наблюдения должны заставить нас присоединиться к требованию Schliep'a, Schelenz'a и других авторов, требующих замены фенолфталеина другими, более действенными и к тому же неядовитыми препаратами.

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Alexander. Med. Klinik, 1921, № 49.—2) Ayres. Jour. of Am. Med. Ass., 77, № 22.—3) Best. Ztschr. D. Medizinalb., 1906, № 12.—4) Bondurant (Oklahoma). The Urologic and Cutaneous Review, 1926, t. 30, № 10.—5) Bromberg. Apothekezeitung, 1916, № 65.—6) Corson a. Sidlick. Journ. Am. Med. Assoc., 1922, 78, p. 882.—7) Fürbringer. Deut. m. Woch., 1917, № 27.—8) Holz u. Blumenthal. Med. Klinik, 1905, № 33; Berl. klin. W., 1905, № 29.—9) Hydric k. Journ. of biol. chem., 1914, t. 17, p. 36.—10) Lewin. Arch. f. Derm. u. Syph., 1925, Bd. 11, S. 870.—11) Orland. Med. Klinik, 1913, № 17.—12) Ortner. Vorlesung über spezielle Therapie, 1907.—13) Rosenbloom. Journ. Am. Med. Assoc., 1922, p. 967.—14) Rosenstein. Münch. med. Woch., 1920, № 9.—15) Roux. Therapeut. Monatsber., 1914, № 7.—16) Rühle. Klin.-therap. Woch., 1914, № 23.—17) Schliep. Münch. med. Woch., 1919, № 45.—18) Schmilinsky. Deut. med. W., 1922, № 39.—19) Silberstein. Therap. Halbmonatshefte, 1921, № 11.—20) Scheer. Arch. f. Derm. u. Syph., 1924, Bd. 9, S. 264.—21) Sautze. Bull. Soc. des sc. med. et biol. de Montpellier, jan. 1923, p. 1920.—22) Unterberg. Therapie der Gegenwart, 1902.—23) Wise and Abramowitz. Arch. of derm. a. syph., 1922, 5, p. 297.—24) Zabel. Deut. m. Woch., 1916.

## Рефераты.

### а) Туберкулез.

401. К методике исследования *Ko с h'овских палочек*. Gutman n (Beitr. z. Kl. d. Tbc., Bd. 66, H. 3) рекомендует пользоваться для этой цели Dunkelfeld'ом. По его наблюдениям: 1) в затемненном поле облегчается нахождение палочек, в особенности при скудном количестве их; 2) контрастная окраска не только не скрывает бацилл, но дает возможность видеть и др. составные части мокроты; 3) исследование в Dunkelfeld'e технически просто и доступно каждому врачу. Исследование кала и мочи на бациллы *Ko с h'a* ведется по тому же принципу.

М. Ойфебах.

402. Значение наследственности при тbc. В редow (Zeit. f. Tbc., Bd. 46, H. 6), обследовав 2000 тbc больных, лечившихся в санаториях, нашел, что лишь 40% из них принадлежало к числу наследственно отягощенных, а почти у 60% никакого

отягощения не было. Не представляли эти две группы больных какой-либо разницы и в степени развития тbc. Наконец, нельзя было между ними подметить разницы и в смысле успеха лечения. Р.

403. *Гэматогенная генерализация тbc.* Добромьльский (Вопр. Туб., 1927, № 7) приводит редкий случай поражения туберкулезом щеки, верхней губы и десны у взрослого больного, страдавшего одновременно тbc легких, гортани и кишек. Автор трактует этот случай, как случай генерализации тbc процесса гэматогенным путем, наступившей после ряда неблагоприятных моментов (голод, цынга). Наблюдавшееся у больного развитие поражения гортани сначала в черпа-ловидных хрящах, а лишь затем во всем наружном кольце гортани еще больше подтверждает гэматогенное, а не ингаляционное заражение (Blumenfeld).

М. Ойфебах.

404. *Туберкулез легких и кожи.* Iordán (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 150) подтверждает мнение авторов относительно редкости одновременного заболевания тbc легких и тbc кожи. Но зато при легочном тbc встречаются относительно часто другие кожные заболевания. На материале в 300 случаев автор видел: экзему — в 4%, hypertrichosis — в 33%, seborrhoe головы — в 16%, pityriasis versicolor — в 3%, атрофию кожи — в 8%, aspe vulgaris — в 10% и т. д. Автор усматривает причину этих кожных заболеваний в изменении функции желез внутренней секреции под влиянием тbc.

М. Ойфебах.

405. *Хирургическое лечение двустороннего тbc легких.* Borchartt, Dünneg и Mescklenburg (Med. Klin., 1927, № 4) применяют при двустороннем тbc легких с более пораженной стороны пнеймоторакс, а с другой — френисектомию. В случаях, где повреждения расположены симметрично, френисектомию лучше применять на стороне, которая представляется клинически и радиографически более предрасположенной к склерозу, пнеймоторакс же применяется на той стороне, где есть каверна. Во всех случаях рекомендуется в первое время производить один пнеймоторакс, френисектомия же должна быть произведена с противоположной стороны через 1 или 2 недели. Практически полезно повторять небольшие вторичные вдувания с промежутками, продолжительность которых определяется состоянием больного, обилием мокроты и т' кривой. Указанный метод был применен авторами в 8 случаях, причем в 4 он дал улучшение, в остальных — смертельный исход. В заключение авторы указывают, что несмотря на свою кажущуюся простоту, френисектомия нередко сопровождается осложнениями и может быть доверена лишь операторам, хорошо знакомым с хирургией шеи. П. Шидловский.

406. *Двусторонний пнеймоторакс при тbc легких.* Maendel (Wien. kl. Woch., 1927, № 11), изучая результаты лечения тbc легких двусторонним пнеймотораксом, пришел к заключению, что одновременное выполнение искусственного пнеймоторакса с обеих сторон является нежелательным. Более выгодно производить эту операцию сначала с одной стороны, потом с другой. М. Ойфебах.

407. *Идеальный пнеймоторакс.* Оеконотороуло и Рараниколау (Zeit. f. Tub., 1927, № 2), разбирая вопрос об идеальном пнеймотораксе, высказываются что пнеймоторакс, при котором происходит колябирование пораженной части легкого и манометральное давление не переходит 0, не уступает в своем терапевтическом эффекте тотальному пнеймотораксу М. Ойфебах.

### б) Внутренние болезни.

408. *О травматическом диабете.* Проф. Umberg и доц. Rozenberg (Klin. W., 1927, № 1) не находят ни одного неопровержимого — ни экспериментального, ни клинического — доказательства в пользу того, что какое-нибудь повреждение может вызвать настоящий диабет. Зато несомненно, что от тяжелых телесных или душевных травм может возникнуть экстраинсулярная гликозурия. Равным образом каждая телесная или психическая травма может ухудшать имеющийся диабет, а следовательно — делать явным скрытый.

409 *К вопросу о грудной жабе.* В лекции своей о грудной жабе проф. F. Küls (Klin. Woch., 1927, № 20) так итотирует современное состояние учения об ней: главными симптомами болезни являются сопровождаемые страхом смерти стеснение сердца и боль, распространяющаяся в плечи, руки, плечо и подбородок, или epigastrium и половые органы; толчком к припадку служат: телесное напряжение,

психическое возбуждение, ветер, холод, переполнение желудка, тяжелые заболевания женской половой сферы, иногда же приступ появляется без всякого повода ночью; анатомическую подкладку составляют дегенеративные или воспалительные (lues) изменения венозных сосудов или восходящей аорты, при остром течении— часто эмболии венечных сосудов; длительность легких припадков—несколько секунд, средних—от нескольких минут до 1/2-часа, а тяжелых—до 2 суток. Предсказание зависит от тяжести припадков (длительность их, сильная боль, большое повышение давления или коллапс), частоты их, возраста больного и степени дегенеративных изменений в сердце и сосудах; весьма серьезно сочетание с сердечной астмой. При отличительном распознавании надо иметь в виду: *asthma cordiale*, сосудодвигательный нейроз, *dyspragia intermittens intestinalis*, аневризму брюшной аорты, сухоточные кризы, межреберную нейралгию, *pleuritis diaphragmatica*, прободную язву желудка, желчную и почечную колики. Из лекарств наивернейшим остается нитроглицерин; в тяжелых случаях уместен морфин в свечках (save подкожных впрыскиваний, —смерть при явлениях отека легких!); временно очень хорошо действует диатермия. При гипертонии часто наступает длительное улучшение болезни после венозного кровопускания (150—200 куб. сан.) Табак запрещается безусловно; паравертебральные впрыскивания эйкаиана в 1% растворе действуют недолго. С. С-в.

410. *К патологии грудной жабы*. E. Wolff (Kl. Woch., 1927, № 36) видит в приступе грудной жабы последние слабости левого желудочка, стоящей на первой ступени недостаточности. При такой слабости внезапное повышение сопротивления в периферическом кровообращении или внезапное же усиление прилива крови к сердцу,—моменты, повышающие работу последнего,—могут вызвать увеличение остатков крови в левом желудочке, его растяжение и повышение внутривентрикулярного давления. Одновременно усиливаются сокращения желудочка. Силы эти могут прерывать ток крови в венечных артериях путем сдавливания их, последствием чего являются застой и растяжение в проксимальной части венечных сосудов и в начале аорты. Это механическое воздействие и бывает адекватным раздражением для сопровождающей грудную жабу боли. С. С-в.

411. *Phrenicus-феномен*. Березкин (Кл. Мед., 1927, № 11—12) в 25 случаях, проверенных на операционном столе, мог констатировать *phrenicus*-феномен (наличие болезненной точки между ножками *m. sternocleidomastodei*) в 80%. Наличие этого симптома указывает, по автору, не только на холестиит, но и на присутствие камней. Впрочем В. видел его и в случаях застойной печени и даже при полном отсутствии желчного пузыря. Феномен этот является ценным дифференциально-диагностическим признаком для отличия указанных заболеваний от язвы желудка и 12-перстной кишки, аппендицита, пиелита и почечных камней, при которых он никогда не наблюдается. М. Ойфебах.

412. *Лечение легочных кровотечений*. По H. G a u (Deut. m. W., 1927, № 4) при легких кровохарканиях гокой в постели абсолютно необходим. Врачебное исследование во время легочного кровотечения, конечно, недопустимо. При кровотечении из нижней или средней долей легкого лежание на спине действует неблагоприятно. Средств, действующих местно или через стягивание сосудов, при легочных кровотечениях применять не следует, как равно надо по возможности избегать и морфия. Для усиления свертываемости крови полезна поваренная соль внутрь или в вену (5 кв. стм. 10% раствора). Помогает свертыванию также пузырь со льдом на затылок или на грудь. При больших и повторных кровотечениях из легких показается операция искусственного пнеймоторакса. С. С-в.

413. *Препараты ephedrae vulgaris при эмфиземе и бронхите*. S a x l (Wiener kl. W., 1927, № 23) горячо хвалит лечение старческой эмфиземы и хронического бронхита новыми препаратами *ephedrae vulgaris*—эфедрином и изомерным ему, синтетически приготавливаемым эфетонином. То и другое средство дается в таблетках, по 3 раза в день. Применив их у 11 больных от 54 до 78 лет, страдавших сильнейшей одышкой, автор у 8 из них получил весьма резкое улучшение. С. С-в.

414. *Бром против сенного насморка* советует проф. N a m b u r g e r в Граце (Münch. med. W., 1927, № 20). Обыкновенно достаточно бывает принимать по 1,0 бромистого натра утром и вечером, особенно же хорошо помогает здесь седоброд, по лепешке в 1/2 стакана горячей воды, тоже дважды в день. Действие наступает иногда очень быстро, уже на другой день, порою же только

через 2—3 дня, а в некоторых случаях оно бывает слабым, или и вовсе не наступает. Во всяком случае лечение надо продолжать самое меньшее неделю.

*С. С-в.*

415. *Пирамидон при ревматизме.* В случаях ревматизма, острого и хронического, не поддающихся салициловому натру, Schottmüller (Münch. m. W., 1927, № 29) с успехом применяет пирамидон по 0,3 5—10 раз в день. Средство это можно давать без вреда неделями. Неприятные побочные явления вроде тяжести в голове наблюдаются при нем несравненно реже и слабее, чем при салициловом натре.

*С. С-в.*

416. *Пирамидон против икоты.* По Schottmüller'y (Münch. m. Woch., 1927, № 20) таблетка в 0,3 или 0,5 пирамидона, будучи дана в начале приступа икоты, обычно обрывает последнюю. При возобновлении икоты средство это повторяют, причем, по автору, без вреда можно давать за сутки 5 и более раз по 0,5 пирамидона.

*С. С-в.*

417. *Удаление мозга из трубчатых костей, как средство против злокачественного малокровия,* рекомендует Neuburger (Münch. med. W., 1927, № 21). Операция эта технически проста и требует всего нескольких минут; производится она под хлористым этилом и при местном обезболивании, во всякой стадии болезни. После нее часто наступает резкое укрепление организма, причем средства, раньше не помогавшие, как мышьяк, начинают снова действовать. Автор описывает случай болезни у 43-летнего бухгалтера, которому в июле 1921 г. было произведено, как последнее средство, удаление костного мозга из правой бедренной кости. Уже на другой день оперированный почувствовал себя бодрее и свежее, шум в ушах и давление в голове у него исчезли, появился аппетит, а через 10 дней обнаружилось улучшение и в составе крови. Улучшенное состояние держалось 2 года, и только в 1925 г. состав крови снова ухудшился, а в апреле 1926 г. число красных телец упало до 1,1 милл., при 23 Нв. по Sahli (перед операцией 2,6 и 57). В мае 1926 г. вторая операция, на левом бедре, опять с весьма благоприятным результатом,—уже в августе того же года оперированный снова стал вполне работоспособным и свежим.

*С. С-в.*

418. *Сера против остриц.* Nottebaum (Deut. m. Woch., 1927, № 7) дает при острицах у взрослых sulfur praecipit. вместе с pulv. liquoritiae compos. а в течение 8 дней, трижды в день, по чайной ложке после еды; затем, после 8-дневного промежутка, лечение это надо повторить.

*С. С-в.*

## б) Хирургия.

419. *Болезни рук у музыкантов-пианистов.* Проф. С. Л. Тимофеев (Нов. Хир., 1927, № 5) находит, что болезнь эта чаще всего симметрична и является результатом проявления конституциональных патологических недостатков в организме, а равно скрытых до того поражений нервной системы. Патолого-анатомические картины ее могут зависеть или от экссудации и отложения фибрина с последующим реактивным воспалением, или от функциональной травмы, в которой могут участвовать шарпеевские волокна, надкостница, связки и, конечно, нервы и мышечные волокна.

*П. Циликес.*

420. *К лечению паронихии.* Креске (Münch. med. W., 1927, № 2) рекомендует лечить паронихию, по Denks'y, серой ртутной мазью, которая накладывается на лоскут материи слоем толщиной в спинку ножа, и этим лоскутом обертывается больной палец,—все равно, имеется ли только краснота, или уже появился гнойный пузырь. Повязка оставляется на пальце в течение 8 дней. На случай болей в первую ночь больному дается прием морфия. Со второй ночи боли обычно исчезают, а через 8 дней рука делается совершенно работоспособной. За 3 года, в течение которых автор применяет такое лечение, ему не приходилось ни делать разрезов, ни удалять ноготь.

*С. Г-в.*

421. *Отдаленные результаты ампутации груди по поводу рака.* Moschowitz, Colp и Klingenstein (ref. Jour. de chir., 1927, № 5) из 374 наблюдавшихся в течение 1915—1925 г. г. случаев рака груди могли проследить 139 случаев, оперированных путем ампутации грудных желез. Болезнь оказалась тем более злокачественною, чем моложе была больная. Продолжительность времени между констатированием раковой опухоли и операцией была 6 мес. Опухоль находилась почти одинаково часто с левой и правой стороны преимущественно

в верхне-наружном квадранте. В 52%, не было рецидива в течение 3 лет, в 34%—в течение 5 лет, в 16%—в течение 8 лет и в 4%—после 10 лет. У 2 больных был рак обеих грудей; одна из этих больных жива уже 14 лет после операции, другая 7 лет. 6 больных пользовались радиотерапией до и после операции; у 3 из них был рецидив, 3 других живут после операции 2, 3 и 5 лет. *П. Шидловский.*

422. Для пластического закрытия больших дефектов после ампутации грудной железы G r u c a (Zentr. f. Chir., 1927, № 21) с успехом применил лоскут на пожке, взятый из нижнего края раны; образовавшийся при этом новый дефект кожи автор закрыл вторым нижним лоскутом. *П. Цимхес.*

423. *Ramisectio (ramicotomia cervicalis)*, как хирургический метод борьбы с различными болевыми ощущениями, рекомендует L e r i c h e (В. Хир. и Погр. Обл., кн. 25, 1927). Его исследования показали, что раздражения, в виде электризации и пощипывания, *rami communicantes* вызывают следующие явления у человека:  $C_2$  и  $C_3$ —болезненные ощущения на уровне уха и зубов нижней челюсти, ритмичное сужение и расширение зрачков в сопровождении выпячивания и западения глазного яблока,  $C_7$ —острые боли в руке,  $C_8$ —боль в нижнем углу лопатки. Раздражение верхнего полюса *ganglion stellatum* вызывает очень острые боли в руке, раздражение нижнего полюса того же самого *ganglion'a*—боли в предсердечной области. Автор полагает, что *rami communicales cervicales* заключают в себе только центrostремительные волокна. Техника рассечения *rami communic. plexus brachialis* такова: местная анестезия; разрез в 6—7 см. между головками грудинноключично-сосковой мышцы, перезка *m. omohyoidei* и апоневроза, жировая клетчатка подключичной впадины откидывается, внутренняя яремная вена отстраняется кнутри вместе с сонной артерией, и между *m. scalenus* и сосудами отыскивается вертикальная часть *art. thyreoid. inf.*, позади и кнутри от которой доходит до позвоночной артерии; оттянув последнюю кнаружи, освобождают ганглий, перерезают 1—2 ветви у его верхнего полюса, после чего ганглий делается подвижным, и становится возможным перерезать все остальные ветви. Поднявшись, по освобождении верхнего края ганглия, вверх, вдоль цепи до уровня горизонтальной части *art. thyreoidae*, находят 5-ый *ramus communicans*, рассечением коего заканчивается *ramicotomia* от 5 C до 1 D включительно. Чтобы подойти к 2 C до 4 C, следует идти позади *st.-cl.-mastoidei*, где отыскивается *gang. cervicale superius* и верхняя часть цепи. Если решено рассечь все ветви, лучше всего идти через *m. st.-cl.-mast.* сверху вниз. Таким образом, рассекая лишь шейные ветви *sympathicus'a* и отнюдь не трогая самих ганглиев, Л. прооперировал 4 случая грудной жабы, 3 случая болезни *R a u p a u d*, 4—болезненных культей, 3—симпаталгий, известных прежде под именем восходящих невритов, и 1—сирингомиеэлии. Результаты сам автор считает превосходными. В некоторых случаях после *ramisectio* наблюдались, большей частью преходящие, осложнения в виде болевых ощущений, мышечные расстройства (атрофия), вазомоторные нарушения. Несколько дней после операции часто наблюдаются сухость в горле, затруднение глотания и перемена тембра голоса. Автор приходит к убеждению, что *ramicotomia cervicalis* должна отныне занять одно из первых мест среди методов лечения болевых синдромов конечностей. *М. Фридланд.*

424. *Ratania при язвах.* Goldhammer (Derm. Woch., 1927, № 16) рекомендует мазь с *extr. rathaniae* для лечения хронических, упорно не заживающих язвенных процессов. Автор применяет мазь следующей прописи: *Extr. Rathan. 10,0, thymoli 1,0, ungu. simpl. ad 100,0*. Из 180 случаев (варикозные язвы, мягкий шанкр, ожоги, травматические язвы и пр.), леченных указанной мазью, в громадном большинстве получился хороший результат, в особенности при варикозных язвах и мягком шанкре (после предварительного применения прижигающих средств). По мнению автора вытяжка ратании проявляет кератопластическое и вяжущее действие, благодаря содержанию в ней дубильной кислоты; незначительное дезинфицирующие ее свойства усиливаются прибавлением 1% тимола.

*Н. Яснитский.*

425. *Аутогемотерапия при желудочных послеоперационных кровотечениях.* R a u s c h (Deut. Zeit. f. Chir., 1926, № 1—2) в 9 случаях желудочных послеоперационных кровотечений, очень тяжелых и стойких, прибегал к помощи аутогемотерапии и во всех случаях получил быструю остановку кровотечений. С тех пор автор в тех случаях, где опасается этого осложнения, принял за правило—производить профилактически внутримышечную инъекцию 10—20 куб. с. собственной крови больного. В серии из 46 новых случаев он не наблюдал при этом ни одной геморрагии. *П. Шидловский.*

426. *Внутривенные впрыскивания пилокарпина, как средство против послеоперационного задерживания мочи*, хвалит Hinrichsen (Deut. med. W., 1927, № 21), применивший пилокарпин с постоянным успехом в 38 случаях грыже-сечения. Впрыскивался пилокарпин в дозе 0,01, обыкновенно в то время, когда пузырь на 3 поперечных пальца возвышался над симфизом. В большинстве случаев было достаточно одного впрыскивания, чтобы вызвать мочеиспускание; в крайне редких случаях его приходилось повторять. *С. С-в.*

### г) Офтальмология.

427. *Ихтиоловая мазь после глазных операций*. E. Schall (Z. f. A., 1926, В. 60, Н. 3/4) в целях предотвращения склеивания краев век после операций на глазном яблоке рекомендует применять повязку с ихтиоловой мазью (ихтиола 1 ч., вазелина 2 ч.). Такая повязка предохраняет конъюнктивальный мешок от плотного замыкания и предотвращает скопление в нем секрета с одной стороны, а с другой позволяет при перемене повязки избежать давления на глазное яблоко и растяжения спаявшихся краев раны. Ихтиоловая мазь наносится на кусочки борланта. У всех пациентов при снятии повязки глаз открывается самопроизвольно, без посторонней помощи. Такое преимущество ихтиоловой повязки основано на задерживающем свертывание, а не на дезинфицирующем свойстве ихтиола, что автор проверил экспериментальным путем. *Е. Волженский.*

428. *К применению глаукозана*. Wegner (Z. f. A., 1926, В. 60, Н. 3/4) проводил опыты применения глаукозана при простой глаукоме (13 сл.), абсолютной (2 сл.), гидрофтальме (2 сл.), глаукоматозном ирите (6 сл.) и при поражении радужки (35 сл.), причем оказалось, что хороший результат от подконъюнктивальных инъекций глаукозана получается в тех незапущенных случаях простой глаукомы, где внутриглазное давление колеблется около верхней границы нормального, где эзерин и пилокарпин не достигают цели; напротив, при абсолютной глаукоме и гидрофтальме применение его безрезультатно. Второй областью применения глаукозана является свежий ирит различной этиологии, где при помощи этого средства можно достигнуть разрыва задних синезхий, противостоящих самым сильным дозам атропина. По мнению автора глаукозан скорее удержится при лечении иритов, особенно в комбинации атропина с кокаином, чем при лечении глаукомы, так как при первых от этого средства можно достигнуть действительного излечения, при глаукоме же—только преходящего состояния покоя или даже ничего. *Е. Волженский.*

429. *Иод при глазных болезнях*. Проф. zur Nedden (Z. f. A., 1927, В. 61, Н. 4/5) около трех лет практикует при заболеваниях глаз наружное применение иода в виде раствора (1:1000 с прибавлением 10,0 подистого кали), или мази (jodi puri 0,1, vaselini 20,0). Подотерапией он преследует двоякую цель: 1) уничтожение микробов, 2) возбуждение воспалительной гиперемии. Преимущество иода перед другими дезинфицирующими средствами, по мнению автора, заключается в том, что он глубоко проникает в ткани, не причиняя каких-либо повреждений. Еще более важным фактором является развитие гиперемии, которая улучшает всасывание и способствует подвозу защитных тел в болезненный очаг. Наиболее подходящим для этого метода лечения заболеванием Nedden считает катарр слизистой оболочки слезного мешка, где нагноение ослабевает после промываний подистым раствором в течение 2 дней, а совершенно исчезают пневмококки после 4—6 дней. Катарральные заболевания конъюнктивы, как острые, так и хронические, в том числе и трахома, напротив, труднее поддаются иодотерапии. За то последняя дает успех при экзогенных инфекционных заболеваниях и поверхностных повреждениях роговицы, далее—при туберкулезных заболеваниях роговицы и склеры. Субконъюнктивальные инъекции подистого раствора с успехом применялись автором также при хроническом серозном иридоциклите и при отслойке сетчатки, но все же главной областью иодотерапии Nedden считает заболевания слезного мешка и роговицы, а равно скрофулез и тbc глаза. *Е. Волженский.*

### д) Акушерство и гинекология.

430. *К распознаванию разрыва плодного пузыря при родах*. Gold (Zentr. f. Gyn., 1927, № 27) рекомендует для этого исследовать реакцию влагалищного секрета на лакмус: до разрыва плодного пузыря реакция эта в огромном большинстве случаев бывает кислой (из 152 случаев автора—в 147), после же разрыва—всегда щелочной. Конечно, при этом надо исключить наличие в рукаве крови, жидкостей для спринцевания, мочи и пр. *П. Маненков.*



431. *О гормональных причинах роста грудной железы.* Max Ernst (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 202, H. 4) наблюдал при парабиозе молодой крысы с беременной гиперплазией грудной железы у первой в такой степени, что во время течки mamma достигала величины грудной железы беременной крысы. При парабиозе кастрированных животных с беременными автор наблюдал, что грудная железа, подвергнувшаяся у кастрированных животных сильному обратному развитию, остается таковой и при соединении с беременными крысами. *И. Циммес.*

432. *Влияние препарата осента на секрецию молока* изучил Rendtorf в Копенгагене (по Ver. ii. d. g. G., Bd. XI). Осента состоит из экстрактов гипофиза и плаценты, витаминов, органических и неорганических соединений фосфора, кальция и железа, гемоглобина, растворимого белка и углеводов. Препарат дается 3 раза в день по чайной ложке в молоко. Дети матерей, которые получали осента, в течение первых 11 дней обнаружили прирост в 150,0 в то время, как другие дети дали только 131,0. Автор рекомендует этот препарат для кормящих женщин. *А. Т.*

433. *Сколько молока может давать кормящая женщина?* Обычно максимальную суточную продукцию молока у женщины определяют в 3½ литра. Kollmann (Arch. f. Kinderheil., Bd. 80, H. 2) наблюдал, однако, 23-летнюю женщину, родившую во 2-й раз, которая давала в течение 51 недели ежедневно около 4½ литров. Общее состояние ее при этом было превосходно, вес оставался постоянным, появление месячных не отразилось на лактации. *Р.*

434. *Объективный контроль обратного развития мышц брюшного пресса в послеродовом периоде.* Siedentopf (Mon. f. G. u. G., Bd. 73, H. 3/4), сконструировал аппарат, при помощи которого можно определять работу мышц брюшного пресса и таким образом судить об их состоянии и степени обратного развития в послеродовом периоде. Лучшие в смысле обратного развития результаты получаются от применения эластического бинтования, затем следуют тепло-влажные обертывания. У первобеременных обратное развитие идет хуже, чем у много-рожавших, но конечный результат его лучше. *А. Т.*

435. *Показания к аборту* излагает Hartmann (Gynécol. et obst., 1926, № 6) в связи с юридическими и религиозными представлениями во Франции. С медицинской точки зрения автор делит показания эти на три группы: 1) абсолютные показания, к которым относятся заболевания, безусловно угрожающие жизни матери (нефрит беременных, неукротимая рвота, пернициозная анемия и т. д.); 2) относительные показания, к коим относятся заболевания, могущие ухудшиться при беременности (напр., тbc); 3) показания социального или эвгенического характера. Юридическая сторона дела очень сложна, так как французский закон ни при каких обстоятельствах не разрешает искусственного прерывания беременности, причем в этом отношении он встречает поддержку во взглядах Церкви. При таком положении вещей в случае необходимости произвести аборт врач принужден вступать в моральный и душевный конфликт, а больные женщины страдают оттого, что руки врача связаны. Для урегулирования этого вопроса автор предлагает при производстве аборта по абсолютным показаниям приглашать на консилиум другого врача, а при аборте по социальным показаниям устраивать как-бы третейский суд, в котором интересы больной защищает лечащий ее врач, интересы государства—правительственный врач, а в качестве третьего лица приглашается врач или юрист, по своим знаниям и моральным качествам вполне достойный. *А. Т.*

436. *Статистические данные относительно узких тазов у белых и черных женщин* сообщают Whitridge Williams и Ko Chi Sun на основании материала Johns Hopkins Hospital'a с 1896 по 1924 г. (по Ver. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI). На 6,407 родов у белых и 5,223 родов у черных женщин авторы наблюдали 3,100 случаев сужения таза в смысле Michaëli'sa и Litzman'a, причем 577 случаев относятся к воронкообразному сужению таза с диаметром между tubera ischii в 8 и меньше сант. Общесуженный таз встречается в 4 раза чаще у негритянок. Рахит у них встречается в 18,5 раз чаще, чем у белых. Воронкообразная форма сужения таза одинаково свойственна тем и другим. Чистая форма плоского таза является по преимуществу уделом женщин белой расы. Среди негритянок отмечается увеличение количества узких тазов, которое с 1910 года достигло 6%. У женщин черной расы сравнительно большее количество родов

протекает самостоятельно, что авторы ставят в связь с меньшим весом у них плодов, меньшими размерами и большей конфигурабельностью головки и более энергичной родовой работой. Общесуженный таз, по авторам, есть проявление дегенерации, в соответствии с которой находятся величина и вес плодов. Смертность от послеродовых заболеваний у черных в 3,8 раза выше, чем у белых женщин, что находится в зависимости от более слабой их сопротивляемости к инфекции. Смертность детей при узких тазах у белых женщин равна 12,11%, у черных — 11,71%. В зависимости от методов терапии при узком тазе, каковые за отчетный период несколько раз менялись, результаты для детей были различны и особенно благоприятными стали за последний период, с 1910 года, когда более широко стало применяться кесарское сечение.

А. Тимофеев.

437. *Лечение хронической гонорреи у женщины прививкой малярии.* Lenzmann (реф. Zentr. f. H. u. G., 1927, XXIII, N. 3/4), на основании случайных наблюдений над хорошим течением хронической гонорреи у сифилитиков, леченных прививкой малярии, испробовал эту прививку у 68 женщин и 5 мужчин, страдавших хронической гонорреей, не поддававшейся обычным методам лечения. В 78% получилось при этом полное излечение (проверенное различными методами провокации). Столь благоприятный результат прививки объясняется усилением реактивной способности организма. Техника прививки малярии при гоноррее такова же, что и при сифилисе (внутривенное введение крови, взятой от малярика).

А. Вайнштейн.

438. *Аменоррея, как результат сифилитического поражения инкреторных желез.* Lewith (Derm. Woch., 1927, № 27) приводит один интересный случай подобного рода. Женщина 32 лет, с явлениями гумозного сифилиса, заразившаяся 15 лет назад, проработала вначале заболевания 1 курс специфического лечения. Через 5 лет после того роды мертвым плодом. До родов менструации нормальны, после родов в течение 10 лет аменоррея; кроме того, у больной отмечались алопеция и гипоплазия наружных половых органов. После назначения специфического лечения (Neo и Bi) через 19 дней — менструации, продолжавшиеся 4 дня. Яичники при пальпации особых изменений не представляли. Автор полагает, что здесь прекращение месячных имело место в зависимости или от сифилитического поражения гипофиза (хотя рентгеноскопия и не обнаружила патологических изменений в области sellae turcicae), или от поражения центра генитальной трофики, расположенного, по Раабу, на дне третьего желудочка.

Н. Яснитский.

### е) Эвтропатология и психиатрия.

439. *О головокружении.* По E. Meyer (Deut. med. W., 1927, № 21) головокружение всегда бывает вестибулярным, причем vestibulum поражается то прямо, то непрямо. Чувство головокружения складывается из компонентов двигательных и чувствительных (тошнота, тошнливость, мелькание в глазах, шум в ушах, пот и т. д.). Кроме болезней внутреннего уха оно встречается особенно часто при малокровии, острых заразных болезнях, отравлениях (алкоголь, никотин, свинец), расстройствах зрения, органических и функциональных заболеваниях нервной системы, артериосклерозе, падучей. Лечить надо основную болезнь; припадочным назначаются бром с препаратами валерианы, поясничный прокол, физические способы лечения.

С. С-в.

440. *Новое болеутоляющее и снотворное — аллонал.* По Seemén (Münch. m. W., 1927, № 1) средство это, представляющее собою комбинацию аллилизопропилбарбитуровой кислоты с амидопирином, заслуживает широкого применения при болях и бессоннице, особенно зависящей от болей. Дается оно по 1—2 и более таблеток на прием, в горячем чае или воде. Действие его — верное, без дурных побочных влияний; ни привыкания, ни кумуляции при его употреблении не наблюдается. Противопоказано оно при высокой лихорадке со слабостью вазомоторов, какая бывает у больных с сильно развитой легочной чахоткой (здесь аллонал вызывает резкое понижение t° с потом и явлениями коллапса).

С. С-в.

441. *Лечение остро го энцефалита.* В. Glesinger (Med. Klin., 1927, № 4) получил при этой болезни очень хорошие результаты от внутривенных впрыскиваний уротропина по 8,0 pro injectione и pro die. Результаты бывают еще лучше, если к впрыскиваниям уротропина присоединить интравенозные инъекции сальварсана и осторожную протенную терапию.

Р.

442. *Лечение спинномозгового сифилиса и спинной сухотки прививками малярии.* Dreyfus и Hanau (Klin. W., 1927, № 13) убедились, что некоторые припадки при таком лечении улучшаются, но иногда результата не бывает видно вовсе. Опасно это лечение своим влиянием на кровеносную систему, почему со 2-го или 3-го припадка рекомендуется прибегать к возбуждающим (кардиазол, камфора, лексетон, кофеин и т. д.), — только не к наперстянке, из-за опасности тяжелой брадикардии при последующем лечении хинином; с 4-го же приступа лихорадка устраняется или ослабляется хинином. Всего можно дать больному проделать от 10 до 19 приступов. Противопоказаниями служат: тяжелые болезни органов кровообращения и другие органические болезни обмена, алкоголизм и галопирующий паралич. Больные с неслишком тяжелыми гипертониями, — с давлением ниже 200 мм. ртутн., — выносят лечение малярией хорошо, причем кровяное давление у них на долгое время понижается. С. С-в.

443. *Лечение прогрессивного паралича прививкой культур бледной спирохеты.* S a g e l (Zentr. f. H. u. G., 1926, Bd. XXI, H. 9/10, реф.) у тех прогрессивных паралитиков, которые не поддавались лечению искусственно вызываемой малярией и recurrens'ом, прививал культуры spir. pallidae. На месте вакцинации наблюдалось незначительное воспаление, а спустя 24—48 часов на этом месте развивалась резко ограниченная краснота, напоминавшая люэтиновую реакцию и исчезающая через 24 часа. Прививки spir. pallidae у прогрессивных паралитиков протекали без клинических симптомов. Из 10 леченных таким образом больных у 7 автор получил клинический и серологический успех. А. Вайнштейн.

### ж) Сифилитология.

444. *Уменьшается-ли заболеваемость сифилисом?* J a d a s s o h n (реф. Zentr. f. H. u. G., V. 22, H. 11/12), собрав анкетным путем данные от 50 венерологов Европы, устанавливает всюду резкое падение заболеваемости сифилисом; под сомнением остаются лишь Россия и Франция. Уменьшение сифилиса надо отнести в первую очередь за счет введения салварсана. Второй вопрос анкеты, — участился-ли с введением салварсана neuroloues, и наступает-ли он теперь раньше, или запаздывает, — не получил полного освещения. Попутно из той же анкеты выяснилось, что, в противоположность сифилису, кривая заболеваемости гонореей нигде не обнаруживает падения. А. Вайнштейн.

445. *RW в молоке робыльниц.* По Rottmann'у и Franken'у (Klin. Woch., 1927, № 2) реакция Wassermann'a в молоке кормящих дает вполне пригодные для диагноза показания. Положительной, однако, она бывает лишь в первые дни после родов, когда в молоке содержится еще молозиво. По Hаскеман'у (Münch. med. W., 1926, № 42) это зависит оттого, что молозиво богато глобулинами, а RW, подобно другим сывороточным реакциям, идет параллельно содержанию глобулинов. P.

446. *Люэтиновую реакцию при сифилисе* проверили Lehner и Rajka (Derm. Woch., 1927, № 15) на 278 сифилитиках и 89 здоровых. У здоровых реакция давала неизменно отрицательный результат (в то время, как другие авторы пмели в 7—10% положительный результат). Сифилитики в 38,8% (108 сл.) реагировали положительно (L I с+RW—4 сл., L I с—RW—2 сл., L II—17 сл., L II lat.—50 сл., L III—15 сл., L III lat.—6 сл., neuroloues—10 сл., висцер. сиф.—2 сл., врожд. сиф.—2 сл.), в 12 случ. (4%) реакция была сомнительной и в 158 (58%) — отрицательной. В первичном периоде сифилиса положительная реакция наблюдалась в 24%, во вторичном — в 32%, в третичном — в 84%, при нейролюэсе — в 58%. В 48 случаях было проверено влияние специфической терапии на реакцию, причем оказалось, что в 26 сл. последняя сделалась более слабой, в 14 — усилилась и в 8 осталась без изменений. H. Яснитский.

447. *Серодиагностика сифилиса по методу Каир'а.* Одна из модификаций Wassermann'овской реакции, — метод Каир'а — как известно, главное внимание уделяет комплекменту, титруя его per se, в присутствии нормальной сыворотки, сифилитического антигена и антигена совместно с нормальной сывороткой. Достоинством метода является питательная титрация комплекмента, недостатками: 1) применение только одного сифилитического антигена (что чревато опасностями в смысле неспецифических задержек и что невыгодно отличает данный метод от русской инструкции — работать с двумя антигенами, из которых один

неспецифический. Реф.), 2) введение в опыт «нормальной» сыворотки (и нормальные сыворотки дают иногда самозадержки в контроле. Реф.), 3) большая сложность метода—на каждую испытуемую сыворотку требуется 8 пробирок. Ясколко (Венер. и Дерм., 1927, № 8), сравнив метод Каур'а с современной русской инструкцией, на основании 930 опытов пришел к заключению, что метод этот, представляя большой теоретический интерес, практически невыполним в виду своей громоздкости.

А. Вайнштейн.

### з) Дерматология.

448. *Состояние вегетативной нервной системы при экземе.* L u e r s s e n и L a n g e (Arch. f. Derm. u. Syph., 1925, Bd. 149, Hft. 3) исследовали фармакодинамическим путем состояние вегетативной нервной системы у 43 экзематозных больных и нашли, что только у 6 (13,9%) она была нормальна. Из 37 больных, у которых были обнаружены расстройства вегетативной иннервации, 4 (9,3%) реагировали, как симпатикотоники, 8 (18,6%)—как ваготоники, у 25 (58,1%) отмечалась смешанная форма (симпатико-ваготония) с преобладанием ваготонических симптомов. Авторы произвели также фармакодинамическое исследование кожи по методу G r o e r - H e s c h t a у 16 больных с хронической экземой и у 10—с острой, причем полученные результаты ими формулируются следующим образом: при хронической экземе в 30%, при острой—в 40% наблюдается понижение дилататорной реакции, констрикторная же реакция, напротив, почти во всех случаях экземы оказывается повышенной.

Прив.-доц. Н. Яснитский.

449. *Ионтофорез для лечения актиномикоза* рекомендуют B e n d j e t и S c h e r e f f e d d i n (Derm. Woch., 1927, № 22). Авторы получили, в 2 случаях, гораздо лучшие результаты от этого средства, чем от назначения ИК внутрь. Техника лечения проста: положительный электрод, смоченный 5% раствором ИК, прикладывается к пораженному участку, отрицательный—на противоположную поверхность шеи (процесс в обоих случаях локализовался на передней поверхности шеи). Авторы пользовались гальваническим током от 5 МА до 25 МА, сеансы продолжались 1/2 часа и назначались через день. В одном случае полное выздоровление получилось через 25 дней; рецидивов не наблюдалось в течение 2 месяцев.

Н. Яснитский.

450. *Уротропин в дерматологии.* Введенный в терапию в 1894 году N i c o l a i e r o m уротропин в настоящее время находит себе широкое применение в различных областях практической медицины. R e n d j e t (Derm. Woch., 1927, № 25) испытал его действие при различных кожных заболеваниях (эритема, крапивница, пурпура, экзема, эритродермия, буллезные и язвенные дерматиты, фолликулиты, трихофития, крапивница и strophul. infant.). В преобладающем числе случаев средство это, вводимое внутривенно или внутримышечно в форме 40% раствора, не оказало благотворного влияния на перечисленные кожные болезни. Лишь при чесотке и strophul. inf. было сравнительно быстро получено значительное улучшение, даже выздоровление, причем рецидивы наблюдались не более, как в 20%. Автор обращает внимание на появляющуюся нередко при лечении уротропином гематурию и рекомендует избегать больших доз этого средства.

Н. Яснитский.

## Рецензии.

Н. К. Лысенков и Е. И. Синельников. *Анатомо-физиологические основы физической культуры человеческого тела.* Гос. изд. 1927 г. Стр. 189. Ц. 2 руб.

Физическая культура, пустившая в последние годы глубокие корни в нашем Союзе, выдвигает задачу научного обоснования ее методов и приближения знаний по анатомии и физиологии человека к широким массам населения. Выполнить вторую задачу и предназначена небольшая книга, популярно составленная проф. Н. К. Лысенковым и Е. И. Синельниковым. Написанная для инструкторов по физической культуре, книга содержит, кроме краткого введения, девять глав. Некоторые из них, соответственно целям, преследуемым авторами, изложены достаточно полно, другие—слишком сжато.

В I главе излагаются общие данные по анатомии, физиологии и механике двигательного аппарата. Дается самое важное, что необходимо знать читателю, не получившему предварительной подготовки по анатомии и физиологии. Учению о мышцах, как активных органах движения, уделено наибольшее внимание. В этой же главе вкратце излагается принцип устройства костных рычагов. Жаль, что авторы поспешили на примеры разных родов рычагов в человеческом теле,—для разбора различных видов покоя и движения эти примеры особенно полезны. Говоря о рычаге второго рода, авторы указывают только на один вид его—рычаг скорости, совершенно не упоминая о другом виде—рычаге силы. Глава II, составленная наиболее подробно, трактует частную анатомию и механику двигательного аппарата. Вначале описывается строение скелета данной области, затем мышцы и движения. Все очень сжато, но достаточно подробно. Глава III, обнимающая статику и динамику человеческого тела, составляет приятное нововведение, так как обычно не только в кратких руководствах, но и в университетском курсе анатомии учение о статике и динамике обходится молчанием. В главе дается краткий разбор равновесия, покоя и движений тела (хождение, бег, прыжок, передвижение на руках, плавание). Следующие 4 главы, посвященные нервной системе, крови и кровообращению, дыханию, пищеварению и питанию, касаются в одинаковой мере как анатомии, так и физиологии человека; без них инструктор по физической культуре не может понять работу живой машины. Наконец, необходимым дополнением к книге являются последние 2 главы, предметами которых служат утомление и антропометрия.

Книга иллюстрирована 122 недурными рисунками. Точный и сжатый язык, научное изложение предмета делают ее весьма полезной для инструкторов по физической культуре. Остается пожелать ей заслуженного распространения. *С. Якобсон.*

Д-р Б. А. Ивановский. *Научно-врачебный контроль над физическим развитием.* Изд-во НКЗ РСФСР. Москва. 1927. 190 стр. Цена 2 руб.

Несмотря на то, что литература по советской физической культуре уже представлена несколькими солидными книжками, посвященными методике и технике врачебного контроля над физкультурниками, мы не можем не приветствовать настоящей брошюры д-ра И. Она, в отличие от других работ, имеет в виду не только пли, правильнее сказать, не столько врача или высоко-квалифицированного инструктора, сколько самого рядового физкультурника. С этой точки зрения, пожалуй, было-бы лучше озаглавить книжку попроще, например: «Медицинский контроль над физическим развитием».

Действительно, в идеале всякий физкультурный кружок, всякая физкультурная группа должны быть обеспечены систематическим контролем со стороны врачебного персонала. На самом деле, однако, рамки физкультурного движения переросли эту возможность. Выход отсюда один—изложить в популярной форме простейшие элементы биометрии с тем, чтобы каждый, занимающийся физкультурой, мог грамотно регистрировать основные анатомо-физиологические изменения своего собственного организма со стороны веса, роста, размеров тела, умел-бы обращаться со спирометром, динамометром, сосчитать свой пульс и т. п. Опыт показывает, что такая медицинская «саморегистрация» вполне возможна. В этом отношении брошюра д-ра И. очень хорошо справилась с поставленной задачей, являясь действительно практическим руководством для физкультурников.

Другое дело «самоконтроль». Уменьше учесть совокупность даже элементарных биометрических данных едва-ли, по нашему мнению, доступно рядовому физкультурнику; предоставляя это дело всецело врачу. Желательно было-бы, вообще, осторожнее говорить о самоконтроле и еще осторожнее доверяться ему. Впрочем переоценка возможностей «врачебного» самоконтроля физкультурников—грех не одного автора.

Очень ценны в книжке «приложения», предусматривающие все организационные стороны медконтроля, вплоть до сметы на оборудование антропометрического кабинета.

Великоплен внешний вид издания. Может быть, было-бы лучше, если-бы он был попроще: от этого внутреннее достоинство книги не пострадало-бы, зато она была-бы доступнее по цене тощему карману физкультурника. Проф. *М. Фридланд.*

*Журнал «Теория и практика физической культуры».* Изд. НКЗ РСФСР. Отв. ред. проф. Н. А. Семашко, зам. его д-р Б. А. Ивановский. 6 книжек, по 80 стр., в год, частью иллюстрированы.

Перед нами первые три номера журнала за 1927 г. Каждый номер состоит из нескольких отделов: оригинальных статей, отчетов о научных съездах по физ-

культуре и спорту в СССР и за границей, а также рецензий и рефератов отечественной и иностранной литературы. Журнал посвящен, как это указано на его главном листе, научной разработке вопросов физического воспитания, физического образования и врачебного контроля над физическим развитием. Оригинальные статьи затрагивают следующие темы: итоги и перспективы научной работы по физической культуре (проф. Семашко), о военизации физкультуры (Кальпус), физическая культура и евгеника (Волоцкой), роль физических упражнений в гинекологии (проф. Гориневский), графическая схема дыхательных движений (проф. Фридланд), об учете физических достижений в школе (доц. Герган), исследование жизненно-необходимых движений (Серебровская), о сравнительной оценке влияния на организм футбола и баскетбола (Глезер), научный анализ легко-атлетических упражнений (Энгельгардт), задачи научно-методической работы по физкультуре (Зякунд), физическая культура в комплексе методе школьного воспитания (Иванов), школьная регистрирующая гимнастика (Блях), основы врачебно-педагогического контроля в школах (Ивановский), Генрих Песталоцци (проф. Кулжинский), классификация дыхательных упражнений (Жаворонков), рефлексологический подход к оценке советской физкультуры (Радин), принципы организации физкультуры на курортах (Саркизов-Серазини), к воп. о применении *terrainkur'a* при лечении сердечно-сосудистых заболеваний на курортах и в санаториях (Мошков), к воп. о применении физупражнений на грязевых курортах (Яблоновский), к воп. о зарядовой гимнастике в домах отдыха (Герцберг и Оболенский), о влиянии зарядовой гимнастики на отдыхающих в домах отдыха (Гинзбург), физиотерапевтические площадки для детей (Каценелленбоген). Столь же разнообразны и содержательны остальные отделы журнала.

Таким образом «Теория и практика физич. культуры» по содержанию статей и составу сотрудников является серьезным научным органом, заслуживающим самого широкого внимания со стороны врачей,—тем более, что отечественные врачи, к сожалению, в своей массе очень слабо знакомы с современными достижениями физкультуры, ставшей фактором огромнейшей важности в жизни всего культурного мира. А между тем физкультура представляет собою именно ту область, в которой мнение и голос врача должны звучать всего авторитетнее, и трудно сказать, кому принадлежит здесь бóльшая роль: врачу научному исследователю, или врачу-практику.

Внешний вид журнала вполне удовлетворителен, цена (годовая подписка 6 р., отдельный номер 1 р. 50 к.) сравнительно невысока. Проф. М. Фридланд.

## I Всеукраинский Съезд Акушеров и Гинекологов в Киеве.

(24—28 мая 1927 г.).

Прив.-доц. С. П. Виноградовой.

На Украине, с ее этнографическими и естественно-бытовыми особенностями, назрело много задач по организации акушерской помощи, состояние которой за последнее десятилетие чрезвычайно пошатнулось. Отсюда вытекала потребность в созыве Съезда акушеров, работающих на Украине. В числе программных вопросов Съезда были выдвинуты вопросы отчасти научно-организационного, отчасти научного характера. К особенностям работы этого Съезда нужно отнести то, что программные темы рассматривались на нем не только одними специалистами-врачами, но и представителями администрации, что придавало особый, деловой характер Съезду и, несомненно, будет способствовать проведению в жизнь намеченных мероприятий.

Почетным председателем Съезда был избран проф. Харьковского Медицинского университета Мионов, товарищами председателя—проф. Илькевич (Москва) и д-р Заринский (Жмеринка) и секретарями—проф. Бубличенко (Ленинград), проф. Цомакион (Днепропетровск) и д-р Бендерская (Киев).

На Съезд явились представители не только из Украины, но и из самых отдаленных мест нашего Союза—Ленинграда, Москвы, Вологды, Архангельска, Влади-

востока, Ташкента, Эривани, Тифлиса, Абхазии, Ростова н/Д и др. Всего съехалось более 700 человек, из них с Украины 583. Таким образом Всеукраинский Съезд превратился как-бы во Всесоюзный. На Съезд представлено было более 200 докладов, из коих могло быть зачитано только около 100. Все доклады киевлян, а отчасти и приезжих, в виде рефератов были напечатаны в „Українські Медичні Вісті“ и в виде отдельного номера журнала (№ 4 за 1927 г.) были розданы членам Съезда.

Программа Съезда обнимала следующие вопросы: 1) родовспоможение в селах и городах Украины; 2) аборт; 3) девиации матки; 4) индивидуальные доклады.

По первому программному вопросу, *о родовспоможении в селах и городах Украины*, выступили с основными докладами наркомздрав Украины тов. Ефимов и проф. Миронов.

Тов. Ефимов, остановившись на рассмотрении прироста населения на Украине, показал, что, начиная с 1923 г., кривая прироста достигла уровня 1914 г., поднявшись за счет уменьшения как общей, так и детской смертности. Далее нарком представил статистику родовспоможения с медицинской помощью по отдельным районам. Оказалось, что процент родов, происшедших с помощью медицинского персонала, в Полесье равен 12%, в Правобережье Днепра—13,1%, в Левобережье—19%, в промышленном районе степи—36,6%, в хлебо-торговом районе—18,6%. Ближайшей задачей является увеличение госпитализации рожениц устройством стационара при каждом врачебном участке и организацией акушерских пунктов на периферии не больше 8-верстного радиуса от больницы. При этом свою акушерскую работу акушерки должны соединить с работой по охране материнства и детства. Признавая недостаточность квалификации врачей в мединститутах, тов. Ефимов считает необходимым недостаток образования молодых врачей в ВУЗ'ах восполнить работой как в городе, так и на селе, под руководством опытных врачей, и в клинических институтах.

Второй докладчик, проф. Миронов, обрисовал родовспоможение в селах Украины и городах. За 1924-1925 г. больничная помощь селянкам была оказана только в 2—3%, в 6—7% роды происходили с медицинской помощью на дому, а в 91% роженица оставалась без всякой квалифицированной медицинской помощи. В городах больничная помощь при родах поставлена значительно лучше, достигая в среднем 28,8% всех рожаящих. Отметив особенно высокую постановку родовспоможения в крупных украинских центрах, проф. М. высказал пожелания относительно введения профилактической вакцинации и применения антистрептококковой сыворотки при патологических родах.

Д-р Ловля (Киев) говорил о родовспоможении в Киеве и его округе<sup>1)</sup>. На 1,078,955 человек населения округа в 1926 г. родилось 45,238, что составляет 42 на тысячу. На 491,591 населения г. Киева в тот же год родилось 12,202, т. е. 24,4 на тысячу. Смертность населения за это время равнялась по городу 11,3, а по округу—19. Естественный прирост по городу выразился в цифре 13, а по округу—22. Через родильные учреждения в городе прошли 8,615 рожениц, что дает 70% госпитализации, а по округу цифра госпитализации равна 1,041 чел., т. е. всего 2,3%. На дому акушерская помощь была оказана в 4% родов в городе и в 7,2% на селе. Для госпитализации всех родов нормой родильных кроватей для города докладчик считает 0,6 на 1000 родов, а для села—1 на 1000. В Киеве в настоящее время имеется 0,5 кроватей на 1000. На селе указанная норма имеет пока что теоретический интерес. Основная задача здравоохранения—увязка родовспоможения с консультациями.

О родовспоможении на Украине говорили также д-ра Верхратский, (Новая Прилука), Билинкис (Умань), Попандопуло (Харьков), Розенберг (Полтава), Кошлякова (Винница). Д-р Верхратский считает необходимым проведение на селе госпитализации только патологических родов, а для нормальных—организовать акушерскую помощь на дому. Он рекомендует обучать селянок акушерству в целях санитарно-просветительной работы на селах. Кроме того докладчик подчеркивает, что всякий участковый врач должен быть хорошо знаком с акушерством. Д-р Билинкис считает желательным устройство акушерских пунктов в каждом селе или одного—на два ближайших села. Д-р Билинкиский доложил об очень плачевном состоянии акушерской помощи в Белоруссии и предложил целый ряд мероприятий для поднятия количества и качества акушер-

<sup>1)</sup> На Украине губерний не существует; административными единицами являются округа, бывшие уезды, но с некоторыми изменениями в границах.

ской помощи здесь. Д-р Орлов обрисовал постановку родовспоможения в Вологодской губ. Оказывается, городское и фабричное население удовлетворено здесь на все 100%, стационарной акушерской помощью, а сельское лишь на 11,5%, причем более половины случаев приходится на помощь на дому. Смертность в родильных домах не превышает 1,36 на 1000 родов, а среди сельских рождений—12,5 на 1000. Наилучшую систему родовспоможения д-р Орлов считает стационарную с родильным домом в центре всех учреждений по охране материнства и детства (консультации, ясли, патронажи).

Кроме чисто-организационных вопросов, на Съезде были затронуты и другие вопросы акушерства. Так, проф. Илькевич доложил *о влиянии акушерских операций на заболеваемость и смертность при срочных и преждевременных родах по материалам Лепехинского родильного дома в Москве за последние 3 года (1924—1926)*. За отчетное время в Доме было 14,587 родов, из них с оперативным пособием 3,754. Большие акушерские операции были применены в 1,651 случае, с 0,36% смертности. На 10,833 случая, прошедших без операций, процент смертности был 0,09%, т. е. валовая смертность у оперированных в 4 раза выше, чем у неоперированных. Но если взять редуцированную смертность, то, по словам докладчика, опасность от сепсиса и смертность при операциях окажутся весьма малыми—конечно, при условии соблюдения строгих показаний к операции и применения современной техники.

Проф. Каган сообщил *о регенерации населения и родовспоможении*. На основании германской статистики докладчик показал, что капиталистическая урбанизация населения приводит к резкому падению рождаемости и общего прироста населения. Докладчик полагает, что акушеры и гинекологи должны усилить свою научно-исследовательскую и практическую работу по раскрытию действительных причин вымирания населения.

Д-ра Окропиридзе и Подушко говорили *о самозаражении в родильном периоде*, отрицая совершенно возможность такового.

Д-р Аглицкий сделал доклад *о ректальном исследовании* в акушерстве. Перечисленные доклады вызвали очень оживленные прения, имевшие как научный, так и общественно-организационный характер.

В тот же день вечернее заседание Съезда было посвящено вопросам *охраны материнства и младенчества*.

Д-р Шапиро от Н. К. О. З. (Харьков) произвела общий обзор и *характеристику деятельности консультаций по охране материнства на Украине*. Всего на Украине имеется 419 консультаций, из них 143 в городах. В селах консультации находятся в руках педиатров, а в городах—акушеров. Вначале консультации ограничивались одними советами беременным женщинам, затем постепенно стали обслуживать лечебной помощью беременных и кормящих женщин, а иногда и гинекологических больных. Дальнейшей задачей консультаций будет наблюдать за всеми беременными, начиная с первых месяцев зачатия, проводить их через терапевтический, венерологический и зубные кабинеты, а также через тубдиспансеры, и установить более тесную связь с родильным домом и «Каплей молока», чтобы превратить консультацию в диспансер по охране материнства и младенчества.

Д-р Савельева (Москва) доложила *о роли и достижениях современной консультации в деле родовспоможения*. За 5 лет существования консультации при Родильном Доме им. Грауэрмана посещаемость возросла в  $5\frac{1}{2}$  раз, достигши в 1927 г. 18,000 посещений. Результаты деятельности выразились в уменьшении эклампсии, падении послеродовых заболеваний (10,4% до 2,0%) и выявлении латентного сифилиса (10%).

Пр.-доц. Крупский (Киев) сделал доклад *о способе местной иммунизации беременных фильтрами культур по Безредка*. Всего такая иммунизация была произведена у 112 беременных. Оказалось, что высокая степень загрязнения влагалищной флоры после нее значительно понижается, щелочная реакция влагалищного секрета сменяется кислой, роды дают более благоприятные результаты.

Д-р Зетель (Киев) говорила *о роли акушерского патронажа в профилактике родовспоможения*. Она считает, что патронаж является неотъемлемым элементом в работе правильно организованной консультации.

Д-р Викторовская описала *жизнь детской палаты* в Акушерской клинике Киевского Клин. Ин-та, где особое внимание обращено на значение первородной кожной смазки и благотворное влияние последней на кожу и общее состояние новорожденных.



В прениях были высказаны пожелания, что консультации должны носить характер широкой охраны женщины не только во время беременности, но и в течение всей ее жизни (Селицкий, Изаков). Лечебные функции не должно смешивать с гигиеной быта, личной и половой жизни. Консультация для женщины должна являться составной частью единого коллектива Охматдета (консультация, родильный дом и „Капля молока“, Изаков). В заключение Съездом была вынесена резолюция, в которой предлагалось сосредоточить особенное внимание на поднятии родо-вспоможения на селе. Отдавая решительное предпочтение стационарной помощи, Съезд допускает временно, в силу экономических условий, сочетание таковой помощи с акушерскими пунктами, при радиусе не более 10 верст от медицинского участка. Для подготовки кадра врачей-гинекологов Съезд считает необходимым: 1) расширить и углубить в клиниках и др. учреждениях НКЗ'ва акушерско-гинекологические отделения и расширить институт интернов; 2) организовать стажирование молодых врачей в окружных и районных родильных домах и родильных отделениях; 3) обеспечить эти учреждения высоко-квалифицированными специалистами-руководителями; 4) учениц акушерских школ рекрутировать из местного населения; 5) признать сеть учреждений по охране материнства и младенчества недостаточной в городах, а тем более в селах; 6) признать желательным дальнейшее развитие консультаций.

Весь день 25 мая был посвящен докладом по второму программному вопросу, *об аборте*. Вопрос этот, имея под собой глубокие социально-экономические и биологические основы, вызвал много докладов и дискуссий и выявил большой интерес Съезда к поставленной теме. Представитель НКЗ'ва д-р Шинкарь (Харьков), рассматривала *аборт с социальной точки зрения*. За последние 3 года число абортных возрасло с 52,836 в 1923/24 г. до 156,324 в 1925/26 г., причем абсолютный рост абортных в городах дал повышение на 72%, в селах—на 87%. Одновременно с этим отмечается уменьшение % поступлений с кровотечениями и подпольных абортных. Такое же увеличение абортных по декрету 1920 г. и снижение нелегальных отмечается не только по всей УССР (Бендерская—Киев, Ульяновский—Старобельск, Лаптев—Днепропетровск, Борщевская—среди железно-дорожных служащих, Штенберг—Винница), но и в СССР (Сердюков—Москва, Леви и Мажбиц—Ленинград, Тиканадзе—Тифлис, Аршев—Эривань). По данным НКЗ'ва увеличение числа абортных все же не указывает на опасность вырождения. Так, в 1913/14 г. прирост населения равнялся 18,5 на тысячу, а в 1923/24/25 г. г. выразился в цифрах 17,6, 24,2 и 22,8 на тысячу. Впрочем некоторые докладчики отметили падение рождаемости в связи с увеличением абортных (Тиканадзе—Тифлис, Ульяновский—Старобельский округ, Кириллов—Полтава).

Далее были заслушаны доклады по вопросу *о влиянии искусственного выкидыша на женский организм*. Проф. Цомакион подчеркнул далеко небезразличное и небезвредное значение операции выкидыша для здоровья женщины. Кроме возможных случайных повреждений и осложнений (инфекция, операция выкидыша сопряжена с неизбежными повреждениями внутреннего зева и слизистой матки, влекущими за собой рубцовое изменение последней. Насильственное прерывание беременности не только нарушает функцию половых органов, но и наносит тяжелую биологическую травму всему организму (аномалии беременности, бесплодие, общие заболевания). Проф. Сердюков (Москва) считает, что с биологической точки зрения искусственный аборт насильственно выключает трофическое влияние гормонов желтого тела, плаценты, вегетативного центра плода и нарушает самодовлеющую роль матки. У женщин с неполноценной конституцией искусственный аборт, в возрасте от 17 до 28 лет, вызывает стойкое и неустраимое бесплодие. Д-р Литвак (Киев) и пр.-доц. Тереминская-Попова (Ленинград) говорили о неблагоприятном влиянии абортных на последующие роды и послеродовой период,— аборт вызывает такие осложнения, как поперечное положение, первичную слабость родовой деятельности, задержание плаценты и оболочек, кровотечения и т. п.

Разбирался также вопрос *о методах прерывания беременности*. До 2½—3 мес. применимо выскабливание матки (Черногорди, Живатов, Борщевская), после 3 мес.—метрейриз (Ершов) и кесарское сечение (Жмакин, Живатов, Зарницкий).

Учитывая вред, наносимый абортной женщиной, и принимая во внимание сознательное ограничение деторождаемости со стороны современной семьи, многие докладчики высказались за необходимость, кроме культурно-просветительной работы вокруг вопроса по борьбе с абортной, широко пропагандировать противозачаточные средства (Шинкарь, Бендерская, Сердюков, Леви, Ефимов, Гершун, Бор-

щевская и др.). С этой же целью Съездом было вынесено пожелание научного изучения таковых средств. Кроме того, вокруг аборта были подняты и другие вопросы. Так, проф. Бубличенко остановился на *лечении инфицированных выкидышей* на основании 9,159 случаев неполных абортов, из коих 2,288 было с 1<sup>ю</sup> 38<sup>ю</sup> и выше. Докладчик пришел к заключению, что инструментальное опорожнение матки (1822 случая) дает меньшую смертность и меньше тяжелых заболеваний. Напротив, аборт, проведенный без вмешательства (309), дал 5,2<sup>ю</sup> смертности и много тяжелых и длительных заболеваний. Самый меньший процент смертности (1,8<sup>ю</sup>) наблюдался при пальцевом опорожнении матки (111 случаев).

Д-р Кватер сообщил о прекрасных результатах *кальцитерапии* (1—2%, CaCl<sub>2</sub> по 500 к. с. внутривенно) *при септических заболеваниях* после родов и абортов.

Д-р Давыдов говорил о *перфорации беременной матки* и ее лечении. В видах профилактики перфорации докладчик предлагает прощупывать вычерпывание плодного яйца без наркоза, выпрямляя притом угол загиба матки. При наличии перфорации зондом или расширителем надо поступать консервативно, при перфорации ложечкой—оставлять больную под наблюдением на сутки, а при извлечении внутренностей (сальника, кишек) немедленно приступить к чревосечению.

Д-р Барский (Ленинград) говорил об *осложнениях выкидыша* по данным Гос. Акуш.-Гинек. Института за 13 лет. Искусственный выкидыш дал осложнения в 25,3<sup>ю</sup>%. Смертность после выкидыша в несколько раз превышает % смертности при родах. При ранних выкидышах чаще (в 4 раза) встречаются осложнения гонорреей, а при поздних—общие септические тяжелые заболевания.

Третья программная тема, *девиации матки и их лечение*, обсуждалась в утреннем заседании Съезда 26/V.

Проф. Гиммельфарб (Одесса) прочел программный доклад под заглавием *„К вопросу о девиации матки кзади“*. На основании литературных источников и личного опыта докладчик пришел к заключению, что подвижные ретрофлексии матки в большинстве случаев не вызывают расстройств менструации, болей, бесплодия и других общих явлений, а потому и не нуждаются ни в каком лечении. Но бывают случаи патологические, где ретрофлексия требует лечения. Лучше всего тогда устранять ее оперативным путем. Пессарии не излечивают, а скрывают болезнь. Наилучшей операцией является операция Alexander-Aдамса.

Проф. Тиканадзе (Тифлис) на основании своего материала для лечения ретрофлексии матки рекомендует операцию Doleris-Guilliam'a

Проф. Илькевич (Москва) в видах профилактики ретродевиаций матки, а также и для улучшения течения цуэрперия, рекомендует делать гимнастику, начиная со 2-го—3-го дня после родов. Из 5,214 родильниц Лепехинского Родильного Дома, которых производилась гимнастика по методу Франкфуртской клиники, а также по методу Stöckel'я и проф. Илькевича, только у 4 была найдена ретрофлексия и у 5—субинволюция.

Д-р Келлат (Москва) сделал доклад: *„Девиации матки по данным Родильного Дома Грауэрмана“*. При воспалительных изменениях здесь сначала применялось рассасывающее лечение, а затем производилась операция. Наилучшие результаты были получены после операции Baldy-Dartigues'a и в некоторых случаях—от vesicofixur'y.

Д-р Варшавский (Одесса) указал на весьма благоприятные *отдаленные результаты исправления девиаций матки*, полученные в Одесской Акушерской клинике после консервативного лечения; только в случае неудачи здесь производилась вентрофиксация.

Проф. Лозинский (Киев) приходит к выводу, что при cystocele необходима высокая фиксация мочевого пузыря, а при дефектах поддерживающего аппарата—леваторопластика, colporrhaphia, vaginofixatio и collifixura.

Прив.-доц. Матвеев (Киев) наилучшие результаты получил, применяя вентрофиксацию по Czerny-Губареву.

Пр.-доц. Гаусман (Киев) считает наиболее целесообразной при ретрофлексии операцию Alexander-Aдамса и подчеркивает, что не всякая отклоненная кзади матка требует оперативного вмешательства.

Д-р Абрамович (Мозырь) сделал указания относительно *техники colporrhaphiae medianae*.

Д-р Вергун (Киев) на основании материалов Акушерской клиники приходит к выводу, что разрушение сросшейся ретрофлектированной матки во время операции не осложняет послеоперационного периода, а укорочение круглых связок по сп. Menge дает прочное устранение ретрофлексии.

Д-р Магит (из той же клиники) сообщил, что наилучшие результаты при вынадении матки дала подвижная и неподвижная фиксация матки за круглые связки, или полное удаление матки (в зависимости от возраста).

Д-ра Черток и Пеньков (Киев) говорили о *девиациях матки*. На основании подробных статистических данных ретрофлексий матки по материалам Акушерской клиники Медицинского института выяснилось, что частота неподвижной ретрофлексии зависит не от профессии пациентки, а от этиологического момента. Этиологией неподвижной ретрофлексии в 37,6% является гоноррея, в 27,4% — септические роды и аборт. Далее докладчики приводят подробные данные относительно симптомов и результатов всевозможных видов лечения загибов матки взад.

Д-р Ершов сделал доклад „*О торсиях беременной матки без осложнения ее опухолями*“.

Прочитанные доклады вызвали оживленные прения, из которых выяснилось, что некоторые (Мамутов, Арешев, Абрамович, Билинкис, проф. Соловьев) считают операцию Alexander-Adams'a физиологической и целесообразной, другие же (проф. Сердюков, Лозинский, Тиканадзе) подвергли ее критике. Д-ра Орлов и Чудновский предложили свои модификации операций. Многие высказались, что при фиксированных загибах сначала лучше провести противовоспалительное лечение, а затем уже делать ту или иную операцию.

В вечернем заседании Съезда 26 мая заслушаны доклады относительно очень ценных экспериментальных работ.

Д-р Штернбергу удалось получить *хроническую восходящую гоноррею у мышей, предварительно кастрированных*. Главным фактором прививки автор считает изменение химико-биологических свойств влагалища у кастрированных животных.

Д-р Левинский указал на *тяжелые изменения слизистой матки и яичников* кролика после вливания йода в полость матки.

Д-р Гринвальд доказала *наличие в слизистой оболочке трубы специальных секреторных клеток*, которые при механическом препятствии способствуют образованию гидросальпинкса.

Пр.-доц. Виноградова, изучив химические и физические свойства околоплодных вод человека, пришла к выводу, что *амниотическая жидкость является определенной питательной средой* для растущего организма, а наличие в ней малых доз радиоактивных веществ (0,013 до 0,150 единиц Махе), с большой вероятностью указывает на значение ее, как мощного активатора роста плода.

Д-р Медовар продемонстрировал *препарат нервов матки собаки*. Он отрицает наличие Frankenhäuser'овского узла, как это уже ранее было доказано проф. Писемским и др. исследователями.

Д-р Айзенберг сделал доклад *о метро-сальпингографии*, как диагностическом методе в акушерстве и гинекологии, продемонстрировав ряд относящихся сюда рентгенограмм.

Д-р Варшавский демонстрировал *электропельвитерм* для теплового лечения хронических воспалительных заболеваний тазовых органов женщины.

27 мая состоялось парходное гулянье по Днепру до Межигорья и осмотр исторических окрестностей г. Киева.

28 мая весь день был посвящен индивидуальным докладам, среди которых было представлено много работ, имеющих большое научное значение. Так, целым рядом авторов были произведены исследования *Са в крови у беременных и родильниц*. При этом д-ра Ширман и Мильченко отметили постепенное нарастание Са, которое резко повышалось на высоте родовой деятельности, а в пuerперии снижалось. Исследования же проф. Сердюкова и д-ра Морозовой не дали таких закономерных повышений Са в крови в связи с ростом беременности.

Д-ра Кватер и Роговер, исследуя *спинномозговую жидкость при септических заболеваниях* после родов и при аборте, не нашли в этой жидкости возбудителя инфекции.

Д-р Турецкая представила доклад под заглавием: „*Фибромиомы матки и беременность*“. В виду возможных осложнений при наличии миом, как атония матки, перерождение, опухоли, ее нагноение, перекручивание ножки и самой матки и т. п., докладчица рекомендует самое широкое оперативное вмешательство при миомах. Против такого радикализма, однако, и в частности против суправагинальной ампутации матки при миомах высказались многие члены Съезда.

По вопросам конституции на Съезде были прочитаны следующие доклады: „*Влияние конституции на беременность, роды и послеродовой период*“

(д-р Высоцкая), „Значение конституциональных факторов в физиологии и патологии женского организма“ (пр. Сердюков и д-р Мельник), „О наклонении таза в связи с конституцией женского организма“, „Особенности тазовой области при различных видах конституции женского организма“ (д-р Эвенхов), „Связь между женской конституцией и вегетативной нервной системой“ (д-р Гильчер).

Пр.-доц. Крупский сообщил о 155 исследованиях сыворотки беременных для определения пола по способу Lüttge-Merz'a; правильное определение пола плода получилось в 70%.

Проф. Сердюков говорил о трансперитонеальном трансцервикальном кесарском сечении.

Д-р Попаңдопуло выступил с докладом: „К вопросу о повторной внематочной беременности“, в котором рекомендовал при наличии гонорреи удалять наряду с беременной трубой и другую, даже макроскопически не измененную. Этот доклад вызвал серьезные возражения.

Д-ра Живатов и Попов доложили о лечении женской гонорреи местной вакцинацией. Авторы применяли вагинальные тампоны, смоченные 5 к. с. вакцины, и инъекции в полость матки от 0,2 до 1,0 вакцины. Такое лечение неизменно вело к исчезновению гонококков из выделений. Уретриты поддавались впрыскиваниям вакцины хуже.

Д-р Заринский (Жмеринка) прочел краткий обзор 3000 чревосечений, произведенных им в сельской практике в течение 30 лет.

Д-р Павленко, пропуская вытяжки яичника коров через сосуды изолированного уха, выяснил, что нормальные яичники дают сильный спазм сосудов уха, тогда как вытяжки из яичника беременных значительно слабее вызывают сужение сосудов. Учитывая способность яичника беременных угнетать фолликулярный аппарат нормального яичника, докладчик вводил экстракты из яичников беременных здоровым самкам, и они в течение 4—8 мес. оставались стерильными.

Д-р Бабадаглы проводил опыты с овариогенной временной стерилизацией. Произведенные им опыты доказывают, что введение экстракта желтых тел беременности может вызвать временную стерилизацию.

Целым рядом опытов д-ра Живатов, Попов и Бабадаглы показали, что рост эндометриодных опухолей находится в зависимости от функции яичника.

В общем работу С'езда нужно признать весьма продуктивной. С'езд очень оживляла прекрасно организованная научная выставка с весьма редкими экспонатами по истории акушерства в России.

Местом II Украинского С'езда Акушеров избрана Одесса, а организация этого С'езда поручена проф. Мионову. С'езд этот имеет состояться в мае 1929 года.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество Врачей при Казанском Университете.

#### Общие заседания.

Экстренное заседание 28/IX.

Проф. Weugandt (Гамбург): *Лечение прогрессивного паралича прививками малярии и возвратного тифа.* В настоящее время, когда всюду заняты вопросом лечения прогрессивного паралича тифом и малярией, трудно сказать на эту тему что-либо новое. Опыт Гамбургской Клиники, которой заведует докладчик, обнимает материал около 800 парализованных,—число, которого, за исключением Венской Клиники, не имеет ни одно учреждение, почему проф. W. и считает уместным поделиться этим опытом. Указав вкратце на разнообразные и безуспешные попытки лечения прогрессивного паралича с древности до настоящего времени, он подчеркнул, что, хотя до сих пор не существует вполне точного понимания действия малярии и тифа на прогрессивный паралич, этот способ является единственным, который эмпирически дает до 50% излечения болезни, доселе считавшейся совершенно неизлечимой, а потому он должен широко применяться в практике. Далее докладчик продемонстрировал ряд фотографий и диаграмм, из которых видно, что

в Гамбургской Клинике по 4 сериям леченных паралитиков сделались вполне работоспособными 29,5%, 31,4%, 38,2% и 25,84% всех леченных. При этом среди леченных было немало занимавшихся высоко-квалифицированным умственным трудом: профессор-математик, врачи, юристы и т. п.; все они получили возможность хорошо работать в своей области. Было, кроме того, немало случаев, где, хотя больные и остались с некоторым дефектом, но получили возможность жить дома. В общем лечение вернуло работоспособность более, чем 50% больных. Умерло вскоре после лечения или во время его в каждой из серий: 13,7%, 10,2%, 11,2% и 6,59%. Резкое улучшение получалось иногда даже в запущенных случаях. Докладчик показал, напр., фотографию больного с тяжелыми пролежнями и абсцессами, получившего излечение после прививок, а также ряд фотографий, иллюстрирующих громадное физическое улучшение после лечения. В конце доклада проф. W. указал на необходимость возможно раннего начала лечения и на важность систематического исследования цереброспинальной жидкости у сифилитиков.—В прениях по докладу проф. Т. И. Юди и привел результаты лечения прогрессирующего паралича прививками малярии и возвратного тифа в Казани. В Казанской Психиатрической клинике всего лечены малярией 21 случай и возвратным тифом—12 случаев. Результаты лечения таковы: при малярии не привилось 9, ремиссии— 5, улучшение— 3, умерло— 4; при возвратном тифе прививка не удалась в 1 сл., ремиссии болезни получились в 6 сл., без улучшения остались 2 больных, умерли 3.

Проф. Weugandt продемонстрировал *большую серию картин под общим заглавием «Психопатология и искусство»*. Всю серию можно разделить на два отдела: А) Нервные и душевные болезни в изображении художников. Целый ряд выдающихся художников средневековья очень точно зафиксировали ряд нервных и душевных болезней; в особенности ярко были изображены ими различные эндокринологические дистрофии. В) Патологическое творчество душевно-больных и психопатов. Докладчик демонстрировал массу картин художников, построенных по типу рисунков настоящих душевно-больных,—картин, отражающих патологические особенности психики их творцов: разорванность мысли, манерность, символизм психопатов и т. п.—После доклада председатель О-ва проф. В. М. Аристовский и благодарил проф. Weugandt'a за его доклады и за посещение Казани, указав на посещение Казани немецким ученым, как на укрепление связи между русской и немецкой наукой. Секретарь А. И. Вылегжанин.

### *Офтальмологическая секция.*

Заседание 31/V.

Д-р Афанасьева и д-р Блиндштейн-Неворожкина: *Об изменениях конъюнктивы глазного яблока при трахоме* (с демонстрацией препаратов). Докладчицами наблюдалось 10 случаев своеобразной по клинической картине трахомы у детей в возрасте от 7 до 16 лет, где болезненный процесс, кроме конъюнктивы век и переходных складок, захватывал и конъюнктиву глазного яблока, обнаруживая здесь группы фолликулов или островки разлитой инфильтрации. Патолого-анатомическое исследование этих случаев показало везде, наряду с плазмощеллюлярной инфильтрацией, и фолликулы, причем в некоторых случаях последние находились в очень ранних стадиях развития. Здесь не было еще строгого распределения клеточных элементов на зоны; клетки центра представлялись очень различными по величине, и были налицо очень крупные клетки с большими пузырьчатыми ядрами и небольшим количеством протоплазмы. Наблюдалось также очень раннее развитие соединительной ткани, главным образом по периферии фолликулов, в виде концентрически идущих волокон и большого числа фибробластов с сильно вытянутыми ядрами. Вследствие своеобразия клинической картины было произведено также исследование конституции этих детей (которые все были из одного Детского Трахоматозного дома), причем большинство из них оказались лимфатиками. Но эта конституция для данного возраста обычна, а потому и связывать ее с заболеванием трахомой, как то делает Angelucci, невозможно. Его противоположение трахомы и tbc на этих случаях также не оправдывается: из 10 детей лишь у 2 был обнаружен tbc, а у 3 было констатировано увеличение желез hilus'a.

Д-р Микаэлян и д-р Ратнер: *О микрофлоре нормальной конъюнктивы морской свинки*. Докладчики нашли что в нормальном конъюнктивальном мешке морской свинки встречаются в 73% стафилококки, в 65% стрептококки

(группы *viridans*), в 30%, сарцины и в 76% палочка ксероза. Чистых анаэробов обнаружить не удалось. При опытах с внутриглазным заражением сапрофитами (стафилококки) оказалось, что только большие дозы приводят глаз к гибели.

Д-р Л и о р б е р: *К казуистике xerophthalmiae essentialis*. Приведены наблюдения, сделанные у 47 воспитанников двух детдомов г. Казани. У всех их имелся *xerosis essentialis seu epithelialis*; 28 страдали, кроме того, трахомой различной степени интенсивности; в 24 случаях ксерозу сопутствовала *hemeralopia essentialis*. Анализируя питание детей в детдомах, автор приходит к выводу, что при явлениях *xerophthalmiae* у трахоматозных детей необходимо искать причину и в авитаминозе; именно, основным фактором, вызывающим геморалопию и *xerosis essent*, является недостаточное питание, бедное витамином А; кроме того, имеются еще и другие этиологические моменты, пока еще неизвестные.

Д-р А в р у т о в а: *К казуистике метастатической офтальмии* (с демонстрацией препаратов). Докладчица сообщила редкий случай метастатической офтальмии, последовавшей после стрептококковой ангины у 32-летней больной. В представленных патолого-анатомических препаратах были найдены в обильном количестве стрептококки, как в стеловидном теле, так и в сосудистой и сетчатой оболочках.

Д-р Т е п л о в с к и й: *Демонстрация больной после операции удаления опухоли орбиты (cholesteatoma)*. Демонстрировалась больная 21 года с *tumor orbitae o. d.* После операции существовавший *exophthalmus* исчез, имеется лишь незначительное смещение глаза книзу. *Visus o. d.* 0,9. При исследовании опухоль оказалась холестеатомой.

### Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 17/VI.

Проф. А. И. Тимофеев демонстрировал препарат *внематочной беременности* на VIII мес. При сделанной докладчиком операции оказалось, что плод свободно лежал в брюшной полости, плацента прикреплялась в воронке трубы и легко могла быть удалена. Рост ворсин был направлен в сторону мезосальпинкса, и докладчик думает, что этот случай подтверждает взгляд *Lichtenstein'a* о значении базнотропного роста плаценты в развитии поздних стадий *внематочной беременности*.—В прениях проф. В. С. Груздев, отметив трудности, с которыми приходится иногда встречаться хирургу при удалении плаценты в случаях далеко зашедшей *внематочной беременности*, обратил внимание на прием, рекомендованный д-ром К а с о г л е д о в ы м, именно, оставление последа в закрытой наглухо брюшной полости. Способ этот, по мнению проф. Г., нуждается, впрочем, в экспериментальной проверке.

Д-р Б е л я е в демонстрировал два случая *интерстициальной беременности*, оперированных проф. В. С. Груздевым, причем один из них относится к той разновидности *интерстициальной беременности*, которая согласно классификации *Н e n n i g'a* носит название *интрамуральной*. Оба случая подтверждены гистологическими исследованиями на сериях срезов.

Д-р Ж у к о в: случай *перфорации матки при операции аборта*. Перфорация имела место при выскабливании тупой кюреткой; сделана лапаротомия, и место разрыва было зашито. Случай прошел благоприятно. Следует отметить, что, несмотря на прободение, выскабливание все же было закончено.—В прениях приняли участие проф. А. И. Тимофеев, д-р Е. Д. Рузский, д-р Н. Н. Чукалов и прикомандированные врачи Ф и а л к о в и С о к о л о в а, которые подчеркнули все увеличивающееся количество абортов и в том числе криминальных и отметили ряд случаев, где при производстве таких абортов были произведены прободения матки. Д-р Ф и а л к о в отметил еще тот факт, что деревенские абортисты начинают пользоваться чисто-гинекологическими инструментами, напр., коридангами, что, по мнению Ф и а л к о в а, обязует врачей усилить контроль за хранением инструментов.

Д-р М. А. Дыхно: *«К генезу pseudomycom'y peritonei»* (с демонстрацией препаратов). Докладчица сообщила случай псевдомиксомы брюшины, наблюдавшийся в клинике проф. А. И. Тимофеева, на основании микроскопического исследования придя к заключению, что в развитии псевдомиксомы имеют значение оба известные ныне фактора, а именно, и метастазирование жизнеспособных эпителиальных клеток (*Pfannestiel*), и реактивное воспаление брюшины (*Werth*).—В прениях проф. В. С. Груздев присоединился к выводам докладчицы.

Д-р Финалков: „*К оперативному лечению некоторых форм недержания мочи у женщин*“. Докладчик сообщил о двух случаях недержания мочи, оперированных им по методу проф. Широкова. Результаты были благоприятные. Докладчик рекомендует указанный способ, как новый рациональный хирургическо-терапевтический метод.—В прениях проф. А. П. Тимофеев указал, что способ проф. Широкова нельзя считать рациональным, так как он не ведет к восстановлению нормальных анатомо-физиологических отношений. Более физиологической является в этом отношении операция Goebel-Stöckel'я.

Д-р П. В. Маненков: „*О II Поволжском Съезде врачей в г. Саратове*“. В своем докладе д-р М. осветил главным образом работу акушерско-гинекологической секции Съезда.  
Секретарь Н. Сидоров.

### Кожно-венерическая секция.

Заседание 9/VI.

Д-р Г. Я. Клебанов: *случай psorospermiosis follicularis vegetans Darier* (с демонстрацией больной). Больная А. К., 35 л., работница местной текстильной фабрики, заболела в 1921 г. вскоре после 3-й беременности. В семье tbc. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений не обнаружено. RW и SG отрицательны; моча нормальна; в крови лимфоцитоз. На туловище больной обнаружена симметрично расположенная сыпь, состоящая из твердых узелков величиной от булавочной головки до просяного зерна и чечевицы, красно-бурого и темно-бурого цвета. На коже живота и поясницы элементы сыпи расположены очень густо, имеют плоскую или притупленно-коническую, покрытую твердой корочкой верхушку и резко выступают над поверхностью кожи, что придает последней вид терки. Процессом захвачены и ногти. При микроскопическом исследовании пораженных участков кожи обнаружены в Мальпигиевом слое corps ronds и grains (Darier). (Аутореферат).

Д-р М. И. Миркин: *случай porokeratosis (Mibelli)* (с демонстрацией больного). У красноармейца П. Г., 23 л., с 10-летнего возраста стали появляться узелки сначала на правой стопе и правой кисти, а в дальнейшем—на левой руке и на лице. В настоящее время на тыле правой стопы имеются 3 кольцевидные фигуры, ограниченные по периферии плотным на ощупь возвышением в виде вала. Подобное же образование имеется в области левого локтевого сгиба, где поверхность возвышения покрыта значительными роговыми наслоениями наподобие сосочков, плотно сидящими и достигающими высоты до 1 см., что придает ему вид гребня. На лице имеется ряд рубцов и атрофий кожи, не превышающих величины 5-коп. сер. монеты с инфильтратом по периферии. RW и SG отрицательна. Моча и кровь—норма. В биопсированных двух кусочках пораженной кожи обнаружена типичная для porokeratosis картина. Проведенная рентгенотерапия, в количестве 5 сеансов, осталась без успеха. (Аутореферат).  
М. П.

### Научные Собрания врачей Казанского Гос. Института для усов. врачей имени В. И. Ленина.

93-е собрание 12/IV.

Д-р Б. А. Остроумов: *Случай левостороннего положения толстых кишек*. Отметив редкость подобной аномалии, объясняемой условиями развития кишечника в эмбриональном периоде, докладчик демонстрировал больного, которому была сделана операция по поводу аппендицита, причем по вскрытии брюшной полости в правой половине живота не было найдено толстых кишек. Рентгеновским исследованием после операции было установлено левостороннее положение последних.—По докладу высказались профф. Р. А. Лурия, В. Л. Боголюбов и Н. В. Соколов, д-ра Ю. А. Ратнер, А. Кревер, М. И. Гольдштейн и Л. М. Рахлин.

Д-р Л. М. Рахлин: *Два случая diabetes insipidus* (с демонстрацией больных). Приведя современные теории diabetes insipidus (гипофизарную, нервную, нервно-эндокринную), докладчик демонстрировал два случая этого заболевания, из которых один, где заболевание развилось на почве сифилитического менингита, поддавался специфическому лечению, а другой дал явления некоторого временного улучшения после пересадки хурорфусис собаки.—По докладу высказались профф. Р. А. Лурия и М. О. Фридланд и д-ра В. Б. Бланк и Ю. А. Ратнер.

Д-р Н. В. Бусыгин: *Три случая кератопластики*. Доклад помещается в настоящем № «Журнала».

94-е собрание 10/V.

Д-р П. Розенштейн: *Демонстрация случая провокаторного действия диатермии при гоноррее*. Докладчиком представлен случай обострения вяло протекавшего гоноррейного артрита после сеанса диатермии простаты. Общая реакция выразилась в повышении  $t^{\circ}$  до  $39,8^{\circ}$ , местная—в инфильтрации семенных пузырьков и увеличении простаты. Последующая протенно- и вакцинотерапия дали прекрасный результат.— По докладу с замечаниями выступили проф. Г. А. Клячкин, д-ра А. Г. Гринбарг, А. Б. Вайнштейн и Я. Д. Печников.

Д-р Я. Д. Печников: *Случай гонорройного артрита при lues'e*. Демонстрирован случай полиартрита у больного, перенесшего в 1907 году гоноррею, а в 1922 г.— lues. Диагностированный, на основании наблюдавшегося симптомокомплекса, как гонорройный полиартрит, данный случай в виду положительной RW был подвергнут смешанной специфической терапии (Hg+Neo), причем получился хорошие результаты. Докладчик держится взгляда, что в данном случае имелась специфическая сифилитическая сенсibilизация организма, отсюда и принцип лечения—десенсибилизация.— В прениях по докладу выступили профф. Р. А. Лурья, В. Л. Боголюбов и М. О. Фридланд и д-ра А. Б. Вайнштейн и А. Г. Гринбарг.

Д-р Н. С. Абражеева: *О назначении желчегонных средств per os и per duodenum*. Изучая действие ряда веществ на желчеотделение, д-р А-ва на 156 случаях пришла к заключению, что одни вещества, напр., оливковое масло, сливочное масло, смесь сернокислой магнезии с пептоном, действуют совершенно одинаково, независимо от способа их введения (per os или per duodenum, через дуоденальный зонд); другие вещества, напр., сернокислая магнезия, пептон, яичный желток, являются cholagoga только при введении их через зонд, при даче же их через рот никакого действия на желчеотделение не производят; вещества третьей группы, напр., атофан, камфора, мятное масло, являются cholaretica и способны лишь усиливать секрецию печеночной клетки. Эти данные, по мнению автора, имеют практическое значение в том смысле, что назначением того или иного вещества per os можно усиливать отток желчи и уменьшать застой, сокращать и опорожнять желчный пузырь, не прибегая к дуоденальному зонду.— По докладу в прениях участвовали проф. Р. А. Лурья и М. О. Фридланд, д-ра Р. И. Лепская, Я. И. Дайховский и Л. М. Рахлин.

95-е собрание 21/V.

Д-р М. В. Каменцева: *О содержании некоторых электролитов в крови при ультрафиолетовом облучении*. Доклад будет напечатан в „Каз. Мед. Журнале“ полностью.— По поводу его в прениях высказались профф. Г. А. Клячкин и Р. А. Лурья, доцент В. А. Каменцев и д-ра В. Б. Бланк и Н. Н. Клячкин.

Д-р Ю. А. Ратнер: *Случай самопроизвольного разрыва эхинококка печени (демонстрация больной)*. Докладчик сообщил о случае самопроизвольного вскрытия эхинококковой кисты в брюшную полость. Предрасполагающими моментами здесь были повышение давления внутри кисты и истончение стенки ее. В подобных случаях показана немедленная операция.

Д-р Ш. Л. Цимхес: *К казуистике поддиафрагмальных нагноившихся эхинококков (с демонстрацией)*. Докладчик привел два случая нагноившихся субдиафрагмальных эхинококков, доставленных в Хирургическую клинику Института с диагнозом субдиафрагмального нарыва. Оба случая интересны с точки зрения патологии и диагностики и наводят на мысль о необходимости предполагать нагноившийся эхинококк в случаях поддиафрагмального нарыва без выясненной этиологии.— По обоим докладам высказались профф. В. Л. Боголюбов и Р. А. Лурья.

96-е собрание 14/VI.

Д-ра Л. И. Виленский и Э. Р. Могилевский: *Два больных с врожденными пороками сердца*. Авторы демонстрировали двух больных, у которых симптомокомплекс со стороны сердечно-сосудистой системы позволил с большой долей вероятности поставить у первого больного диагноз болезни Roger с гипоплазией аорты, а у другого—болезнь Roger и стеноз легочной артерии. По докладу высказался пр.-доц. Р. Я. Гасуль.

Проф. Е. М. Лепский и д-р В. А. Тушинов: *Демонстрация к экспериментальному рахиту*. Указав на успехи, достигнутые в учении о рахите за последние годы, благодаря введению эксперимента на крысах, докладчики демон-



стрировали опытных животных с экспериментально вызванным рахитом, рентгеновские снимки с них, микроскопические препараты с типичными рахитическими изменениями в костях и кривые веса, показывающие характерное замедление роста у подоштных жиотных. — По докладу высказались проф. Р. А. Лурия и пр.-доц. Р. Я. Гасуль.

Д-р Ю. А. Ратнер: *О некоторых причинных моментах желудочных кровотечений после операции вне брюшной полости.* Докладчик привел два случая желудочных кровотечений, угрожающих жизни, после операций вне брюшной полости. До операции у этих больных клинически определялась резко выраженная форма атонии желудка, и докладчик, объясняя кровотечение послеоперационным гастропарезом, полагает, что, наряду с эмболическим и токсическим кровотечением, последнее может наступить со всей катаррально воспаленной слизистой после рвотных движений и принять угрожающие размеры. Лучшая терапия в таких случаях — промывание желудка горячим физиологическим раствором. — По докладу высказались профф. В. Л. Боголюбов, Р. А. Лурия, М. О. Фридланд, Н. В. Соколов и д-р Л. М. Рахлин.

Пр.-доц. Р. Я. Гасуль: *О XVIII Конгрессе германских терапевтов и рентгенологов в Висбадене 24—30 IV 1927 г.* Доклад будет помещен в „Журнале“ полностью.  
Секретарь д-р Энштейн.

## Хроника.

206) При НКЗ'ве Татареспублики проектируется учреждение Ученого Медицинского Сопещания, имеющего своей задачей освещение с научной стороны вопросов, связанных с мерами по охранению народного здоровья в Республике. В частности, согласно прозкту, рассмотрению Сопещания с научной стороны подлежат: а) законопроекты и распоряжения по вопросам охранения народного здоровья, санитарного исследования, предупреждения и лечения болезней, врачебно-санитарного устройства, постановка медицинского образования и судебной медицины; б) вопросы, связанные с разрешением приготовления или ввоза из заграницы вакцин, сывороток, органотерапевтических препаратов и лекарственных веществ; в) вопросы, связанные с контролем доброкачественности вакцин, сывороток, лекарственных и пищевых средств; г) вопросы о разрешении эксплуатации естественных минеральных вод, грязей и т. д. и о разрешении приготовления искусственных лечебных минеральных вод; д) правила судебно-медицинских исследований и освидетельствований, а также экспертиза по судебно-медицинским делам в случаях спорных; е) прочие вопросы здравоохранения, требующие рассмотрения с научной и научно-практической точек зрения.

207) 26 октября тек. г. в заседании Кожно-венерической секции Общества Врачей при Казанском Университете предполагается чествование председателя секции, директора кожно-венерических клиник Казанского Гос. Университета и Казанского Института для усов. врачей, профессора М. С. Пильнова, — по поводу исполняющегося 30-летия его врачебной, ученой и преподавательской деятельности. Редакция „Каз. Мед. Журнала“ просит глубокоуважаемого М. С. принять и от нее сердечные поздравления и пожелания.

208) 4 декабря тек. г. исполняется 30 лет врачебной, научной, общественной и педагогической деятельности директора Гос. Института для усов. врачей имени Ленина в Казани и заведующего Терапевтической клиникой Института проф. Р. А. Лурия.

209) Совнаркомом РСФСР утверждено положение о штатных аспирантах, согласно которому 1) все штатные аспиранты по окончании стажа подготовки к научной и преподавательской деятельности обязаны вести работы в высших учебных заведениях и научных институтах по указанию Наркомпроса в течение того же срока, какой проведен ими в качестве штатных аспирантов; 2) все штатные аспиранты по окончании стажа подготовки к научной и преподавательской деятельности выдвигают свои кандидатуры на занятие вакантных должностей в высших учебных заведениях и научных институтах по указанию Наркомпроса; при замещении вакантных должностей по конкурсу, при прочих равных условиях,

преимущество отдается лицам, окончившим аспирантский стаж; 3) в случае отказа штатного аспиранта от дальнейшей подготовки к научной и преподавательской деятельности до окончания установленного срока, данный аспирант обязан провести работу по указанию Наркомпроса в течение того же срока, какой он состоял штатным аспирантом, или возместить Наркомпросу всю сумму полученной им стипендии за время его аспирантского стажа; 4) в случае, если Наркомпрос в течение 3 месяцев не предоставит окончившему стаж штатному аспиранту места по его специальности, то последний освобождается от обязательства; при этом в течение указанных 3 месяцев за аспирантом сохраняется государственная стипендия.

210) По распоряжению НКЗ'а и ГПФ'а РСФСР списки оканчивающих свой стаж штатных ординаторов клиник за 3 мес. до окончания стажа посылаются в органы здравоохранения по месту нахождения Медвузов и в НКЗ, а немедленно по окончании стажа ординаторы являются в здравотделы или НКЗ (в Москве). От явки не освобождаются и те из окончивших ординатуру врачей, которые выдвигаются Медвузами для занятия должностей штатных и сверхштатных ассистентов, причем им дается отсрочка на 2 месяца—в Москве и на 3 месяца—в провинции. В течение этого срока выдвинутые кандидатуры в ассистенты должны быть рассмотрены во всех инстанциях до ГПФ включительно, который об утверждении кандидатов сообщает в Организационно-Административный отдел НКЗ. Здравотделы, не получившие в указанный выше срок от НКЗ или правлений Медвузов извещения об утверждении ГПФ'ом окончивших ординатуру ассистентами, дают им соответственные назначения по линии НКЗ'а. Утвержденные ассистентами бывшие штатные ординаторы отбывают обязательный срок своей службы в клиниках.

211) Для врачей, работающих по найму и имеющих доход от частной практики в общей сумме не свыше 400 руб. в месяц, установлены такие же льготы при оплате жилых помещений, как и для научных работников, служащих и пр.

212) Наркомтруд СССР установил в лечебно-санитарных и ветеринарных учреждениях 6-часовой рабочий день для медицинских, ветеринарных и зубных врачей, научных работников, среднего медицинского и ветеринарного персонала (фельдшера, акушерки и т. п.), фармацевтов, педагогов, конторского персонала аптек и т. п. Младший медицинский и ветеринарный персонал относится к группе с нормальным 8-часовым рабочим днем.

213) По примеру прошлых лет НКЗ'ом организуются в будущем году курсы для усовершенствования врачей по туберкулезу в Ленинграде и в Москве.— в Ленинграде с 1 марта по 1 июля 1928 г., в Москве с 1 января по 1 мая 1928 г.

214) С 15 ноября тек. г. при Гос. Институте Физзиотрии и Ортопедии в Москве организуются 4-месячные курсы по физиотерапии для врачей.

215) В Ленинграде организуется институт по лечению наркоманов, алкоголиков и т. п. Во главе института будет стоять акад. Бехтерев.

216) При Ленинградской Психо-Неврологической Академии, по инициативе акад. Бехтерева, организуется Всесоюзный Пантеон, в котором будут собраны мозги выдающихся деятелей СССР, их портреты, биографии и пр.

217) В зданиях завода «Вуревестник» в Ленинграде начато оборудование большого завода медицинского оборудования. Завод будет выпускать такие предметы медицинского оборудования, которые до сих пор ввозятся из-за границы, в том числе хирургические столы, кварцевые лампы и т. п.; открытие завода состоится в 1928 г.

218) Харьковский профессор В. П. Воробьев получил премию имени Ленина за работы в области нормальной анатомии.

219) Наш знаменитый ученый, академик И. П. Павлов, весной тек. года подвергся операции по поводу печеночного камня. Несмотря на преклонный возраст, И. П. прекрасно перенес операцию (сделанную в б. Обуховской больнице проф. Мартыновым), после чего проделал курс лечения в Мариенбаде.

220) В Сибири умерла от бешенства, заразившись во время работы на Растигуновской станции, ж.-врач Егунова; в Ново-Сибирске скончался от ран д-р Тибер-Петров, зарубленный топором плотником Стражниковым, мстившим за смерть дочери; убийца, при обследовании, оказался психически-нормальным субъектом. (Бюлл. НКЗ, 1927, № 14).

221) В конце истекшего сентября покончил с собою самоубийством профессор Киевских институтов—Бактериологического и Ветеринарного Савицкий.

222) В Москве с 12 по 18 декабря тек. г. созывается II Всесоюзный Съезд физико-терапевтов и с 18 по 22 декабря—I Съезд по вопросам невропатологии и психиатрии (основная программная тема—эпилепсия).

223) В конце будущего 1928 г. НКЗ предполагает созвать в Москве I Всесоюзный Съезд по профессиональным болезням и промышленному травматизму.

224) По сведениям «Научного Работника» общее количество студентов-медиков в РСФСР в истекшем уч. году равнялось 17,973 чел.; постановлено вновь принять в Медвузы 2,375 чел.

225) Госуд. Центр. Книжная Палата в Москве приступила к изданию «Предметного Указателя русской медиц. журнальной литературы» за 1927 г. «Указатель» будет выходить 2 раза в год.

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

26) Прошу не отказать сообщить технику определения водородного числа в дистилливоде как до промывания ею посуды для реакции Wasserman'a, так и после промывания, а также в физиологическом растворе хлористого натрия 0,85%.

*Подп. № 1:26.*

**Ответ:** Водородное число (Ph) какого угодно раствора, независимо от его состава, определяется одинаково—или электрометрически, или колориметрически. Последний способ, колориметрический, значительно проще, быстрее и не требует специальных установок, кроме набора стандартных растворов индикаторов. Со своей стороны рекомендуем для этой цели компаратор F. Hellige, в котором стандартные индикаторы заменены цветными стеклами на кружках. Способ пользования аппаратом описывается в приложенном к нему наставлении, теоретические обоснования понятия и определения Ph весьма популярно изложены в ст. П. В. Сквирского «О некоторых основных физико-химических понятиях и методах исследования» (Врач. Газета, 1927, №№ 3, 5 и 6), а практические приемы—в небольшой брошюре М. К. Домонтовича «Определение концентрации водородных ионов».

*З. Блюмштейн.*

27) Может ли врач уездной советской больницы, которая обслуживает, между прочим, дом заключения, отказаться от насильственного введения желудочного зонда уголовному или политическому заключенному, объявившему голодовку?

**Ответ:** Наш Уголовный Кодекс предусматривает только не оказание помощи больному, без уважительных причин, со стороны лица, обязанного ее оказывать (ст. 157 У. К.). Заключенный, объявивший голодовку, навсегда является больным в смысле этой статьи У. К. Кроме того, существует ряд противопоказаний к введению желудочного зонда, и, наконец, насильственное введение зонда в тех случаях, когда пациент оказывает сопротивление, может быть опасным для здоровья и жизни больного. Таким образом врач должен тщательно обсудить каждый конкретный случай и должен считать себя обязанным произвести кормление через зонд только в тех случаях, когда дальнейшая голодовка угрожает смертью больного вследствие крайнего истощения его. В таких случаях едва ли возможно сопротивление больного, и введение зонда не будет насильственным. Прокурорский надзор, как это выяснилось из моей личной беседы с Нарком'юстом и Прокурором Татарской Республики, может требовать от врача применения искусственного кормления заключенного только в исключительных случаях (крайняя важность показаний заключенного для суда), и то лишь с особым на каждый раз разрешением Прокурора Республики.

*Областной эксперт ТР д-р А. Гусев.*

## Журналы и книги, поступившие в редакцию.

1. „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“, №№ 1—9.
2. „Архив Офтальмологии“, т. III, часть 3.
3. „Annales de l'Institut Pasteur“, №№ 9—10.
4. „Acta Medica Scandinavica“, вып. V—VI.
5. „Вестник Современной Медицины“, № 18.
6. „Врачебное Дело“, № 18.
7. „Венерология и Дерматология“, № 9.

8. „Врачебная Газета“, № № 18—19.
9. „Вестник Хирургии и Пограничн. Областей“, № 31.
10. „Гинекология и Акушерство“, № 4.
11. „Журнал Ушных, Носовых и Горловых болезней“, № № 7—8.
12. „Jornal dos Clinicos“, № № 15—16.
13. „Журнал для Усовершенствования Врачей“, № № 7—8.
14. „Журнал Современной Хирургии“, № 4 (10).
15. „Casopis Lékaruv Ceskych“, № 41.
16. „Клиническая Медицина“, № № 10—15.
17. „Le Cancer“, № 4.
18. „Ленинградский Медич. Журнал“, № 6.
19. „Медицинская Мысль“ (Узбекистан) № 8.
20. „Новый Хирургический Архив“, № 7.
21. „Новая Хирургия“, № 7.
22. „Науч. курсы для усов. врачей“, вып. 4.
23. „Одонтология и Стоматология“, № 4.
24. „Профилактич. Медицина“, № № 7—9.
25. „Русско-Немецкий Журнал“, № 9.
26. „Современная Психоневрология“, № 9.
27. „Терапевтический Архив“, № 4.
28. „Therapeutische Berichte“, № 10.
29. „Zentralblatt für Chirurgie“, № № 40—42.
30. „Курортное Дело“, № 9.
31. Г. Б. Геренштейн. „Введение в Практическую Психотерапию“. Ленинград. 1927.
32. Проф. Н. М. Какушкин. „Что такое женщина“. Саратов. 1927.
33. Б. М. Бродерзон. „Ионтофорез“. Ленинград. 1927.
34. Проф. Н. Finkelstein и G. Huber. „Детские Болезни“. Берлин. 1927.
35. А. В. Журавлев. „Клиническая электроновотерапия“. Москва. 1927.

---

## **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.

---

# 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.**

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1927—1928 год (с октября 1927 г. по октябрь 1928 г.),  
НА ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ

## Медицинская Мысль Узбекистана

(объединившийся с Средне-Азиатским Медицинским Журналом).

Год издания II (IV). Журнал ставит своей задачей: 1) Научное изучение болезней, свойственных субтропическим странам, в частности Узбекской республике и всей Средней Азии. 2) Изучение вопросов теоретической и практической медицины как лечебной, так и профилактической. 3) Ознакомление широкой массы врачей с новейшими достижениями медицинской науки. 4) Изучение быта, расовых и конституциональных особенностей и местных заболеваний коренного населения Узбекистана и всей Ср. Азии. Выходит ежемесячно книжками, не менее 6 печатных листов каждая, и монографиями в виде отдельных приложений. Ответственные редакторы: Наркомздрав д-р Ю. В. Левит, проф. А. Д. Греков (от Наркомздрава) и проф. А. Н. Крюков, проф. П. П. Ситковский (от Научно-Медицинского О-ва). Подписная плата на 1927—1928 год (с октября 1927 по октябрь 1928 г.)—5 руб. Цена отдельного номера 75 коп. Высылается по требованию наложенным платежом. Адрес редакции: Ташкент, ул. Кафанова, 71, Краевой Бактериологический Институт.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА на 1927 ГОД НА

## Омский Медицинский Журнал,

орган Омского Медицинского Института и Омского Медицинского О-ва,

издаваемый под редакцией проф. Д. А. В а л я ш к о. Редакторами отделов состоят профессор и преподаватели Омского Медицинского Института. Программа журнала: 1) Оригинальные статьи по всем вопросам биологии, теоретической и клинической медицины. 2) Литературные обзоры, рецензии и рефераты. 3) Военная медицина и санитария. 4) Социальная медицина и гигиена. 5) Случаи и заметки из практики. 6) Отчеты о съездах и заседаниях медицинских обществ. 7) Вопросы и ответы. 8) Хроника. Журнал выходит каждые 2 месяца (размер от 6 до 8 печатных листов). ПОДПИСНАЯ ЦЕНА на 1927 год—6 руб. Всю корреспонденцию направлять на имя секретаря редакции прив.-доцента А. Ф. Пономарева. Адрес редакции: Омск, Ленинская, № 9.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА на 1927 ГОД НА

## Клинический Архив Гениальности и Одаренности

(ЭВРОПАТОЛОГИИ), посвященный вопросам патологии гениально-одаренной личности, а также вопросам одаренного творчества, так или иначе связанного с психопатологическими уклонами. «АРХИВ» доступен не только специалистам, но и тем читающим кругам, которые интересуются пограничными областями психопатологии и биологии, как-то: врачам, юристам, педагогам, общественникам, инженерам, художникам, литераторам, музыкантам и пр. Выходит 4 выпуска (1 том) в год, редакция д-ра Г. В. Сегалина. Условия подписки: на год 5 руб., на  $\frac{1}{2}$  года 3 руб. Подписка и склад издания: «Практическая Медицина», Ленинград, проспект Володарского, 49.

„Вестник Микробиологии и Эпидемиологии“ 16-ый год издания. Издается Государственным Краевым Институтом Микробиологии и Эпидемиологии Юго-Востока СССР в Саратове под редакцией Директора Института проф. С. М. Н и к а н о р о в а. В год выходят 4 выпуска, по 5—6 печатных листов каждый, с рисунками, диаграммами и таблицами на отдельных листах. Программа журнала: 1) Оригинальные статьи по всем отделам микробиологии (преимущественно паразитической) и эпидемиологии. 2) Лабораторная практика. 3) Обзоры, рефераты и рецензии о русских и иностранных работах. 4) Научная хроника. Адрес редакции: Саратов, Казарменная улица, № 18. Подписная цена 6 руб. в год. Цена выпуска 1 р. 50 к. без пересылки.

Продолжается подписка на 1927 г. на ежемес. журнал **САРАТОВСКИЙ ВЕСТНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Орган Саратовского Губернского Отдела Здравоохранения и Научной Ассоциации врачей. Год издания VII. Журнал выходит под редакцией коллегии при Саратовском Губздраве в составе: д-ра **К. А. Коновалова**, д-ра **Г. С. Немсадзе**, проф. **В. И. Разумовского**, проф. **С. М. Никанорова**, д-ра **Г. А. Лалидуса**, д-ра **Л. А. Муносеева**, д-ра **З. Д. Исковой-Василевой** и секретарей д-ров **И. Б. Шустермана** и **И. М. Рабиновича**. Программа: 1) Оригинальные работы (главным образом по научно-практической и общественной медицине). 2) Научные обозрения (рефераты, авторефераты и рецензии). 3) Профессиональное движение среди медработников. 4) Санитария и эпидемиология. 5) Санитарная охрана труда. 6) Хроника. 7) Из жизни местных научных обществ. 8) Обзоры, рефераты, рецензии. 9) Уголок вопросов и ответов. 10) Официальная часть. Адрес: Саратов, Губздравотдел, редакция журнала „Саратовский Вестник Здравоохранения“ (уг. Вольской и Крапивной).

**Подписная плата:** на год с перес. 5 руб., на 6 мес. 3 руб. и на 3 мес. 1 руб. 50 к.

Продолжается подписка на 1927 г. на научный и научно-практический журнал

## „ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК“,

издаваемый **Одесским Государственным Химико-Фармацевтическим Институтом.**

Журнал ставит себе целью всемерно содействовать: 1) Развитию химико-фармацевтической промышленности на Украине и в Крыму, делу культуры, сбора и экспорта лекарственных растений. 2) Освещению вопросов фармообразования и рационального использования фармако-химиков и аптработников. 3) Химическому и бальнеологическому изучению Черного моря и его лиманов. 4) Разработке вопросов научной и практической фармации. 5) Научной постановке аптечного дела и развитию сети аналитических лабораторий в интересах профилактической медицины. 6) Пополнению знаний фармацевтов во всех областях их работы, знакомя их с новейшими достижениями в области фармации как в СССР, так и за границей. 7) Всем другим вопросам рационального лекарственоснабжения.

**Подписная цена:** на год — 5 руб., на 1/2 года — 3 руб. Отдельный № — 1 руб. с дост. и перес. Адрес редакции и конторы журнала: Одесса, Госхимфарин, ул. Красной Гвардии, 17.

В сентябре 1927 года выйдет в свет первый номер нового журнала, издав. Государств. Центральной Книжной Палатой

## „Предметный Указатель Русской Медицинской Журнальной Литературы“

(два номера в год). «Предметный указатель» содержит полный перечень статей, помещаемых во всех русских медицинских журналах, выходящих в пределах СССР. Часть тиража печатается на одной стороне листа для наклейки на каталожные карточки. Подписная цена: Двусторонние: на 1 год 5 р., на 6 мес. 3 р. Односторонние: на 1 год — 6 р., на 6 мес. — 3 р. 50 к. Подписка принимается: в Государственной Центральной Книжной Палате (Москва 69, Новинский Бульвар 36, тел. 2-52-10).

Принимается подписка на 1927 год на ежемесячный научный грузинский журнал

## „ТАНАМЕДРОВА МЕДИЦИНА“

(Современная медицина). Издание Коллегии младших преподавателей Тифл. Гос. Ун-та. При постоянном сотрудничестве профессоров, ассистентов и ординаторов Тифл. Гос. Ун-та, а также врачей и научных работников СССР и заграницы. **Подписная цена журнала:** на год — 10 руб., на 1/2 года — 5 руб. Ответств. редакторы: **И. В. Лордкипанидзе**, **П. Кавтарадзе** и **М. Цхакая**. Секретарь **А. Л. Рухадзе**. Адрес редакции: Тифлис, Пехановский проспект № 58—60, Центральный Клинический Институт, Клиника нервных болезней.

# СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ  
ПРОФЕССОРА Д<sup>РА</sup> 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.

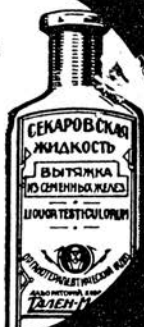
**ЦЕНА ФЛАКОНА 3 рубля.**

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  
А. ДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

# ГАЛЕН-МОСКВА

МОСКВА  
№ 5  
ГЕРЦЕНА



## ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

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

Высылаются наложенным платежом  
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

## CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

Гален



Москва