

# 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).

**№ 2.**

Ф е в р а л ь.

---

КАЗАНЬ.  
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Главлит СССР 108.

Тираж 3000 экз.

---

Казань, 1-я гостипография „Красный Печатник“. Казанская, 9



# Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Физиологической Лаборатории Мед. Фак. Казанск. Университета.  
(Зав. проф. Н. А. Миславский).

## К учению о зобной железе.

Прив.-доц. С. А. Щербакова и студента-медика А. В. Кибякова.

Несмотря на большое количество работ, посвященных вопросу о выяснении инкреторного действия зобной железы, мы до сего времени при суждении об ее роли бродим в потемках,—до сих пор значение, этой железы остается еще крайне загадочным. Всестороннее изучение, путем эксперимента, функций этого органа в животном организме непосильно для одного исследователя; поэтому подходить к настоящему вопросу можно лишь путем накопления достаточного опытного материала,—только тогда мы постепенно, камень за камнем, подведем крепкий фундамент под научное решение данного вопроса.

Большинство исследователей для обнаружения специфического гормона зобной железы пользовались методом экстирпации последней, другие, с той же целью, выбирали противоположный путь,—гипертимизацию. Остановившись на этом последнем способе, мы решили, по совету проф. Н. А. Миславского, начать наши исследования с выяснения влияния этого органа на газообмен, так как в этом направлении физиология зобной железы представляет наибольший пробел.

Еще не так давно принимали, что  $t^0$  тела у гомойотермных животных, поддерживаемая на определенной высоте различными функциями организма, зависит лишь от деятельности центрального органа—мозга (центров холода и тепла); и только с развитием учения о внутренней секреции стало известно, что некоторые инкреторные железы принимают большое участие в теплорегуляции; так, выключение щитовидной железы вызывает падение температуры на 1—2°, гиперфункция ее—повышение на несколько градусов. Вылущение эпителиальных телец имеет своим последствием потерю способности теплорегуляции: животные становятся пойкилотермными,—температура их тела становится в зависимость от температуры окружающей среды. Перерезка спинного мозга и выключение теплового центра в опытах Adler'a не останавливали действия инъекций экстрактов щитовидной железы на поднятие температуры у зимоспящих животных.

Таким образом мы вправе ожидать, что и зобная железа, как инкреторный орган, не остается безучастной в обмене веществ. К сожалению, в этом направлении мы имеем слишком скудные сведения. Опыты Friedleben'a<sup>1)</sup>, произведенные на атимированных щенках, показывают, что после удаления зобной железы количество выделяемой  $CO_2$  у животных значительно понижается; так, например, у нормальных животных он имел в среднем 0,00138 куб. с.  $CO_2$  на 1 грамм веса в 1 минуту

при 0°, а у атимированных—всего лишь 0,00121 куб. с. Правда, благодаря крайне несовершенной методике автора, работавшего в 1858 году, Biedl<sup>2)</sup> придает мало значения его исследованиям; тем не менее последующие опыты Ruchti<sup>3)</sup> по своим результатам служат подтверждением данных Friedleben'a: удаление зубной железы, действительно, понижает количество выделяемой CO<sub>2</sub>. Опираясь на эти данные, мы могли-бы предположить, что гипертимия должна иметь своим последствием противоположное явление, т. е. повышение газообмена. В этом направлении мы имеем исследование Schenk'a<sup>4)</sup>, произведенное на зимоспящих животных. Этот автор устанавливает, что подкожная инъекция ежам, в период зимней спячки, экстрактов щитовидной железы, зубной железы, передней доли гипофиза и супраренина очень резко повышает обмен у этих животных, часто до полного пробуждения их.

Столь незначительный экспериментальный материал заставил нас подойти к вопросу о влиянии зубной железы на газообмен путем длительной гипертимизации животных, для чего нами был избран способ введения препаратов железа per os. Мы отказались от инъекций экстрактов железа по той причине, что, с одной стороны, исследования Swale Vincent'a<sup>5)</sup> показывают, что инъекции могут вызывать у животных столь сильное побочное действие, что оно напоминает собою картину отравления стрихнином: с другой—тот же автор, а в последнее время и Ф. Д. Агафонов<sup>6)</sup> обнаружили явно-депрессорное действие экстрактов на нервную систему.

Свое исследование мы производили на белых крысах, причем в нашем распоряжении были четыре пары животных, из которых 1-я пара (самцы одного гнезда) к началу работы были в возрасте 9 мес. и 18 дней, 2-я пара, молодые самцы, и 3-я пара, молодые самки (все одного гнезда), имели возраст 1 мес. и 17 дней и 4-я пара, самки, были в возрасте 25 дней \*). Каждое животное имело отдельное, вполне изолированное помещение. Корм (молоко, белый хлеб и рубленое мясо) всем животным давался одновременно и всегда в одинаковом для каждой пары количестве. Перед исследованием газообмена животные голодали не менее 14 часов. Взвешивание животных производилось еженедельно и, кроме того, в день опыта (натошак). При определении количества выделяемой CO<sub>2</sub> мы пользовались методикой школы Пашутина<sup>7)</sup>, но с той разницей, что количество поглотителей в наших опытах было значительно меньше, так как 1) мы имели дело с некрупными животными, а 2) продолжительность нахождения животного в камере ограничивалось 2-мя часами.

Камера, системы Хорвата, в которую сажалось животное (стеклянная банка емкостью в 3 литра, снабженная герметически закрывающейся крышкой, края которой погружались в ртуть), имела в своей крышке две стеклянные трубки: одну—длинную, достигающую почти до дна, служившую для входящего воздуха, и другую—короткую, служившую в качестве выходного отверстия. Входное отверстие камеры было соединено посредством каучуковых трубок с поглотителем, содержащим куски натрон-калька для улавливания CO<sub>2</sub>, атмосферного воздуха, и с очень

\*) Отметим, что половая зрелость у белых крыс наступает в возрасте после 2 месяцев.

чувствительными газовыми часами Elster'a. Выходное отверстие камеры соединялось со следующими сосудами: 1) поглотителем с  $H_2SO_4$ —для улавливания водяных паров выдыхаемого воздуха и частью атмосферного. 2) 2-м, 3-м, 4-м, 5-м, 6-м, 7-м и 8-м поглотителями с раствором КОН (одна весовая часть на 2 вес. части  $H_2O$ )—для получения выдыхаемой  $CO_2$ , 3) 9-м поглотителем с  $H_2SO_4$ —для улавливания  $H_2O$  раствора предыдущих сосудов и 4) 10-м поглотителем с раствором едкого барита. служившим контролем полноты поглощения  $CO_2$ . За последним сосудом следовали вторые газовые часы. Пропускание воздуха производилось с помощью водяного насоса. При установлении времени пребывания животного в камере, а также скорости протягивания воздуха через всю вышеуказанную систему, мы воспользовались указаниями проф. Репрева<sup>8)</sup>, исследовавшего обмен у полиневритных голубей после применения рентгеновских лучей: автор, пользуясь тоже методикой Пашутина, сажал своих голубей в камеру на 2—3 часа при скорости прохождения воздуха около 2-х литров в минуту (показания газовых часов). Все поглотительные банки, начиная с № 2, взвешивались перед опытом и тотчас по окончании его на химических весах с точностью до 0,1 миллиграмма<sup>\*</sup>). Получавшаяся разница показывала весовые количества выделенной животным  $CO_2$  за время пребывания его в камере. Затем вычислялось количество выделенной  $CO_2$  на кило веса животного в 1 час. После установления нормы  $CO_2$ , выделяемой опытным животным, мы начинали давать per os препараты зубной железы, причем вначале мы пользовались препаратом Пеля, а затем перешли на препарат, изготовленный нашей лабораторией (подробное описание его приготовления описано в работе д-ра Ф. Д. Агафонова). Доза сухого вещества, начиная с 0,1, постепенно доводилась до 1,0. Препарат железы давался смешанным с рубленным мясом, в каком виде очень охотно и быстро с'едался животными; контрольным животным одновременно давалось равное количество того же мяса, но без железы.

Переходим теперь к рассмотрению результатов наших опытов. Наш материал можно разбить на 3 группы: 1-я группа опытов касается наблюдений над вполне зрелыми животными (самцами), 2-я группа—над молодыми, только что достигшими половой зрелости, самцами и самками и 3-я—над неполовозрелыми крысятами.

Обращаясь к 1-й группе опытов, мы нашли, что количество выделяемой  $CO_2$  у опытных животных вначале кормления довольно значительно возросло,—через 5 дней кормления разница в сторону увеличения достигла 0,245 на кило веса; но затем, начиная с 14-го дня, газообмен постепенно стал понижаться: через 14 дней разница в выделении  $CO_2$  равнялась 0,121 на кило по сравнению с контрольным животным, через 32 дня—0,091, через 42 дня—0,182, а к концу исследования, через 47 дней, она достигла уже 1,256. Результаты взвешивания животных за то же время показали, что весовые отношения, в сравнении с нормой, особых отклонений не представляют: до кормления опытное животное весило на 15,0 более контрольного, а в конце кормления—на 16,0; прибавка в весе на кило у нормального выразилась в 88,0, у опытного—в 87,7.

<sup>\*</sup>) Такую точность наши часы дают при нагрузке до 1 кило.

Во 2-й группе опытов мы наблюдали уже несколько иную картину: как самец, так и самка с первых же дней кормления реагировали значительным понижением газообмена, — через 7 дней мы имели у самца разницу в 0,148, у самки — в 0,888. Такое понижение, однако, по мере кормления начало сглаживаться, и, наконец, количество выделяемой  $\text{CO}_2$  сделалось большим. При исследовании на 48-й день с начала кормления мы нашли повышение у самца на 0,517, у самки — на 0,073. В результате кормления железой опытные животные этой группы обнаружили значительно меньшую прибавку в весе по сравнению с контрольными — самец на 20,7 на кило, самка — на 32,5. Таким образом здесь была заметна уже некоторая задержка роста животного.

В 3-й группе опытов (к сожалению, немногочисленных), где исследовались совсем молодые животные, задержка в росте в зависимости от кормления железой выразилась за месяц еще большей разницей, а именно, 672,3 на кило веса. Что касается газообмена, то и здесь животные обнаружили заметное понижение его. Мы заметили при этом, что самка более резко реагировала на введение препарата зубной железой, нежели самец. Подобное явление можно поставить в связь с данными д-ра В. Н. Воробьева, который, при исследовании зубной железой, всегда имел у поросят самок эту железу большей величины, нежели у самцов.

Теперь перед нами встает вопрос: были ли полученные изменения результатом именно гипертимии животных, т. е., иными словами, имеем ли мы право приписывать отклонения в газообмене и в росте действию специфических веществ *gl. thymus*? Патолого-анатомические исследования (Klose и Vogt's<sup>10</sup>) над атимированными животными показывают увеличение у них селезенки и поджелудочной железой. В обратном случае, т. е. при гипертимии, мы должны были бы ожидать уменьшения этих органов; и действительно, вскрытие наших крыс, убитых по окончании наблюдений, показало, что вес селезенки у всех животных, кормленных железой, был значительно меньше веса этого органа у контрольных. Так, у опытного самца № 1 вес селезенки равнялся 0,99, а у контрольного — 1,22; переводя эти цифры на единицу веса животных, мы имели у опытного (вес животного 308,0) вес селезенки равным 3,3, у контрольного (вес — 285,0) — 4,2. У опытного самца № 2 вес селезенки оказался 0,71, у контрольного — 1,02, или, на единицу веса, у опытного (вес — 310,0) — 2,29, а у контрольного (вес — 290,0) — 3,5. У опытной самки № 3 вес селезенки был 0,54, у контрольной — 0,79, или на единицу веса у опытной (вес — 195,0) — 2,7, у контрольной (вес — 192,0) — 4,9. Что же касается поджелудочной железой, то результаты ее изменений (а также изменений всех других инкреторных желез) будут сообщены после микроскопического исследования.

Данные, касающиеся уменьшения селезенки у кормленных железой крыс, вполне совпадают с данными, любезно сообщенными нам д-ром В. Н. Воробьевым, работавшим по вопросу о зубной железе на свиньях: вскрытие свиней, которым неоднократно трансплантировалась зубная железа, показало, что вес селезенки у них был значительно меньше в сравнении с нормальными; на кило веса, в среднем, у трансплантированных приходилось 0,89 против 1,78 нормальных. Таким образом, мы до некоторой степени можем предполагать, что отклонение в газообмене

и росте, имевшее место у наших животных при кормлении препаратами зобной железы, могло всецело зависеть от поступления в организм животного специфически действующих веществ зобной железы,—что мы имели перед собой результат гипертимии.

Заканчивая наше сообщение, мы должны отметить, что 1) при длительном кормлении зобной железой животные реагируют различно в зависимости от возраста и количественно различно—в зависимости от пола; 2) старые животные реагируют прогрессивным уменьшением газообмена после кратковременного его поднятия только в первые дни; 3) молодые животные обнаруживают вначале понижение газообмена, а вслед затем повышение его; 4) у старых животных при кормлении железой мы не заметили резких отклонений в росте; 5) молодые животные, кормленные железой, резко отстают в росте, причем у неполовозрелых остановка в росте принимает угрожающие размеры; 6) при длительном кормлении железой мы имели перед собой картину гипертимии.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Friedleben. Physiologie der Thymusdrüse in Gesundheit und Krankheit, 1858.—2) Biedl. Внутренняя секреция, 1914.—3) Ruchti. Biochem. Zeit., 1920, 105,1 (по Schenk'у).—4) Schenk. Pflüg. Arch., Bd. 197, H<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 1922.—5) Swale Vincent. Journ of physiol., vol. XXX, 1904.—6) Ф. Д. Агафонов. К физиологии зобной железы. Дисс. 1926 г.—7) И. А. Охотин. Патолого-анатом. изменение и газовый обмен у голод. кроликов. Дисс. 1885 г.—8) Посажный. О газообмене у голодающих собак. Дисс. 1886 г.—9) Репрев. Врач. Дело, 1924, № 20—23.—10) В. Н. Воробьев. Наблюдения над атимированными животными. Каз. Мед. Журн., 1926, № 8.—11) Klose und Vogt. Beiträge zur klinische Chir., Bd. 69.

---



Посвящается проф. ВАСИЛИЮ ИВАНОВИЧУ РАЗУМОВСКОМУ.

## Болезнь Кашина-Бека.

(Патолого-анатомическое исследование).

Проф. В. Шипачева.

Эндемия артрита или т. наз. „Уровской болезни“ впервые была обнаружена д-ром Кашиным 75 лет тому назад у жителей долины реки Урова (в Забайкалье), откуда и возникло название „Уровская болезнь“. Это своеобразное заболевание автор называет „ломотной болезнью“ (arthritis). В отношении этиологии д-р Кашин высказывает убеждение, что цынга, малярия и сифилис, под влиянием местных условий, могут переходить в „ломотную болезнь“. Что же касается особенностей местных условий, то он указывает на высокое стояние данной местности над уровнем моря, на закисание воды подо льдом в зимнюю пору, на повышенное содержание в воде известковых солей, на затхлость воздуха вследствие плохой вентиляции долин, замкнутых между горами, и на суровый климат.

В дальнейшем изучении этой болезни занимается д-р Бек, результатом чего и явилась его диссертация под заглавием: „Osteoarthritis deformans endemica в Забайкальской области“ (1906 г.). Автор подробно останавливается на взглядах д-ра Кашина, разбирая значение местных условий в этиологии болезни, и во всех пунктах не соглашается с ним; вместе с тем д-р Бек высказывает предположение, что причина болезни заключается в питьевой воде, и что этой причиной может быть „миазма или неорганическое вещество“.

Проф. Вельяминов полагает, что данная болезнь, несомненно, имеет связь с нарушением функции щитовидной железы и должна быть отнесена к категории тиреогенных полиартритов.

За последнее время в лаборатории нашей клиники предприняты исследования в целях выяснения патогенеза и этиологии данного заболевания. Сперва была сделана попытка решить вопрос о значении питьевой воды. С этой целью были поставлены опыты, в 1924 году, на молодых, еще растущих кроликах, которые содержались в эндемическом очаге, причем их поили водой реки Унды, а остальные продукты питания—овес и картофель—брались полученные из г. Иркутска.

Этими опытами было установлено, что Уровская вода вызывает у экспериментальных животных задержку роста, худобу и полифагию. При патолого-гистологическом исследовании у них были найдены: в костях—задержка окостенения и расширение гаверсовых каналов, в соединительной ткани—отечность, в мышцах—уменьшение объема мышечных волокон, в печени—клеточная инфильтрация вокруг сосудов, в почках—явления полнокровия, в желудке и кишечнике—расширение сосудов и скопление

клеточных элементов в межмышечных слоях, в селезенке—развитие соединительной ткани, утолщение и гиалиновое перерождение эндотелия сосудов мальпигиевых телец; зубная железа уменьшена и полнокровна, щитовидная железа уменьшена, фолликулы ее местами в спавшемся состоянии, а местами сильно растянуты коллоидом, паращитовидные железы проявляют склонность к незакономерному росту, гипофиз полнокровен, клетки его уменьшены, семенные железы уменьшены, сперматогенез выражен слабо.

В дополнение к экспериментальным исследованиям были произведены и клинические наблюдения, которые состояли в поголовном осмотре жителей эндемического очага. Всего было осмотрено 15 поселков (5,759 человек), на основании чего мы пришли к выводам, что эндемический полиартрит характеризуется не только внешними проявлениями со стороны суставов, но еще целым рядом других явлений со стороны организма, как-то: зобом, преждевременною старостью, задержкой роста, гипертрофией лимфатического аппарата. Со стороны пищеварительного тракта необходимо отметить разрыхление десен, позднее прорезывание зубов, запоздалое физическое развитие детей. Во многих случаях отмечается чередование поносов с запорами, частое вздутие кишек, геморрагические сыпи на коже и пр. Все перечисленные признаки одинаково часто встречаются, однако, в данной местности и у лиц, не страдающих полиартритом.

Далее, было выяснено, что в большинстве случаев развитию деформирующего полиартрита предшествуют общие явления со стороны организма: мышечная слабость, легкая утомляемость, ломота в костях и суставах, особенно нижних конечностей. Кроме того, было установлено, что на развитие болезни оказывают влияние, в смысле усиления болезни, материальная небезопасность, тяжелый физический труд, плохие условия санитарно-гигиенического быта, перенесенная инфекция (корь, скарлатина, инфлюэнца, малярия и пр.), травма и загрязнение воды.

В вопросе о влиянии воды на развитие болезни нужно помнить, что в пределах эндемического очага и питание водой незагрязненной, кристально-чистой еще не спасает от заболевания артритом, а лишь в значительной мере понижает процент заболеваемости.

При сравнении результатов поголовного осмотра отдельных поселков друг с другом видно, что с увеличением заболеваемости артритом количество зоба падает, и наоборот. Если изучать распространение эндемии, идя от более пораженных артритом сел к менее пораженным, напр., от истока р. Унды (пос. В.-Ундинка) к ее устью (Казаково), то можно заметить, как постепенно нарастает количество зоба, а за ним следом двигается артрит, который как-бы вытесняет зоб.

В предыдущих наших работах, посвященных изучению эндемического полиартрита, были приведены общие клинические сведения, экспериментальные данные и наблюдения над животными эндемического очага. Попутно нами приведены и патолого-анатомические данные. Изучение эндемии с патолого-анатомической стороны представляет весьма трудную задачу, благодаря трудности получить секционный материал; поэтому в предыдущие годы, за время работы в эндемическом очаге, мы лишь разрабатывали пути получения этого материала, и только в настоящую поездку нам удалось собрать достаточное количество скелетного и секционного материала, на основании которого можно будет сделать некоторые

выводы и сообщения. При этом мы должны оговориться, что в настоящей краткой статье мы никоим образом не предполагаем дать исчерпывающего изложения патологической анатомии данного заболевания, а постараемся ознакомить лишь с основными положениями и нарисовать в общих чертах нашу работу в этом направлении.

Суммируя результаты наших патолого анатомических исследований, произведенных как на эмбрионах, так и на детях и взрослых различного возраста, мы можем прежде всего отметить, что через весь наш материал красной нитью проходят изменения в костно-хрящевой системе. Еще в эмбриональном периоде эпифизарные хрящи представляются расширенными и неправильно очерченными. В постэмбриональном периоде изменения еще больше усложняются, эпифизарная линия роста совершенно теряет свой нормальный вид, кость и хрящ становятся перемешанными без всякого порядка и обильно снабжаются сосудами, а в некоторых местах появляется вакуолизация. Кости разрежены, сосуды расширены, и вокруг них находятся очаги из красных кровяных телец. На ребрах появляются рахитические четки, под нахрящницей встречаются очаги кровоизлияния. Далее, у детей в возрасте 12 лет, как показывает костный материал, найдено в эпифизах вакуольное рассасывание кости. В более старшем возрасте (16 лет) вакуольное рассасывание кости увеличивается. На суставных поверхностях вакуоли сливаются друг с другом, образуя громадные язвы. В дальнейшем, наряду с лакунарным рассасыванием кости, в лакунах появляется пролиферация компактной костной массы, которая и закрывает костные дефекты, но в это время пролиферация кости еще далеко отстоит от регрессивного процесса. В более позднем возрасте (35 лет) пролиферация кости уже начинает превалировать над лакунарным рассасыванием, отчего на эпифизах появляются громадные наслоения компактной костной массы, которые в свою очередь подвергаются лакунарному рассасыванию, а суставные концы—стиранию. Благодаря стиранию, суставные концы костей часто моделируются неправильно, отчего конечности становятся в положение *genu valgum*, *genu varum* и *subluxatio*.

Рентгенскопическое исследование, а также распилы костей указывают на лакунарное рассасывание в эпифизах и равномерное рассасывание кости в диафизах. Таким образом на нашем материале поражение в костно-хрящевой системе обнаружено еще в эмбриональном периоде; на первом году жизни поражение резко усложняется, в возрасте 12—16 лет достигает большой выраженности, но на этом возрасте процесс не останавливается, а продолжает развиваться дальше вплоть до глубокой старости.

Найденные изменения в костно-хрящевой системе указывают на большое сходство данного поражения с *рахитом*, который развивается еще в эмбриональном периоде, а в последующем захватывает более поздние возрасты.

Но это еще не все,—на нашем материале можно установить еще проявление цынга, причем клинические наблюдения вполне подтверждают это. Следовательно, наши наблюдения совпадают с указаниями д-ра К а ш и н а, который говорит, что „цынга переходит в ломотную болезнь“, тем самым устанавливая существование цынга в эндемическом очаге.



Изучая найденные нами изменения во внутренних органах, следует указать на их постоянную клеточную инфильтрацию гнездного и диффузного характера. У эмбрионов она выражена слабо (главным образом в печени), у детей до году—более отчетливо, а в пожилом возрасте достигает большой выраженности.

Далее, из аномалий внутренних органов следует указать на поражение щитовидной железы, фолликулы которой представляются разрушенными, и их элементы беспорядочно рассеянными в строме. У детей, в возрасте до году, в фолликулах еще кое-где встречаются скопления коллоида, тогда как в пожилом возрасте они совершенно пусты.

Лимфатические железы, по выраженности патологического процесса, несомненно, занимают второе место после щитовидной железы: в них отсутствует деление на корковый и мякотный слои, у детей среди клеточных элементов встречаются эозинофильные клетки, напоминающие собой миелоциты.

В зубной железе у детей отсутствует разница между корковым и мякотными слоями. Тельца Gassal'я мелки и отодвинуты к периферии.

В селезенке мальпигиевы тельца разрыхлены, лимфоциты в них как будто отсутствуют.

В печени, кроме клеточной инфильтрации, у детей наблюдается вакуолизация клеток, а в пожилом возрасте—обилие клеток с крупными ядрами.

Поджелудочная железа содержит обильное количество мелких островков Langerhans'a.

В надпочечниках нетипично и слабо выражена зона glomerulosa.

Таким образом становится очевидным, что изучаемая нами эндемия сопровождается глубоким поражением эндокринных желез и всех органов, причем эти аномалии появляются еще в эмбриональном периоде, а затем картина поражения усложняется, приобретая большую выраженность и некоторые специфические оттенки; но, вместе с тем, она остается с теми же основными чертами рахита и цынги.

В специальной литературе, когда возникает речь об этиологии и патогенезе рахита и цынги, всегда указывается на связь данных заболеваний с поражением эндокринной системы. Еще Levrat указывал на появление зоба при позднем рахите, а в новейшее время рахит ставился в зависимость поочередно от поражения надпочечников (Stoeltzner), зубной железы (Bach, Klose, Vogt, Matti), мозгового придатка (Klotz) и эпителиальных телец (Ritter). По отношению к цынге опять предполагается вероятное влияние тех же желез внутренней секреции. Таким образом становится очевидно, как тесно переплетаются рахит и цынга с поражением эндокринных желез.

Мы впрочем далеки от мысли ставить изучаемую нами эндемию в прямую зависимость от поражения эндокринных желез, ибо в настоящее время мы находимся в фазе этиологического исследования рахита и цынги, в происхождении которых главное значение приписывается недостатку витаминов. Экспериментальные исследования Funk'a, M. Collum'a, Powers'a, Park'a, Simmonds'a окончательно закрепляют значение витамина А в развитии рахита, а исследования Holst'a, Frölich'a. Палладина и др. указывают, что отсутствие в пище витамина С ведет к развитию цынги. Поэтому мы склонны рассматривать изучаемую нами эндемию, как *сложный авитаминоз*.

Если это так, то невольно возникает вопрос: существуют ли в очаге эндемии условия, необходимые для развития такого авитаминоза? Выше уже было указано, что вода эндемического очага оказывает влияние на развитие эндемии, но лишь в смысле повышения или понижения процента заболеваемости. В виду этого у нас зародилось подозрение, не играет ли здесь роль полноценность продуктов питания в очаге эндемии. Еще 75 лет тому назад д-р К а ш и н ставил развитие Уровской болезни в зависимость от сурового климата местности. Действительно, климат эндемического очага весьма неблагоприятный: весна с постоянными заморозками, лето с холодными ночами и осень с ранними инеями, повидимому, препятствуют достаточному вызреванию хлебов и овощей, что, несомненно, медленно, но верно приводит их к вырождению, это и побудило нас приступить к экспериментальному изучению данного вопроса.

Опыты велись на кроликах и белых крысах, которых мы кормили зерновым хлебом эндемического очага, причем для контроля брали зерновой хлеб из Ульяновска <sup>1)</sup>. Для суждения о полноценности хлеба мы пользовались измерением роста растущих животных и патолого-гистологическими исследованиями их костей и эндокринных желез.

Забегая несколько вперед, мы можем сказать, что наши предварительные опыты дали некоторые факты, подтверждающие высказанный взгляд: у экспериментальных животных получились изменения в эпифизарных хрящах, костях, зубной и щитовидной железах, причем у всех животных была находима клеточная инфильтрация тканей.

Пока мы ограничимся лишь этими краткими указаниями, подробно же весь наш экспериментальный материал будет изложен в специальной работе, после проверочных опытов.

На основании полученных результатов мы можем сделать следующие выводы:

1) В костях, у субъектов, живущих в эндемическом очаге болезни К а ш и н а-Б е к а и не страдающих артритом, имеются те же структурные изменения, что и у артритиков; поэтому нельзя судить об эндемии по поражению суставов.

2) Через весь обследованный нами патолого-анатомический материал проходят красной нитью поражения костно-хрящевой системы, которые появляются еще в эмбриональном периоде; уже на первом году жизни картина поражения усложняется, к 12—16 годам достигает большей выраженности, а в последующие годы развивается дальше вплоть до глубокой старости; эти изменения в костно-хрящевой системе выражаются в беспорядочном росте кости,—растущая кость и хрящ без всякого порядка перемешаны друг с другом; сформированная кость подвергается рассасыванию, а взамен идет пролиферация кости, которая отчасти заполняет полученные дефекты; в некоторых случаях пролиферация кости идет незаконномерно и обуславливает деформацию суставных концов костей.

3) При разбираемой болезни мы находим глубокие изменения в щитовидной и зубной железах, а также в надпочечниках и в поджелудочной железе; лимфатические железы, селезенка, печень, центральная

---

<sup>1)</sup> Злаки Иркутского округа, с Лены и Прибайкалья мы считали непригодными для контрольных опытов, так как, возможно, они также являются неполноценными в отношении питания.

нервная система, периферические нервные стволы и мышцы также вовлекаются в процесс.

4) Патолого-анатомическая картина и клинические наблюдения указывают на полное сходство эндемии с рахитом в комбинации с цынгой, но с некоторыми особенностями; болезнь зарождается в эмбриональном периоде, в постэмбриональном периоде постепенно усложняется, к 12—16 годам достигает большой выраженности, но на этом процесс не останавливается,—он продолжает развиваться дальше вплоть до глубокой старости.

5) Если патолого-анатомические данные и клинические наблюдения указывают на тождественность изучаемой нами эндемии с рахитом и цынгой, то, придерживаясь современных взглядов на патогенез рахита и цынги, как на авитаминоз, мы вправе рассматривать и данную болезнь, как *сложный авитаминоз*.

6) Основная причина эндемии, повидимому, кроется в неполноценности продуктов питания у местного населения: злаки и овощи под влиянием сурового климата вырождаются и теряют необходимые для питания биологические свойства; экспериментальные исследования дали нам факты, подтверждающие высказанный взгляд.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

К а ш и н. Сведения о распространении зоба и кретинизма в пределах Российской Империи. 1861.—Бек. К вопросу об *osteoarthritis deformans endemica* в Забайкальской области. 1906.—Вельяминов. *Polyarthritis chronica progressiva thyreotoxica*. Русский Врач, 1908.—Mc. Collum und Pitz. Journ. of biolog. chem., 1917.—Mc. Collum, Simmonds and Pitz. Ibid., 1917, 1922.—Funk. Die Vitamine. 1921.—Powers, Park and Simmonds. J. of biolog. chem., 1923.—Holst a. Frölich. Journ. of tropical hygiene, 1920.

---

## Определение хлоридов желудка, как метод изучения функциональной деятельности его\*).

Ассистента **А. И. Миркина**, научных сотрудников **Э. Р. Могилевского**  
и **Д. Б. Рабиновича**.

(С 9 кривыми).

Успехи современной функциональной диагностики секреторной и двигательной работы желудка являются в большой мере результатом получившего значительное распространение фракционного метода исследования желудочного содержимого с применением тонкого зонда, и, если несколько лет тому назад еще и раздавались голоса против применения тонкого зонда, то в настоящее время они умолкли.

Старый метод исследования функции желудка с классическим Boas-Ewald'овским завтраком включает в себе два существенных недостатка, умаляющих его значение: во-первых, мы не можем толстым зондом выяснить себе всю картину работы желудка за известный пищеварительный период, а имеем лишь отдельные моменты этой работы; во-вторых, невозможно с современной физико-химической точки зрения этим путем определить истинную кислотность желудочного содержимого.

Длительное зондирование с помощью тонкого зонда впервые предложил для функциональной диагностики желудка в 1913 г. Ehrenreich в Германии, однако дальнейшим успехом тонкого зонда мы обязаны Rehfuss'у (Америка), Venetty (Англия) и Горшкову (Россия).

Одно из главных преимуществ фракционного метода исследования желудочного содержимого тонким зондом состоит в том, что почти как в физиологическом опыте, длительно, не нарушая целостности желудка, мы можем наблюдать за его работой и можем в любое время изменять эту работу, влияя на желудок тем или иных раздражителем, воздействуя на него непосредственно или через кровь тем или иных фармакологическим средством и наблюдая непосредственно результат нашего вмешательства.

Единообразной, всеми принятой методики фракционного способа исследования желудка не существует. Каждый автор, занимавшийся вопросом длительного зондирования, применяет свою методику, часто предлагая определенный завтрак. Однако различия всех этих модификаций в общем ненастоятько существенны, чтобы отдать предпочтение какому-нибудь определенному методу.

Фракционный метод дает в результате исследования ряд цифр, выражающих количественно общую кислотность и содержание свободной

\* ) Доложено в 88 Научном Собрании врачей Института 7/XII 1926 г.

соляной кислоты в течение определенного периода после воздействия того или иного раздражителя. Эти величины кислотности вычерчиваются в виде кривых, характеризующих с большой наглядностью работу желудка. В то время, как при одномоментном способе исследования желудка,—статистическом, по выражению Katsch'a и Kalk'a,—результаты целого ряда исследований дают одинаковые цифровые данные, при параллельном применении фракционного метода в этих же случаях получаются типы кривых, резко отличающиеся друг от друга.

Réhfuss первый сделал попытку разобраться в этих кривых и разделил их на 7 групп. Katsch и Kalk значительно упростили классификацию этих кривых и различают 3 характерных типа: 1) крутые или вялые кривые, 2) высокие или низкие кривые, 3) длинные и короткие кривые.

Для нормальных желудков характерно умеренное поднятие кривой, стояние ее на умеренной высоте в течение незначительного времени и постепенное, — мы бы сказали литическое,—падение ее. Типы, характеризующие раздражение желудка, отличаются крутым подъемом и опусканием, при кратком или продолжительном стоянии кислотности на высоких цифрах. Вялые типы кривых имеют медленный подъем, достигающий умеренной высоты, и дают медленное опускание при той или иной продолжительности.

Многочисленные попытки изучения функции желудка и то и дело появляющиеся новые методы исследования являются результатом большой неудовлетворенности исканиями в этом направлении, так как изучение только одной функции—секреторной или двигательной—не дает нам еще определенного и ясного представления о нарушении всей работы желудка при патологических его состояниях.

Кривые кислотности, получаемые при современных методах фракционного исследования желудочного содержимого, являются результатом суммирования нескольких факторов, а именно, секреции желудочных желез, двигательной деятельности желудка и в ней,—что самое главное.—работы привратника. Выделить влияние каждого из этих факторов на кривую составляет задачу будущих исследований, так как для решения этого вопроса совершенно недостаточно определения только двух моментов—количества общей кислотности и количества свободной соляной кислоты.

К числу способов, изучающих изолированно секреторную функцию желудка, относятся метод хромоскопии (Glässner и Wittgenstein, Лурья и Миркин и др.) и метод получения чистого желудочного сока (Katsch, Delhognе). Эти методы, несомненно, внесли больше ясности в оценку секреции желудка, имея, напр., особенное значение для понимания некоторых форм ахилий и для дифференцирования различных форм гастритов (Лурья и Миркин). Вопрос об изолированном изучении двигательной деятельности желудка обстоит гораздо труднее. Рентгеноскопия, несомненно, широко раздвинула границы наших представлений об этой деятельности желудка, но все же и этот метод фиксирует только отдельные моменты моторной работы желудка вне связи с его секреторной функцией.

Уже в 1907 году Rosemann указал, что наряду с выделением соляной кислоты желудок выделяет и хлориды. Katsch и Kalk, применив метод тонкого зонда, нашли, что хлориды могут выделяться же-



лудком различной концентрации. Целый ряд авторов (Bolton, Goodhardt, Rotschild, Крюков и Кассирский) предлагает, попутно с определением кислотности желудочного содержимого, определять в нем и количество хлоридов для того, чтобы по кривой нейтрализованных хлоридов судить о состоянии привратника. Основанием для определения хлоридов, как фактора, указывающего на двигательную деятельность желудка, послужили работы Болдырева, показавшие, что по количеству нейтрализованного хлора в желудочном содержимом можно судить о степени забрасывания в желудок щелочного содержимого 12-перстной кишки, т.е. о работе привратника, регулирующего как двигательную, так и секреторную функцию желудка.

Исходя из работ Болдырева, Крюкова и Кассирского и Rotschild'a, мы сделали попытку фракционным методом выяснить на материале нашей клиники характер кривых кислотности и хлоридов при различных заболеваниях и соотношение между двигательной деятельностью желудка и колебаниями кривых хлоридов в желудочном содержимом.

Мы применяли завтрак, предложенный Leschke и состоящий из 1 капли ol. carvi, 10 частей чистого алкоголя, 0,25 ванилина и 15,0 сахара на 194 воды, а впоследствии перешли на кофеиновый завтрак (coffeini puri 0,2 на 300,0 aq. destill. в теплом виде). Этот завтрак, предложенный не так давно проф. Katsch'em во Франкфурте, имеет, на наш взгляд, ряд преимуществ, на которых мы подробно остановимся в отдельной работе. Желудочное содержимое выкачивалось натошак, а затем, после завтрака, через каждые 15 мин. извлекались отдельные порции по 10—12 к.с. в течение 2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> час. При этом соблюдались обычные при фракционном исследовании меры предосторожности (тщательное перемешивание желудочного содержимого перед каждым извлечением, сплевывание слюны, фиксирование зонда в одном положении). В отдельных порциях исследовались общее количество соляной кислоты (свободная + связанная), свободная соляная кислота, общее количество хлоридов и количество нейтрализованного хлора (в миллиграммах). Общее количество хлоридов мы получали титрованием  $\frac{n}{100} \text{ Ag NO}_3$ , а вычитая из общего количества хлоридов количество хлоридов, имеющих в общем количестве соляной кислоты, мы получали количество нейтрализованных хлоридов, выраженное в миллиграммах. Полученные цифровые данные, соответственно времени опыта, изображались графически на четырех кривых: общего количества соляной кислоты, свободной соляной кислоты, общего количества хлора и нейтрализованного хлора. На последних двух кривых каждая единица ординаты соответствует 10 миллиграммам.

Всего нами было сделано на 107 больных 122 исследования. По диагнозам больные распределялись следующим образом: 1) ulcus ventriculi—10, 2) ulcus parapyloicum—29, 3) cholecystitis—13, 4) gastritis acida—2, 5) gastritis subacida—2, 6) gastritis anacida—5, 7) stenosis pylori—3, 8) gastrojejunosomosis—1, 9) cancer ventriculi—4, 10) splanchnoptosis—1, 11) neurosis ventriculi—10, 12) appendicitis chronica—3, 13) helminthiasis—2, 14) tbc pulmonum—3, 15) pleuritis exsudativa—1, 16) cancer pulmonum и др. opr.—3, 17) anaemia perniciosa—1, 18) diabetes mellitus—1, 19) lymphogranulomatosis—1, 20) nephrosis—1, 21) mala-

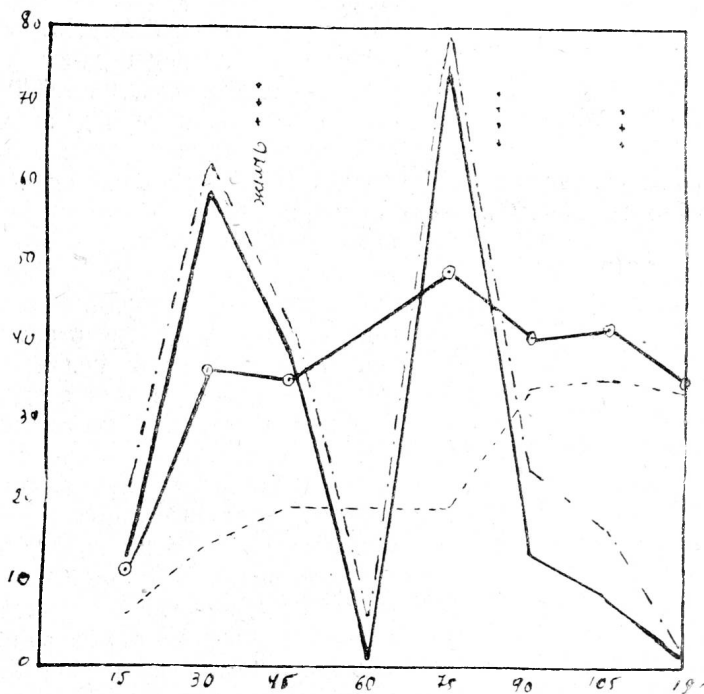
gia—1, 22) arteriosclerosis—1, 23) tabes dorsalis—1, 24) заболевания нервн. системы—8. Из них с hyperaciditas было 54 случая, с subaciditas—16, с normoaciditas—15 и с achylia—22.

I. Случаи с hyperaciditas по болезням распределяются так: 1) ulcus ventriculi—4, 2) ulcus parapyloericum—28, 3) gastritis acida—3, 4) neurosis ventriculi—6, 5) cholecystitis—8, 6) stenosis pylori—1, 7) helminthiasis—2, 8) arteriosclerosis—1, 9) tbc pulmonum—1.

Из всех случаев этой группы на долю язв желудка и duodeni приходилось т. о. 59% (32 больных). В противоположность другим авторам (Rotschild) мы нашли, что в этой группе в большинстве случаев maximum кислотности наступает очень рано, уже на 30-й—45-ой минуте, и только в меньшем числе случаев имеется позднее наступление maximum'a.

По характеру кривых кислотности мы находили в этой группе 3 типа: быстрый и крутой подъем с обычно столь же быстрым и крутым спуском, лестничный тип и тип с длительным стоянием на высоких цифрах (кривые №№ 1, 2, 3). Кривые общего количества хлора в общем

Рис. 1.



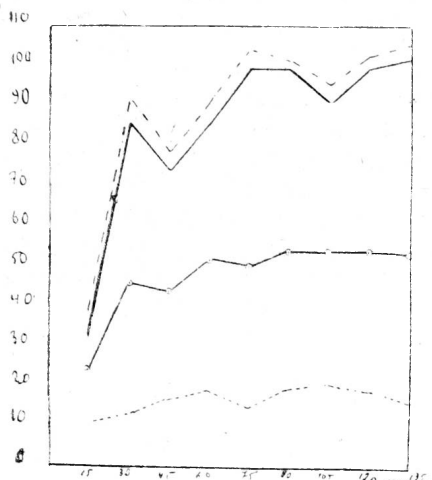
Ординаты обозначают количество хлоридов в мгр. (одно деление=10 мгр.) и кислотность в куб. сан.  $\frac{1}{10}$ -норм. раствора NaOH, абсциссы—время в минутах.

Такое же обозначение действительно и для кривых №№ 2—9.

- — Общее количество хлоридов.
- — Нейтрализованные хлориды.
- — Свободная HCl.
- · - · - · — Общее количество HCl (свободная + связанная).

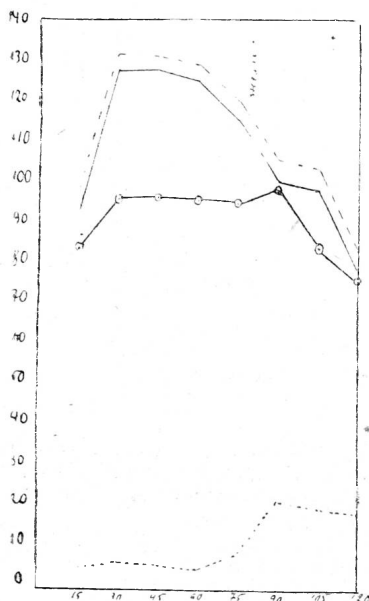
идут независимо от кривых кислотности, но в целом ряде случаев они несколько соответствуют ходу кислотных кривых, хотя никогда не дают при этом столь резких колебаний. Между тем, как кривые кислотности, достигнув через то или иное время своего maximum'a, круто или медленно начинают спадать, кривые общего количества хлора в данной

Рис. 2.



группе все время или остаются на максимальной высоте, или же медленно, но неуклонно, ровно или иногда давая небольшие ремиссии, продолжают подниматься вверх и почти во всех случаях стоят в конце исследования на большей высоте, чем вначале. В тех местах, где кислотные кривые падают, они неизбежно перекрещиваются с кривыми общего количества хлора. Maximum количества общего хлора, который мы наблюдали в этой группе, доходил до 0,96‰ (кислотность в данном случае была 134). Кривые нейтрализованных хлоридов дают небольшие колебания, держатся на небольшой высоте и только в период значительного понижения кривых кислотности круто поднимаются вверх, доходя maximum до 0,58‰. Резкий скачок кривых нейтрализованных хлоридов вверх свидетельствует об открытии привратника после спастического его состояния, так как в этот момент происходит значительная нейтрализация желудочного содержимого щелочным соком 12-перстной кишки. Резкий подъем нейтрализованных хлоридов при этом совпадает с ясным появлением желчи в содержимом желудка.

Рис. 3.



Кривые нейтрализованного хлора в этих случаях далеко отстоят и от кривых общего количества хлора.

Поучительны случаи, где кривые нейтрализованного хлора стоят на низких цифрах за весь период исследования в то время, как кривые кислотности стоят на значительной высоте. В этих случаях кривые нейтрализованного хлора или совершенно не перекрещиваются с кислотными кривыми, или перекрещиваются очень поздно, на 90-й—100-й минуте. Такие кривые нейтрализованного хлора говорят о длительном спазме привратника и являются результатом отсутствия нейтрализации содержимым 12-перстной кишки желудочного содержимого за весь период исследования.

В этих случаях далеко отстоят и от кривых общего количества хлора.



Значительные, довольно резкие колебания кривых кислотностей сопровождались также значительными колебаниями кривых нейтрализованных хлоридов. Это явление характерно для следующих друг за другом спастических сокращений и последующих расслаблений привратника. И действительно, исследуя соответствующие порции желудочного содержимого в моменты падения кривых кислотности, мы постоянно обнаруживали желчь, появляющуюся в желудке во время расслабления привратника (кривая № 1). В случаях, где кривые нейтрализованных хлоридов стояли на низких цифрах в то время, как кривые кислотности стояли на высоком уровне, или же в тех случаях, где кривые нейтрализованных хлоридов давали резкие колебания, обратные колебаниям кислотности, мы рентгеноскопией часто обнаруживали спастическое состояние пилорической части желудка, и в этот момент больные жаловались на приступы болей. Отмечая время появления и исчезновения болей, мы часто могли заметить совпадение их с вышеупомянутыми колебаниями нейтрализованных хлоридов. В целом ряде других случаев мы и по кривым нейтрализованных хлоридов, и рентгеноскопией обнаруживали спазм привратника без субъективных ощущений боли.

Разбираясь в типах кривых кислотности данной группы больных, соответствующих тому или другому заболеванию, мы, как и другие авторы (Benett и Ryle, Katsch и Kalk, Rehfuß, Rotschild), могли подметить особый тип кривой, характерный для язв 12-перстной кишки, — это лестничный тип. Мы его встречали у 80% наших больных с язвами привратника и duodeni (кривая № 2). Как известно, американские авторы (Rehfuß) говорят даже о патогномичности этого типа кривой для вышеупомянутых язв.

В группе холециститов (8 случаев) мы также могли отметить ранний подъем кривых кислотностей, высокие цифры их, низкое стояние кривых нейтрализованных хлоридов и отсутствие или позднее переkreщивание их с кислотными кривыми. Это указывало на спазм привратника, что подтверждалось и рентгеном. Во всех этих случаях дело шло о сравнительно — свежих холециститах, где заболевание появилось не больше 1—1½ лет.

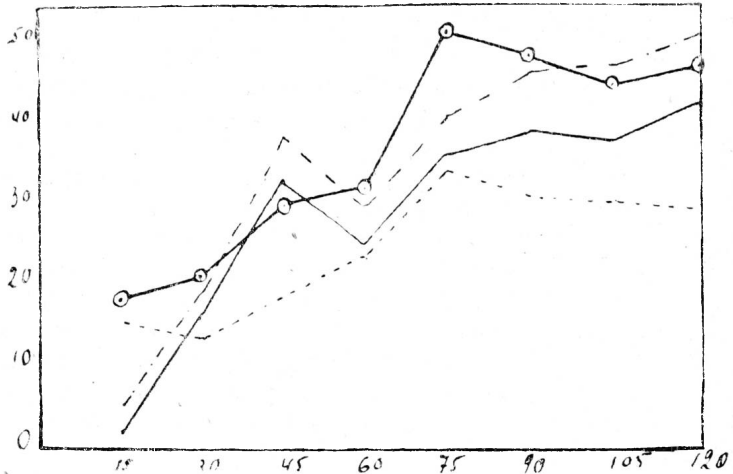
Итак изучение кривых кислотностей и хлора данной группы больных позволяет нам сказать, что определенного типа кривых, соответствующего тому или иному заболеванию желудка, за исключением *ulcus duodeni*, и то не всегда, — не имеется. На основании кривых кислотностей мы можем говорить только о характере той или иной функции желудка, секреторной и отчасти двигательной. Кривые нейтрализованных хлоридов говорят нам о состоянии привратника, т. е. об одном из существеннейших факторов двигательной функции желудка, причем изучение соотношения кривых кислотностей и хлоридов дает нам возможность получить более четкое представление о работе привратника в течение более длинного периода желудочного пищеварения, чем рентгеновское исследование, фиксирующее только отдельные моменты этой работы.

Изучение кривых, полученных фракционным методом, дает нам возможность заподозрить существование самостоятельных заболеваний привратника, выражающихся спазмами и болями желудка. Как известно, эти спастические состояния привратника играют значительную роль в клинике заболеваний как самого желудка, так и брюшных органов вообще.

II. Больных с normoaciditas у нас было 16. По заболеваниям они распределялись следующим образом: 1) *ulcus ventriculi*—4, 2) *neurosis ventriculi*—3, 3) *gastritis chronica*—1, 4) *cholecystitis*—1, 5) *stenosis pylori*—1, 6) *tabes dorsalis*—1, 7) *malaria*—1, 8) *appendicitis chronica*—4.

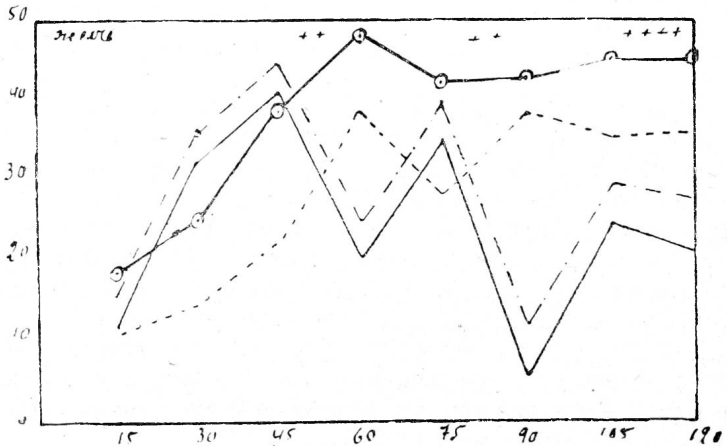
Здесь получались кривые кислотности самого разнообразного характера, но, что особенно останавливает наше внимание,—это быстрый и крутой подъем, резкие колебания, а также длительное стояние максимум'a кислотности в случаях язв желудка и 12-перстной кишки, протекавших с нормальной кислотностью (кривые №№ 4 и 5). Кривые общего

Рис. 4.



количества хлора обнаруживали в своем течении большее постоянство, давая только незначительные колебания, а кривые нейтрализованного

Рис. 5.

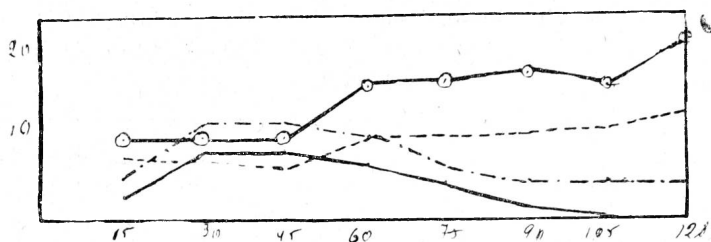


хлоридов шли в направлении обратном кривым кислотности и нередко на одной и той же кривой перекрещивались с ними 2 раза: один раз через 30—45 минут, второй раз—вначале или в конце 2-го часа. Максимальное количество общего хлора доходило до 0,40%, а нейтрализованного хлора—до 0,20%.

III. Больных с subaciditas было у нас 15, которые распределяются по диагнозам следующим образом: 1) gastritis subacida—2, 2) cholecystitis—1, 3) tbc pulmonum—2, 4) pleuritis exsudativa—1, 5) splanchnoptosis—1, 6) gastro-jejunistomosis—1, 7) lymphogranulomatosis—1, 8) neurosis ventriculi—2, 9) ulcus ventriculi—3, 10) nephrosis—1.

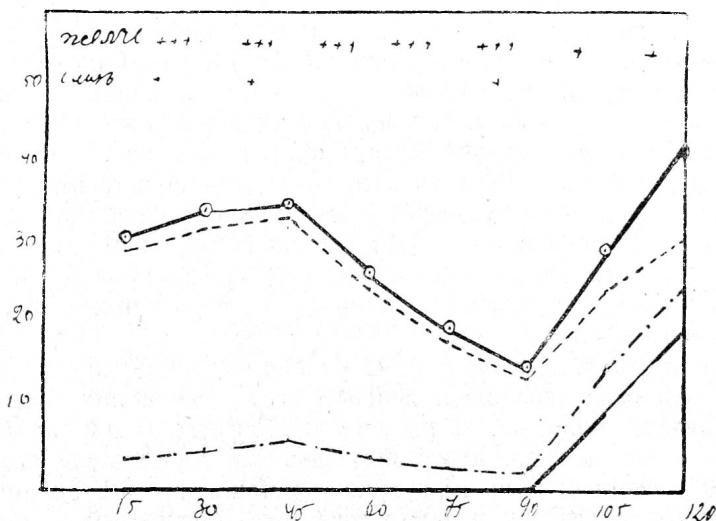
Кривые кислотности этих больных имеют вялое течение. Число общего количества хлора в данной группе доходило до 0,48‰, число нейтрализованных хлоридов—до 0,40‰. Вначале исследования кривые общего и нейтрализованного хлора перекрещивались с кислотными кривыми, но затем до конца исследования первые шли значительно выше последних (кривая № 6). Из этих случаев обращают на себя внимание кривые больного с gastro-jejunistomosis (кривая № 7), где общая кислот-

Рис. 6.



ность шла на очень низких цифрах—6 и лишь на 120-ой мин. доходила до 25. В то же время кривая общего количества хлора и нейтрализованного хлора с самого начала исследования стояла на сравнительно высоких цифрах—0,33‰ для первой кривой и 0,30‰—для второй. Во всех порциях желудочного содержимого наблюдалось большое количество

Рис. 7.



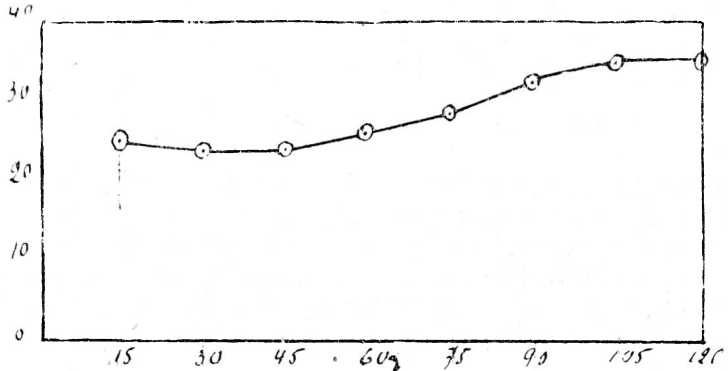
желчи. Этот случай, как и целый ряд других случаев, где кривые общего, а главное нейтрализованного хлора стояли высоко, а кривые кислотности—низко, мы можем отнести к группе т. наз. hyperaciditas pormochlorida

по Крюкову и Кассирскому. Отметим здесь только, что число нейтрализованных хлоридов по сравнению с общей кислотностью в этом случае было особенно велико; на причинах этого явления мы еще остановимся ниже.

IV. Четвертая группа обнимает собою 22 больных с anaciditas и ахилией. По заболеваниям они распределяются так: 1) cancer ventriculi—3, 2) tumor malignum брюшн. органов—3, 3) tbc pulmonum—1, 4) anaemia perniciosa—1, 5) malaria chronica—2, 6) cholecystitis chronica—2, 7) appendicitis chronica—2, 8) gastritis anacida—5, 9) ulcus duodeni—1, 10) pleuritis exsudativa—1, 11) diabetes mellitus—1.

Число общего хлора доходило в этой группе до 0,43<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. В случаях с cancer ventriculi количество хлора доходило до 0,40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, при anaemia perniciosa—до 0,23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Reisner и Wiener предлагали по количеству хлора в желудке ставить распознавание рака желудка, полагая, что количество хлоридов при раке выше, чем при доброкачественных ахидиях. Rotschild, хотя тоже нашел общее количество хлора у раковых

Рис. 8.

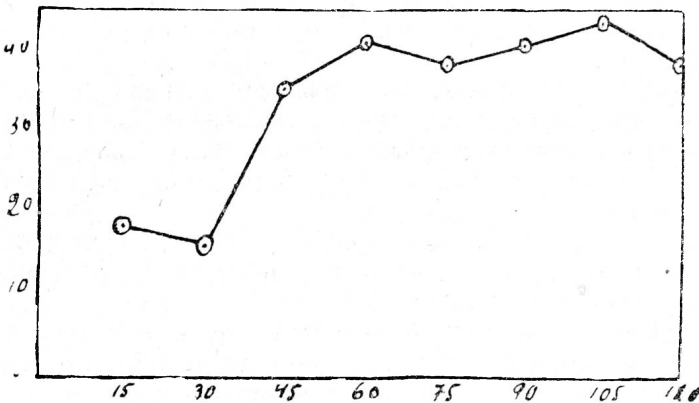


больных повышенным, но такие же высокие цифры обнаружил и при anaciditas—в случае активного легочного tbc. Grund нашел, что количество нейтрализованного хлора у раковых больных не повышено, а Bennett нашел у раковых больных почти нормальное количество хлоридов. Анализ наших случаев говорит против возможности делать какое-либо заключение о злокачественности или доброкачественности процесса в желудке по количеству хлоридов в желудочном содержимом. Так, напр., на кривой № 8 от больного с cancer ventriculi мы видим, что кривая общего количества хлора доходит до 0,40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, на кривой же № 9, от больного с insuff. v.v. aortae, maximum общего хлора—0,43<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, т. е. цифры почти одинаковые.

Если кислотность этой группы равняется нулю или не превышает 10, то, естественно, возникает вопрос, откуда же в них берутся такие высокие цифры хлоридов? Крюков и Кассирский полагают, что в таких случаях желудок может выделять сок нормальной или даже повышенной кислотности, но, вследствие постоянного зияния привратника в зависимости от его болезненного состояния, происходит постоянное забрасывание содержимого 12-перстной кишки, ведущее к нейтрализации желудочного содержимого. Количество нейтрализованных хлоридов в случаях подобного рода бывает сильно повышено, и их кривая протекает параллельно с кривой общего количества хлоридов. Крюков и Кас-

сирски й предлагают называть их „скрытыми“ или „маскированными“ формами расстройств секреции в отличие от истинных расстройств секреции, при которых количество нейтрализованных хлоридов, а во многих случаях и общего хлора, значительно понижено вследствие сильно ослабленной секреторной функции желудка. Таким образом по количеству нейтрализованных хлоридов мы можем судить об истинной ахилии или о „маскированной“ форме ее. Этот факт имеет не только теоретическое значение, но и практический интерес, так как в случаях „маскированных“ ахилий и subaciditas, где по числу нейтрализованных хлоридов мы видим, что выделение соляной кислоты не страдает, нецелесообразно, конечно, назначение ее внутрь. Маскированные формы расстройства секреции могут быть не только при ахилии, но также при hyperaciditas, при normoaciditas и hypaciditas. Крюков и Кассирский различают следующие формы „маскированных“ расстройств секреции: 1) hyperaciditas normochlorida, 2) hyperaciditas hypochlorida, 3) normoaciditas hyperchlorida, 4) normoaciditas hypochlorida, 5) hypaciditas hypochlorida, 6) hypaciditas hyperchlorida, 7) anaciditas normochlorida, 8) anaciditas hyperchlorida.

Рис. 9.



Высокие цифры хлоридов при ахилиях можно объяснить также теорией образования соляной кислоты желудком Rosemann'a, который разделяет этот процесс на два момента: первый—это отделение клетками желудка определенного количества хлора, как сырого материала из крови, второй—отщепление клетками слизистой оболочки желудка свободной соляной кислоты. Heilmeyer полагает, что отделение хлора представляет собою более простую функцию клеток, нежели отщепление кислоты. Последняя функция, как более тонкая и более дифференцированная, подвержена больше и чаще всяким влияниям со стороны различных вредных веществ и скорее растривается. Вот почему при угасшей функции желудочных желез, когда выделение соляной кислоты уже прекращается, более простая функция отделения хлора еще продолжается, и мы получаем сок щелочной реакции с нормальным или даже повышенным содержанием хлора. Самые низкие цифры общего количества хлора в группе ахилий получены нами в 3 случаях с далеко зашедшим tbc процессом, где количество хлоридов колебалось от 0,097% до 0,25%, и в одном случае с anaemia perniciosa, где minimum общего количества хлора был 0,11%, а maximum—0,21%. Во всех этих случаях имелись глубокие нарушения функциональной способности желудочных желез, так как желудочные

клетки не в состоянии уже были выполнять более простую функцию, как функцию выделения хлоридов. Быть может, этому функциональному состоянию соответствовали и глубокие морфологические изменения слизистой желудка в смысле ее атрофии.

Katsch и Kalk в недавно опубликованной ими интересной работе, считая, что выделение хлоридов представляет собою самостоятельную, независимую от выделения кислоты функцию желудка, отмечают, что по мере угасания функциональной способности желудочных желез сначала угасает функция образования кислоты, а затем и функция выделения хлоридов. Наиболее низкие цифры хлоридов они находили при раке и при *anaemia perniciosa*.

Независимо от того, какой из теорий придерживаться, мы, на основании анализа наших случаев и на основании литературных данных, можем сказать, что незначительное количество хлоридов при отсутствии кислотности в подавляющем большинстве случаев является выражением наиболее тяжелых форм ахилий и указывает на тяжелое, непоправимое функциональное поражение железистого аппарата желудка.

Изучение комбинированных кривых у 107 наших больных позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Кривые общего количества хлора менее варьируют, чем кривые кислотности.
2. Низкие количества нейтрализованного хлора при высоких цифрах кислотности говорят за спастическое состояние привратника; высокие цифры нейтрализованного хлора говорят за зияние привратника.
3. Надо отличать истинные расстройства секреции желудка от так наз. „маскированных“ расстройств.
4. Низкое стояние кривых хлоридов при отсутствии свободной соляной кислоты говорит за далеко зашедший процесс угасания секреторной функции желудочной клетки.
5. Характер кривых как кислотности, так и хлоридов при фракционном методе исследования желудочного содержимого не дает еще нам права говорить об определенном заболевании желудка.
6. Одновременное исследование хлоридов и кислотности является методом изучения функций желудка, одновременно фиксирующим картину как моторной, так и секреторной работы последнего.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Katsch und Kalk. Arch. f. Verdauungskr., 1924, Bd. 32 H. 5/6.—2) Glässner und Wittgenstein. Klin. Woch., 1923, № 35.—3) Лурья и Миркин. Врачеб. Дело, 1925, № 1—2.—4) Katsch. Verhandl. der deut. Ges. f. inn. Med., 36 Kongress, 1924.—5) Delhougne. Deut. Arch. f. klin. Med., 1926, Bd. 150, H<sup>1</sup>/<sub>2</sub>.—6) Rosemann. Pflüger's Arch., Bd. 118, 1907.—7) Bolton. Brit. med. journ., 1923, № 3268.—8) Rotschild. Arch. f. Verdauungskrank., Bd. 35, H<sup>5</sup>/<sub>6</sub>.—9) Krjukov und Kassirskyi. Zeit. f. d. ges. exp. Med., Bd. 44, H<sup>5</sup>/<sub>6</sub>.—10) Katsch und Kalk. Klin. Woch., 1926, № 20.—11) Heilmeyer. Deut. Arch. f. klin. Med., 1925, Bd. 148 H<sup>5</sup>/<sub>6</sub>.—12) Katsch und Kalk. Klin. Woch., 1925, № 46.—13) Woenckhaus. Zeit. f. klin. Med., 1924, Bd. 100, H<sup>1</sup>/<sub>2</sub>.

## Малярия и нервные болезни \*).

Проф. Н. Е. Кушева (Саратов).

Среди разнообразных осложнений, которыми столь богата малярия, осложнения со стороны нервной системы должны быть отнесены к числу серьезных и нередко опасных для жизни больных. Вот причина, почему я считаю необходимым коснуться в настоящее время этого вопроса, одинаково важного как для маляриологов, так и для врачей, специально занимающихся нервными болезнями. При изложении я буду пользоваться литературными данными и своими многолетними наблюдениями.

Все осложнения со стороны нервной системы малярийного происхождения принято делить в клиническом отношении на три группы; 1) осложнения со стороны центральной нервной системы, 2) осложнения со стороны периферической нервной системы и 3) осложнения со стороны вегетативной нервной системы. Нужно, однако, заметить, что в литературе встречаются и другие подразделения; так, итальянец E. Sacchi делит осложнения со стороны нервной системы болотного происхождения тоже на три группы, но в первую группу он относит осложнения со стороны нервной системы, появляющиеся во время пароксизмов обычной перемежной лихорадки, во вторую—более тяжелые осложнения после злокачественной малярии и, наконец, в третью—осложнения, присоединяющиеся к хронической малярии. Я полагаю, что первая классификация, как обнимающая все осложнения со стороны нервной системы и вместе с тем основанная на клинических симптомах, более для нас приемлема, почему мы в дальнейшем изложении и будем придерживаться этой группировки.

К первой группе нервных осложнений малярийного происхождения относятся параличи и парезы, менингит и энцефалит, атетоз, атаксия, множественный склероз и миэлит.

Самое старое сообщение о параличе при малярии было сделано Фернейем в 1586 г.; случай этот окончился выздоровлением; причиной осложнения параличем автор считал здесь изливание желчи в позвоночный мозг и в начало нервов.

В 1851 г. Оугадоу наблюдал при коматозной форме малярии параличу нижних конечностей и двигательную афазию. Он же в двух случаях встретил после приступов злокачественной малярии параличи с двигательной афазией.

В 1887 г. упомянутый выше Sacchi сообщил свои наблюдения над параличами после малярии. Приводя уже указанное мною деление параличей на три группы, автор отмечает, что формы малярийных параличей чрезвычайно разнообразны,—он наблюдал афазию, гемиплегию,

\*) Доклад, читанный на соединенном заседании Саратовского Физико-Медицинского Общества с Обществом Невропатологов и Психиатров имени проф. Л. О. Даркшевича при Саратовском Университете 28 декабря 1926 г.



параличи, растройство зрения и слуха и т. п.; чаще он встречал гемиплегию, которая сопровождалась афазией и другими расстройствами. Saccchi высказывает взгляд, что все эти параличи зависят от поражения головного мозга, хотя, по его мнению, в процесс может вовлекаться и спинной мозг. Патолого-анатомические изменения, по автору, при временных параличах заключаются в приливе крови к мозгу, а при злокачественных формах происходит закупорка капилляров пигментом или кровоизлияния в ткань мозга. Что касается до прогноза, то, по Saccchi, он благоприятен при доброкачественной малярии, но сомнителен при злокачественной. Автор предлагает лечить малярийные параличи хинином, а при мозговых приливах — пиявками к вискам, слабительными и прикладыванием льда на голову; при длительных параличах полезны электричество и водолечение вместе с укрепляющей диетой.

В 1889 г. Boinet и Saleberg, из Тонкина, опубликовали свои наблюдения над двигательными расстройствами при малярии. Они делят все подобного рода осложнения на три группы: 1) параличи, 2) судорожные расстройства и 3) явления мышечной атрофии. Параличи, по этим авторам, могут быть коркового характера и спинномозгового происхождения. Они появляются от гиперэмии или отека ткани мозга, более тяжелые осложнения — от кровоизлияний или размягчения мозга. Двигательные расстройства судорожного характера проявляются в виде атаксии, атетоза или судорог. Невсегда легко бывает провести, — говорят авторы, — дифференциальный диагноз малярийного поражения нервной системы от бери-бери и алкогольного паралича. Прогноз зависит от характера, локализации процесса и степени поражения нервной системы. Авторы предлагают лечить параличи хинином, фарадизацией и мышьяком.

В 1894 г. Grosset и Rouzier более подробно изучили вопрос о гемиплегиях у маляриков. Они делят все наблюдавшиеся ими случаи на 3 группы: 1) случаи параличей перемежного характера, наступающих во время приступа и исчезающих по окончании его; эти параличи сопровождаются судорогами, исчезают быстро от назначения хинина и зависят от мозговых приливов; 2) случаи параличей апоплектического характера, которые остаются после приступа и плохо излечиваются хинином, и 3) случаи параличей, появляющихся вне приступов и не уступающих лечению хинином.

Перехожу далее к осложнениям при малярии со стороны нервной системы в виде тяжелых, нередко смертельных церебральных поражений оболочек и вещества головного мозга. Большинство этих осложнений сопровождается комой и сопором, почему они и носят название коматозных форм малярии. В последнее время эти осложнения малярии описываются под названием *encephalitis malarica*. Известный русский специалист по маляриологии Греков различает три формы их в зависимости от продолжительности коматозного состояния.

Энцефалит в виде коматозной малярии известен уже давно и наблюдается нередко в тропических странах, а у нас — на Кавказе и в Туркестане. Давно это форма встречается и в Поволжье. Так, я лично первый случай коматозной малярии наблюдал еще будучи студентом, в 1882 г., у больного, снятого с парохода в бессознательном состоянии. На вскрытии были найдены в мозгу следующие патологические изменения: шоколадная окраска мозговой ткани и точечные кровоизлияния в веществе



мозга; селезенка и печень были увеличены, а ткань их окрашена в коричневатый цвет. Не мешает также упомянуть, что в Самаре назад тому несколько лет эта форма малярии принята была за чуму, и только приехавшие из центра бактериологи установили правильный диагноз.

Как известно, коматозная форма наблюдается часто при тропической малярии; в последние годы, однако, описаны случаи этой формы и при *mal. tertiana* (Залкинд, Wiener, Ewing, Hesse и др.), а также при *mal. quartana* (Zeger, Ruckewert, Коровицкий).

Я не буду останавливаться на клинической картине этого тяжелого осложнения малярии; полагаю, что картина эта известна всем, укажу только на описанные Dürck'ом гранулемы в головном мозгу у больных, погибших от энцефалита малярийного происхождения; эти патологические изменения Dürck считает специфическими для малярии. Д-р Непряхин, из Казани, в своей статье „К патологической анатомии головного мозга при тропической малярии“ (Каз. Мед. Ж., 1926, № 12) приходит, однако, к заключению, что описанные Dürck'ом „малярийные гранулемы“ не суть специфические образования вообще и в частности неспецифичны для малярии. В виде периваскулярных скоплений ядер глии „малярийные гранулемы“ были описаны Seelen'ом при сыпном тифе, Spielmeier'ом — при брюшном тифе и дизинтерии, Schmidt'ом — при геморрагическом энцефалите, Давидовским — при лейкемии, септицемии и самим Dürck'ом — при болезни Chagas.

Очаговые заболевания в мозгу при малярии проявляются в виде гемиплегий с афазией и без нее, реже в виде параличей и моноплегий.

Бульбарные расстройства при малярии наблюдали Vignani и Marchiafava в виде изменения речи и паралича обоих лицевых и языкоглоточных нервов. Deutmann описал случай одностороннего пареза языкоглоточного нерва с атаксией левой руки при злокачественной малярии. Д-р Менцов опубликовал случай афазии на почве малярии; больной поступил в приемный покой Владикавказской ж. д. в бессознательном состоянии; болен три дня; селезенка увеличена; после впрыскивания под кожу хинина сознание возвратилось: на вопросы не отвечает, но пишет хорошо; небольшое усиление коленных рефлексов, параличей нет. Автор предполагает, что в левом полушарии мозга, в области третьей лобной извилины, произошли какие-то патологические изменения, которые вызвали корковую двигательную афазию. Под влиянием лечения хинином случай окончился выздоровлением. Проф. Жуковский в Анапе наблюдал афазию при малярии у 13-летней девочки; болезнь окончилась выздоровлением после хининного лечения.

Заболевание спинного и продолговатого мозга после малярии, по Manpaberg'у, наблюдается неособенно редко, но все же реже, чем головного. Проф. Быстренин, из Саратова, описал случай *meningitis spinalis*, а д-р Мостков, в Поти, наблюдал менинго-малярию у детей 8—12 лет. Чаще всего встречаются параличи нижних конечностей с расстройством чувствительности, к которым присоединяются параличи мочевого пузыря и прямой кишки, причем в некоторых случаях отмечается атрофия мускулатуры. Часто трудно сказать, идет ли здесь дело о периферическом неврите, или о заболевании центрального органа.

Csillag наблюдал серию параличей, развившихся в течение тяжелых приступов малярии. Случай периодических параличей на почве ма-

лярии, кроме Csillag'a, наблюдали также Savage, Romberg, Chatres и Залкинд. Последний встретил интересный случай миэлиита с повышенным сухожильных рефлексов и с клонусом, но без паралича. В патогенезе малярийных параличей, по Залкинду, существенную роль играют циркуляторные расстройства в мозговых сосудах, причем перемежающийся характер параличей можно объяснить свойствами перемежающейся интоксикации.

Monacho и Ranichi придают большое значение агглютинирующим свойствам крови маляриков: хинин понижает агглютинацию и тем самым обуславливает нестойкость параличей. С таким объяснением едва-ли, однако, можно согласиться.

Lavegan наблюдал один случай малярии с параплегией, но без расстройства чувствительности и без паралича мочевого пузыря и прямой кишки. Интерес этого случая заключается, между прочим, и в том, что в крови здесь были найдены малярийные паразиты.

Реже, по Manaberg'y, встречаются параличи всех конечностей. Maillot описал один подобный случай; сначала здесь наступил тремор верхних конечностей, затем паралич верхних, и, наконец, нижних конечностей. Случай окончился летально при явлениях паралича дыхания. При аутопсии были обнаружены сильная гиперемия мягкой мозговой оболочки и мозга в шейной части и красное размягчение на уровне поясничной части.

Во время малярийной инфекции наступает иногда изолированный паралич мочевого пузыря в виде задержания мочи.

Случай Brown-Sequard'овского паралича при малярии описаны Pozzili и Lenders'ом. Оба случая Ziemann считает сомнительными, так как в анамнезе больных отмечен сифилис.

Спастический спинномозговой паралич при малярии описал в 1918 г. Driel.

Случаи судорог клонического, тонического и смешанного характера при малярии описывались много раз. Так, Maillot наблюдал один случай, где после приступов mal. tertianaе, сопровождавшихся комой, наступила контрактура правой руки. Verden, из Алжира, утверждает, что во время приступов малярии он часто наблюдал контрактуру конечностей.

Boinet и Saleberg описали интересный случай атетоза у одного солдата в Тонкине. После нескольких приступов малярии первые симптомы осложнения выразились в чувстве онемения в правой руке, а затем в чувстве ползания мурашек в обеих руках. Через 10 дней наступил приступ с коматозным состоянием, после которого на второй день появился типичный атетоз в правой руке. Чувствительность по ходу обоих локтевых нервов была понижена, а в лучевых сохранена.

Отмечены в литературе также случаи paralysis agitans, столбняка и тетании, как осложнений малярии.

Болезнь Raunaud также наблюдалась при малярии. Сам Raunaud впрочем не мог установить точно связи ее с малярией, но после него Ray и Maggoin, опубликовав свои наблюдения, высказали взгляд, что болезнь Raunaud может вызываться малярией. Особенно показательный случай этого рода был описан Blanc'ом. Дело шло о молодом пациенте, который страдал хронической малярией; у него наступило

алгидное состояние, и во время приступа малярии появились цианоз и охлаждение тела, а затем боль в ногах и чувство ползания мурашек в пальцах ног; в межлихорадочных промежутках все эти явления исчезали. С каждым новым пароксизмом указанные выше симптомы все более усиливались, и в конце концов дело дошло до сухой гангрены ножных пальцев.

Следует упомянуть, что в литературе описаны также у маляриков случаи *pseudotabes*. Так, Kohler и Pick, в 1879 г. наблюдали один случай острой атаксии после перемежной лихорадки. У больного после нескольких сильных приступов ежедневной малярии появились дизартрия и атаксия всех четырех конечностей; пателлярные рефлексы отсутствовали, был нистагм, зрачки были узки, не реагировали на свет; после непродолжительного лечения наступило выздоровление. Delwèze сообщил, что он видел на о. Ямайке подобный же случай атаксии с растройством зрения малярийного происхождения, причем симптомы носили здесь перемежный характер и уступили соответствующей терапии.

Залкинд в своей статье „Невромалярия“, описав случаи из своей практики, говорит следующее: „Растройство координации движения столь рельефно у маляриков, что атаксия красной нитью проходит через другие осложнения как центрального, так и периферического характера. Проявляется она в разнообразных формах—от легкой инкоординации до степени распространенной атаксии. Последняя особенно ярко выступает в виде т. наз. „острой атаксии“ Leiden-Westphalia. Итальянские авторы описывали остро развивающийся при малярии „*syndrome cerebellare*“ (Pandolfi, Forli, Ficacci и Schüpfer): у больных внезапно после приступа наступали атаксия, атония, растройство походки, тремор, нистагм, дизартрия и т. п. При лечении хинином—благоприятные результаты“.

В 1925 г. прив.-доц. Амосов и д-р Линдтроп опубликовали статью под заглавием „Острая малярийная атаксия“, о которой приводят свои наблюдения над целым рядом малярийных больных с острой атаксией. В истории болезни одного случая (№ 1) отмечено следующее: „Имеется ясное растройство статики: больной не может стоять и сидеть, его качает в стороны, он падает, как скоро сдвигает ноги. В руках в первые дни болезни резкая атаксия, заметно растроена речь, она монотонна, не медулирована, дизартрична, с ясным носовым оттенком. Мышечный тонус понижен. Сухожильные рефлексы на ногах и брюшные повышены. Никаких растройств чувствительности нет, ни Babinsk'ого, ни клонусов“. При лечении авторы советуют употреблять большие дозы хинина (до 4,0 *pro die*) с последующей хинизацией. В большинстве случаев у них имел место хороший исход заболевания не только *quo ad vitam*, но и по отношению к сохранению полной работоспособности.

Перехожу далее к рассеянному склерозу. Вопрос относительно множественного склероза и отношения его к малярии до сих пор не получил окончательного разрешения. С одной стороны многие симптомы, наблюдающиеся при малярийном рассеянном склерозе, являются тождественными с симптомами настоящего „*sclerose en plaques*“, с другой эта форма отличается быстротой развития, течением и, главным образом, исходом в выздоровление. Есть также авторы, которые приходят к заключению, что рассеянный склероз малярийного происхождения без спе-

дифического лечения может переходить в настоящий склероз (Marie, Charcot, Hirt, Триантафиллидес).

По Mannaberg'у рассеянный малярийный склероз — страдание довольно частое. К такому же выводу пришел у нас в России прив.-доц. Соболев, сам страдавший этой болезнью. В настоящее время в литературе накопилось немало описаний случаев таких осложнений с исследованиями крови на плазмодии, причем чаще всего здесь встречались паразиты тропической малярии. Появляется это осложнение или во время приступа, или после окончания малярии; в первом случае симптомы рассеянного склероза могут носить перемежающийся характер, как это было в случае Kiewet de Jonge'a (1903). В случае д-ра Триантафиллидеса симптомы малярийного склероза, а именно расстройства речи и движения, наблюдались во время приступа малярии. Этот и другие его случаи дают право Триантафиллидесу сделать предположение, о котором я раньше говорил, — что без основательного лечения рассеянный малярийный склероз может переходить в настоящий склероз (*sclerosis disseminata*).

Описанный Spiller'ом случай рассеянного склероза малярийного происхождения окончился смертью, причем на аутопсии в мозгу были обнаружены бляшки рядом с капиллярами, наполненными малярийными паразитами, т. е. такие же образования, какие были описаны Dügsk'ом под названием „гранулем“. Подобный же случай поражения центральной нервной системы малярийного происхождения описан в русской литературе д-ром Доброхотовым. Наконец, следует упомянуть о докладе прив.-доц. Н. В. Миртовского, сделанном им на Поволжском Малярийном съезде по вопросу о рассеянном склерозе при малярии. Докладчик наблюдал 16 случаев этого заболевания, причем пришел к следующим выводам: 1) Патогенез диссеминированного склероза продолжает оставаться спорным вопросом, несмотря на ряд новых данных, полученных клиникой и экспериментом. 2) Малярия способна вызвать диссеминированные поражения нервной системы. 3) Течение малярийного диссеминированного поражения нервной системы имеет свои клинические особенности, отличные от *sclerosis disseminata*. 4) При лечении малярийных диссеминированных поражений нервной системы благоприятные результаты получаются: а) в острых случаях от комбинированного лечения неосальварсаном и хиной, б) в хронически текущих случаях — от неосальварсана (или Ars) и иода.

Обращаюсь далее к эпилепсии. Вопрос о связи эпилепсии с малярией в литературе еще не решен, и до сих пор неизвестно, может ли малярия вызывать настоящие эпилептические приступы. Есть авторы, которые склонны приписывать здесь малярии провоцирующую роль. Случаи излечения эпилепсии хинином описаны Lavegan'ом, Wiluski, Abadie, Белоусовым и др. В русской литературе имеются сообщения подобного рода Знаменского, Первушина и Драпкина. Последний автор, описав 4 случая, пришел к заключению, что малярия во всех этих случаях предшествовала эпилепсии, и первые припадки падучей наступали или в течение малярийного процесса, или, чаще, вскоре после прекращения приступов его. Что касается до собственных случаев, то нам приходилось нераз наблюдать усиление припадков эпилепсии при заражении малярией, но появления эпилепсии в зависимости от малярии мы не встречали.

Вторую группу нервных осложнений малярии составляют, как уже упомянуто, осложнения со стороны периферической нервной системы. Из таких осложнений периферический неврит, по Mappenberg'у, очень редко вызывается малярией. Однако Gowers наблюдал несколько случаев, где эндемическая малярия обусловила паралич нижних конечностей, главным образом мышц стопы, в частности—сгибателей стопы и разгибателей ножных пальцев, иннервируемых малоберцовым нервом. В 1887 г. Singer также описал случай множественного неврита после малярии. Вслед за несколькими жестокими пароксизмами малярии у больного появились расстройства движений и чувствительности в верхних и нижних конечностях и паралич обоих лицевых нервов. После переезда больного из Сингапура в Европу и после гальванизации и сухих ванн наступило полное выздоровление.

Более обстоятельно и подробно описан случай малярийного полиневрита проф. Raumont'ом в его лекциях, читанных в 1895 г. в Париже. Случай касается мужчины, заболевшего в 30-летнем возрасте в Конго перемежающейся лихорадкой, во время которой появился вялый, безболезненный парез нижних конечностей. После двухмесячного лечения параплегии совершенно исчезла. Через 6 месяцев лихорадка снова возвратилась, и спустя 2 недели после этого появился парез ног. Состояние больного, несмотря на лечение, не улучшалось, почему решено было перевезти его во Францию, в Париж, где он и поступил в Сальпетриер, в отделение автора. При поступлении оказалось, что больной страдает параплегией, сопровождающейся расстройством термической и болевой чувствительности на стопах и голени, заметным ослаблением сухожильных коленных рефлексов, распространенной атрофией мышц бедра и голени. Больной не может ни ходить, ни стоять. Кроме того у больного отмечается ясно выраженная амнезия.

Подобные же случаи были описаны Масуага (в 1890 г.), Buzzard'ом (в 1886 г.), Combemaleм (в 1892 г.) и Catrin'ом (в 1895 г.). В 1899 г. Триантафиллидес на 1300 больных встретил неврит малярийного происхождения 5 раз. В первых трех случаях участие малярии, как причины болезни, сомнительно, но в остальных двух случаях малярия была, несомненно, единственной причиной болезни. В этих двух случаях был констатирован множественный неврит, причем лечение хинином дало хорошие результаты.

В новейшей литературе мы находим описание значительного количества случаев малярийных невритов. При этом по Schüpfer'у для малярийного неврита характерны ухудшение двигательной способности и чувствительность во время приступов малярии, отсутствие реакции перерождения в парализованных мышцах и более частое констатирование вазомоторных изменений.

Glogner описал 6 случаев полиневрита в Камеруне. Осложнение это наблюдалось в течение и после малярийной инфекции и отличалось резко от существующей там эндемической болезни — бери-бери. У четырех больных были при этом обнаружены паразиты малярии.

Из описанных в русской литературе случаев этого рода следует указать на случаи Шеффера, из Астрахани, и Залкинда, из Ростова на Дону. Остановлюсь сначала на случае Шеффера. Больная, 39 л., поступила в клинику с жалобами на головную боль, затрудненное жева-

ние, слезотечение и затрудненную речь. Больна неделю, в анамнезе годовая малярия. Поражены 5 черепно-мозговых нервов: III, IV, V, VI и VII, притом поражены двусторонне. Исключив при дифференциальной диагностике все аналогичные заболевания, автор остановился на периферическом характере данного страдания и распознал полиневрит черепно-мозговых нервов. Селезенка была увеличена, в крови паразитов не обнаружено. Продолжительное лечение хинином дало значительное улучшение. Залкинд наблюдал 6 случаев малярийного полиневрита, причем в одном из случаев тропической малярии симптомы полиневрита с повышением температуры нарастали, а во время нормальной температуры уменьшались.

В литературе имеются описания случаев аутопсии при малярийных невритах. В одних случаях преобладают патологические изменения в виде интерстициальных невритов, а в других—паренхиматозных. Luzatto нашел при вскрытии разрушение миелиновых оболочек и исчезновение осевых цилиндров.

Невралгии малярийного происхождения наблюдаются довольно часто и известны уже давно. Так, еще в 1866 г. Griesinger в своем труде „О горячечных болезнях“ касался этого вопроса. В заведомой им клинике он наблюдал 22 случая малярийных невралгий на 414 случаев малярии (5,3%), причем в 13 случаях имела место невралгия п. trigemini, в 7 случаях—невралгия головы, в 1 случае—невралгия глотки и в 1—межреберных нервов. Больные были в возрасте от 20 до 40 лет. Превалировал ежедневный тип лихорадки.

Позднейшими наблюдениями установлено, что малярийная невралгия не представляет никаких особенностей за исключением регулярной периодичности появления болей, хотя необходимо заметить, что невралгии и другого происхождения нередко также отличаются перемежающимся характером. По локализации чаще всего встречаются надглазничные и межреберные невралгии (Gowers), реже невралгии п. trigemini. Что касается до патогенеза болей, то их могут вызывать или паразиты, или их токсины, которые образуются в результате длительной малярии. Gowers говорит, что „невралгия является косвенным эффектом, результатом малокровия и угнетенного состояния нервной системы под влиянием малярийного яда“. Замечательно, что малярийные невралгии чаще появляются в безлихорадочном периоде; следует также указать, что микроскопическое исследование крови редко дает при них положительные результаты. Залкинд заявляет, что „особенно характерны болезненные ощущения в локтях, что зависит от невралгии п. ulnaris. Упорные головные боли зависят не только от раздражения веточки п. trigemini, снабжающей мозговые оболочки спереди, но и ramus meningei vagi, о чем свидетельствует симптом Mendel'я, констатированный в 3,1% (давление на заднюю стенку наружного слухового прохода вызывает резкую боль)“. Ziemann указывает на гемикранию, невралгию гортани, диафрагмы, желчного пузыря, яичников и на гиперэстезию кожи у маляриков.

Переходу, наконец, к третьей группе нервных осложнений малярии—к поражению вегетативной нервной системы. Отрицать участие симпатической нервной системы во время пароксизмов малярии—нельзя. Так, в период озноба у больных появляется характерная бледность кожи, особенно конечностей, дрожание, доходящее до самых сильных степеней,

и повышение температуры; все это сопровождается учащением сердечной деятельности, причем жар достигает иногда самого высшего предела. Раздражение симпатического нерва в дальнейшем переходит в раздражение *parasympatici*, что сопровождается падением температуры и появлением пота.

Как осложнения со стороны секреторных нервов, при малярии наблюдаются слезотечение, обильное истечение из полости носа, выделение молока из молочных желез и истечение из уретры.

Осложнения со стороны эндокринных желез после малярии описаны многими авторами. Так, напр., *Chauffard*, *Huber*, *Clement* отмечают, что поражение надпочечников при малярии—в виде геморрагий, перерождения, некроза ткани ведет к *Adisson*'овой болезни. В тропических странах наблюдаются на почве малярии поражения половых органов в виде инфантилизма. Описаны, далее, при малярии поражения щитовидной железы.

На этом я кончаю перечисление многочисленных осложнений со стороны нервной системы при малярии. Я не могу в настоящее время представить статистический материал Саратовской Малярийной Станции, касающийся этих осложнений—с одной стороны потому, что в первые годы работы станции мы не регистрировали подобные осложнения, а с другой—большинство маляриков с осложнениями со стороны нервной системы обычно обращаются в специальные клиники и амбулатории, ускользая таким образом от нашего исследования. Все же мы должны отметить, что среди разнообразных малярийных осложнений расстройства со стороны нервной системы наблюдаются чаще других.

Из вышесказанного мы видим, какое громадное значение имеет своевременное распознавание малярийной этиологии многих нервных болезней. Всего резче это проявляется при коматозной форме малярии, когда своевременно поставленный правильный диагноз буквально спасает больных от смерти.

В заключение не могу не высказать убеждения, что совместное обсуждение затронутого мною вопроса принесет несомненную пользу как невропатологам и маляриологам, так и всем вообще врачам, имеющим дело с малярийными больными в амбулаториях и больницах.

---



## О номенклатуре различных форм и стадий туберкулеза в связи с учением о циклическом течении последнего \*).

Ординатора Одесского Тубинститута М. М. Альперина.

Если во всякой другой отрасли медицины точная номенклатура и классификация различных форм одного рода заболевания имеют, несомненно, большое теоретическое и практическое значение, то тем больший интерес представляют научно обоснованная номенклатура и целесообразная классификация для разнообразных форм тbc вообще и тbc легких в частности.

Настоятельная необходимость в такой классификации обуславливается, во-первых, тем, что тbc процесс обнимает собою целый ряд форм и видов заболеваний, отличающихся друг от друга настолько, что на одном полюсе находятся клинически вполне здоровые люди, на другом — безнадёжные moribundi, а между ними имеется длинный ряд промежуточных форм. Во-вторых, тbc представляет собою социальное заболевание, в борьбу с которым вовлекается не только больной и ближайшие его родственники, но в этой борьбе обычно принимают участие представители разных организаций: страховых, профессиональных и т. п.

Понятно, что для правильной оценки всеми заинтересованными лицами каждого отдельного случая, для решения вопроса о трудоспособности, об индивидуальной терапии и о целесообразной общественной помощи, необходимо каждый отдельный случай подвести под определенную рубрику, дать ему определенное, всеми одинаково понимаемое наименование, из которого точно вытекало бы и состояние его в данный момент, и возможные перспективы на будущее. К сожалению, мы как раз в этом пункте, чрезвычайно важном для клиники и общественной медицины, наталкиваемся на форменное вавилонское столпотворение, в результате чего врачи часто говорят на разных языках, друг друга совершенно не понимая.

Для обозначения тех или других форм проявлений тbc мы в настоящее время имеем массу названий, которые можно в общем разбить на 3 группы. В первую группу можно отнести все те наименования, которые содержат в себе определение тbc характера заболеваний, но не указывают его локализации. Таковы: тbc larvata (Соколовский), тbc интоксикация (Hollis, Кисель), оккультный тbc (Engel), претуберкулез (Bernheim, Dieupart), тbc диспозиция, morbus Kochii (Schulz), скрофулез и т. д. Все эти обозначения можно назвать атопическими. Вторая группа обнимает собою ряд обозначений, в которых,

\*) Доложено на научной конференции Тубинститута 5/V 1925 г.



наоборот, указана локализация процесса, но слово *tbc* не упоминается, хотя оно обычно подразумевается. К этой группе относятся названия: катарр легких, катарр верхушки, *apicitis*, *hilus-катарр* и облюбованное врачами в последнее время название перибронхит. Наконец, к третьей группе нужно отнести те наименования, в которых точно обозначена и локализация процесса, и *tbc* его характер, как *tbc* легких, костей, желез и т. д.

Множественность этих наименований объясняется тем, что между наблюдениями клиницистов и принятыми, как незыблемые истины, теоретическими постулатами долгое время лежала глубокая пропасть. Теория утверждала, что *tbc*—это 1) болезнь определенных, главным образом дыхательных, органов, 2) что патолого-анатомические изменения в пораженных ею местах специфичны и характерны, 3) со времен Кос'h'a теория требовала для диагноза *tbc* обнаружения Кос'h'овской палочки. Клиницисты же наблюдали целый ряд явлений, явно имевших отношение к *tbc*, при которых ни одной из трех вышеуказанных предпосылок нельзя было установить, и волей—неволей приходилось говорить о „претуберкулезе“, „туберкулезоиде“ и т. д.

Лишь в последние два десятилетия наши знания в области клиники и патологии *tbc* значительно углубились и расширились, и, в связи с этим, подробнее изучены течение *tbc* и разнообразные формы его проявления, а также связь между этими формами на протяжении ряда лет. В свете этих новых знаний изменились и старые понятия, и старые названия.

Первый, давший толчок дальнейшему выяснению связи между так называемыми претуберкулезными явлениями и *tbc* легких, был *Petruschky*, который в конце прошлого столетия начал проводить мысль о том, что *tbc*, подобно сифилису, имеет свои периоды развития, которые он рассматривает, главным образом, с анатомической точки зрения, установив: 1) первичный *tbc*—*tbc* лимфатических желез (*Lymphdrüsentbc*); 2) вторичный *tbc*—образование туберкулов в тканях (*Tuberkelbildung der Gewebe*); 3) распад тканей—*Gewebszerfall*, *Ulcerationen*. Эта мысль о периодичности течения *tbc* нашла сторонников особенно среди педиатров (*Hamburger* и др.). Немалую роль в развитии и укреплении взгляда на *tbc*, как на длительную, циклическую болезнь, протекающую в разных формах на протяжении ряда лет, принадлежит *Behring'u*, весьма образно выразившему мысль в известной крылатой фразе: „*Die Lungenschwindsucht ist bloss das Ende von dem einem Schwindsuchtskandidaten schon an der Weige gesungenen Liede*“.

Особенной отчетливости и законченности эта точка зрения на периодичность и цикличность течения *tbc* нашла, однако, в работах *Ranke*, который осветил этот вопрос как с анатомической, так и с клинической и иммуно-биологической точки зрения, основываясь на веских научных данных. *Ranke* особенно подчеркивает, что особенности течения и проявления болезни в разных периодах зависят от: 1) пути, по которому распространяется *tbc* инфекция (лимфатический, гематогенный, каналикулярный), 2) от характера иммуно-биологической реакции организма на болезнь. Подобно *Petruschky* *Ranke* различает три периода:

1) Первичный период—*Primäraffect* или *Primärcomplex*, с начинающейся аллергией. Понятие о первичном гнезде при *tbc*, как об ана-

томически доказуемой единице, впервые установил француз Kuss (1898 г.) и вскоре за ним—Albrecht и Gohn (т. наз. „Gohn'овский фокус“). Из этого первичного гнезда, соответствующего твердому шанкру при сифилисе, вирус проникает по лимфатическим путям в ближайшие лимфатические железы, вызывая в них те или иные изменения. Первичное гнездо вместе с пораженными регионарными железами носит название Primärcomplex. В этом периоде организм еще не сенсibilизирован к tbc вирусу, вследствие чего реакция организма является слабой, отсутствуют перифокальное воспаление и явления экссудации, все ограничивается первичным гнездом и регионарными железами без окружающей бронхопневмонии и периаденита. Вовлечение регионарных желез свойственно именно первичному периоду, как это установлено экспериментально на морских свинках, у которых вторичная инфекция ограничивается только местом введения вируса без участия окружающих желез.

2) Вторичный период—период гематогенной генерализации процесса, характеризующийся с иммуно-биологической стороны аллергией. Под влиянием выделяющихся в Primärcomplex'e эндотоксинов организм сенсibilизируется, ткани и клетки становятся особенно чувствительными—аллергичными к tbc вирусу. В самом Primärcomplex'e мы тогда же можем иметь перифокальное воспаление и периадениты. Через воспаленную капсулу пораженных желез tbc бактерии либо проникают по лимфатическим путям в ductus thoracicus, а отсюда в правое сердце, либо непосредственно прорываются в ветви легочной артерии, или легочных вен. Таким же образом бактерии могут попасть в круг кровообращения из любого периферически расположенного очага. В громадном большинстве бактерий в конечном счете попадают в правое сердце, а отсюда в легкие, давая время от времени, в зависимости от количества и вирулентности их, большие или меньшие количества высыпаний в легочной интерстиции и в плевре (tbc miliaris discreta, tbc fibrosa Bard'a и Neuman'a, pleuritis à répétition Piery). Часть бактерий, миновавшая легочный фильтр, попадает в большой круг кровообращения. В тех случаях, когда бактерии непосредственно попадают в легочные вены или их разветвления, легкие могут быть инфицированы, и бактерии непосредственно попадают в аортальный путь, давая явления генерализованного tbc. В зависимости от вируса и иммунных сил организма аллергия может носить защитный характер для организма, не давая возможности вирусу довести дело до больших разрушений и значительных общих расстройств. При прорыве иммунных сил мы получаем, наоборот, явления беззащитности—анафилаксии.

3) Третичный период—период изолированного phthisis'a, период иммунитета (в смысле тканевого). В этом периоде клетки и ткани, за исключением некоторых органов (главным образом легких), проявляют определенную устойчивость по отношению к tbc вирусу, ибо тогда мы редко наблюдаем аллергические явления tbc на коже, слизистых, серозных оболочках и т. д. Путь распространения процесса—не гематогенный, а каналикулярный, по просветам каналикулярных систем. Наблюдающиеся при этом метастазы в гортани и в кишечнике также происходят через просветы дыхательных и пищеварительных путей (проглатывание мокроты), но не гематогенным путем. Местная уколочная и кожная, в отличие от общей, реакции отступают тогда на задний план. В tbc

гнездах имеется хронический процесс, без перифокальных экссудативных явлений, наступающих лишь при ослаблении иммунитета — влажный процесс. Между острым милиарным тbc и изолированным phtisis'ом легких существуют обратно-пропорциональные отношения (Orth. Buhl, Weigert, Engel, Heubschmann). Редкость появления в этом периоде гематогенных очагов, конечно, не зависит от отсутствия бактерий в крови. Наоборот, многие авторы, пользуясь новейшими лабораторными методами, устанавливают определенный процент положительных результатов исследования крови при тbc легких на Koch'овские палочки: в I стадии 14%, во II и III—31—32% (Jousset, Lüdke, Courmont, Liebermeister, Schnitten). Вся суть в клеточном иммунитете, присущем тогда большинству органов и тканей.

Считая, что для правильной оценки той или другой номенклатуры предложенной для определения разных клинических форм, свойственных каждому из этих периодов, весьма важна общая клиническая их характеристика, я позволю себе вкратце очертить основные моменты, типичные для клинических проявлений того или другого периода. В то время, как клиника третичной стадии по Ranke, т. е. клиника phtisis'a изолированных органов, давно изучена и хорошо известна, клиника первых двух периодов постепенно лишь выяснялась в последнее время и еще продолжает выясняться по мере углубления наших знаний в области патологии тbc.

Период Primäraffect'a, в виду отсутствия перифокального воспаления, часто может ничем не обнаруживаться, если только он локализовался не на коже или на видимых слизистых. Neumann полагает, что первым, клинически констатируемым, проявлением периода Primäraffect'a может быть плеврит, как перифокальная реакция при поверхности может получиться картина легкого верхушечного процесса — тbc apicis abortiva (Neumann, Bard). Нужно, однако, сказать, что и плеврит, и другие местные реактивные явления, отмечающиеся, по Neumann'у, при т. наз. воспалительном Primärcomplex'e нужно скорее отнести ко II периоду (хронический активный Primärcomplex по Ranke). За проявления Primärcomplex'a некоторые считают и эфемерную лихорадку у грудных детей, а также тbc расстройство питания у них (denu-tricio primitiva тbc).

В общем нужно сказать, что в громадном большинстве период Primäraffect'a проходит незаметно для клинициста. Что же касается клинической картины периода генерализованного тbc, то здесь мы встречаем пеструю картину разнообразных проявлений, заставивших клиницистов придумать для них разные, не вполне ясные и точные наименования. Ranke дает следующую, общую характеристику клинических явлений генерализованного тbc: легкие формы с перифокальными явлениями вокруг Primärcomplex'a, явления общего заболевания, зависящие от гематогенного распространения бактерий и токсинов с повышением  $t^0$ , общей слабостью, потерей веса и т. д.; временами выступают опухания шейных и др. лимфатических желез, обычно скоро отступающих, туберкулиды, фликтены и т. д., в более тяжелых случаях — скрофулезные формы с размягчением желез и костей (явления анафилаксии); при хроническом активном Primärcomplex'e появляется, как результат гистологической

аллергии, хронический перибронхит, с последующим запустеванием бронха и превращением его в соединительнотканый тяж. Туберкулы вокруг бронхов редко констатируются, тяжи идут по ходу лимфатических сосудов от первичного гнезда до регионарных желез. Клинически имеются хронический ограниченный бронхит, легкий тимпанический звук (вследствие уменьшения эластичности легочной ткани), явления ателектаза, ослабленное или жесткое дыхание; при ослаблении иммунных сил организма временно может появиться большая перифокальная экссудация, наводящая мысль о тяжелой бронхопневмонии, которая, однако, часто благополучно проходит; такая же тканевая аллергия экссудативного характера может наступить в других органах, сопровождаясь инфильтрациями и размягчением.

Этим очерком Ranke далеко не охватываются все другие проявления генерализованного tbc. В мою задачу не входит излагать здесь подробно клиническую картину всех этих проявлений, но в интересах более полного выяснения основной своей темы считаю необходимым коснуться двух клинических групп, имеющих огромное практическое значение для клинициста и диспансерного врача. Первая группа охватывает целый ряд воспалительных явлений, возникающих на почве tbc инфекции, но гистологически совершенно нетипичных для tbc. Впервые на это обратили внимание окулисты. Michel, Stock, Axenfeld установили, что целый ряд банальных заболеваний глаз, как-то iritis, zyklitis, scleritis, keratitis, обязан своим возникновением tbc. Характерным для этих tbc проявлений окулисты считают частое их рецидивирование и весьма благоприятное действие на них туберкулинотерапии. Дальнейшее развитие эта мысль нашла в работах Лионского хирурга Poncet, еще в 1897 году высказавшего взгляд, что целый ряд ревматоидных и ревматических заболеваний чисто-воспалительного характера обуславливается tbc инфекцией: все эти виды tbc заболеваний он назвал впоследствии „la tuberculose inflammatoire“, относя сюда и случаи банальных воспалений щитовидной и других эндокринных желез. Взгляд Poncet вначале не находил широкого отклика среди врачей. Да это и понятно, если принять во внимание, что даже скрофулезные явления, со времен Лаеннекса считавшиеся туберкулезным заболеванием, Cornet и другими относились исключительно на счет экссудативного диатеза в силу отсутствия гистологических и бактериологических доказательств в пользу их tbc основы. Однако, целый ряд опытов подтвердил правильность взглядов Poncet и его сторонников. Так, Bartel на ряде исследований животных и людей мог убедиться, что в лимфатических железах, в которых, кроме общего банального спухания, никаких явлений гистологического tbc не констатировано, прививка морским свинкам обнаружила наличие живых палочек Косч'a. Roemer, впрыскивая в аорту кроликам палочки tbc в сильном разведении, получал у них в разных органах воспалительные очаги, гистологически не туберкулезные, в которых, однако, путем прививки удалось доказать наличие tbc палочек. Впоследствии ряд авторитетных авторов, как Hollos, Wein, Neumann и в особенности Liebermeister подробно развили учение Poncet, сводящееся к тому, что в промежутке, отделяющем Primär-complex от изолированного phthisis'a, мы имеем продолжительный вторичный период, характеризующийся тем, что в этой стадии мы встречаем

у больных целый ряд явлений воспаления и раздражения тканей без типичного патолого-анатомического субстрата, т. е. без туберкулов, как конъюнктивиты, блефариты, кератиты, бронхиты, плевриты, полисерозиты, оститы и т. д.

Дальнейшие наблюдения и исследования в этом направлении обогатили клинику тbc некоторыми весьма важными фактами. Клиницисты с давних пор считают, что тbc менингит представляет собою смертельное заболевание, а между тем время от времени врачи сталкиваются со случаями, представляющими все данные для диагностики тbc менингита, где, однако, к недоумению врачей, больные выживают и совершенно поправляются. Оказывается, что на почве тbc интоксикации может возникнуть серозный менингит, способный рассасываться (Liebermeister, Joussset, Ibrahim). Martin, Sicard и др., впрыскивая животным экстракты Koch'овских палочек или же ослабленные их культуры, получили такой серозный менингит у животных экспериментально. Очень важным нужно считать установленную Piery и др. зависимость также enterocolitidis mucos-membranaceae от тbc, а равно данные Landouzy, Landerer'a, Sicard'a, Schauffard'a и др., усматривающих в erythema nodosum проявление генерализованного тbc. Эти авторы обратили внимание на сходство названной эритемы с уколочной реакцией на туберкулин, впрыскивание которого дало Schauffard'у рецидив эритемы.

Тут я хотел-бы обратить внимание на наблюдающееся нередко своеобразное течение температуры при erythema nodosum, которое серьезно смущает врача, незнакомого с вышеупомянутым современным взглядом на эритему. Я позволю себе вкратце остановиться на некоторых из таких случаев, которые мне пришлось наблюдать.

Первый случай касается девочки 3-х лет, анемичной, с явлениями аденопатии. При отсутствии каких-бы то ни было особых причин девочка начала лихорадить, и с 4-го дня заболевания у ней установилась febris continua (38,5<sup>0</sup>—39,5<sup>0</sup>). Не находя никакого удовлетворительного объяснения для этой температуры, я предложил т. abdominalis. На 12-й день болезни обнаружилось, однако, типичные явления erythema nodosum, с исчезновением которой т<sup>0</sup> упала.

Это наблюдение имело место в 1912 году, когда я еще не знал о связи между тbc и erythema nodosum, так что этот случай остался для меня загадочным.

Второй случай касается мальчика 8-ми лет, у которого после исчезновения явлений эритемы высокая температура продолжала держаться около 2-х недель.

Бросая теперь ретроградный взгляд на эти два случая, я прихожу к заключению, что как erythema nodosum и предшествовавшая ей в первом случае лихорадка, так и продолжавшаяся после эритемы во втором случае повышения т<sup>0</sup> представляли собою вспышку тbc процесса (бронхоаденига),—то, что Neumann называет Tbeschub.

Третий случай я наблюдал летом текущего года. Я был приглашен к мальчику 13 лет, который до того лихорадил в продолжении 12 дней. Пользовавшийся до моего посещения врач диагностировал у него брюшной тиф. При осмотре больного я обнаружил признаки бронхоаденита, а на ногах незначительные явления эритемы nodosum, которые в последующие дни вырисовались вполне отчетливо. С исчезновением эритемы температура упала, но еще в продолжении некоторого времени давала небольшие колебания. Этого мальчика я наблюдал потом около 2 месяцев, причем убедился в тbc характере его болезни.

Я счел нужным привести эти наблюдения, ибо думаю, что правильное толкование врачами подобных случаев имеет большое практическое значение.

Вторая группа обнимает собою те формы вторичного tbc, где на первый план выступают не те или другие локальные явления, а симптомы общие, преимущественно реактивного характера. Locus morbi здесь часто не удается установить, во всяком случае он в картине болезни занимает второстепенное место. Общие явления могут быть весьма тяжелыми, средними и чрезвычайно легкими. На эти явления впервые обратил внимание Соколовский, дав им название tbc larvata. Из тяжелых форм нужно назвать pseudotyphus (Соколовский), где в основе заболевания лежит острый милнарный tbc, объективно ничем не доказуемый, клинически же ничем не отличающийся от тяжелого брюшного тифа. К средним нужно отнести тип, описанный Landouzy под названием „Typhotuberculose“; это—более доброкачественная форма, обуславливаемая также прорывом tbc палочек, но в меньшем количестве и меньшей вирулентности, через несколько месяцев обычно проходящая. Клиницистам эта форма должна быть особенно хорошо известна, ибо далеко нередко „брюшные тифы“ легкого, среднего и более тяжелого течения представляют собою в сущности реакцию на внедрение в большой круг кровообращения, или же только в легкие, более или менее значительного количества tbc бацилл. При этом ни в легких, ни в других органах ничего специфического для tbc<sup>1</sup> на первых порах не констатируется. Эти случаи протекают обычно с увеличенной селезенкой, но отличительными признаками здесь служит тахикардия и состояние языка, который, по Neumann'у, при tbc вспышках (Schübe) остается чистым. Сюда же нужно отнести и случаи, протекающие по типу малярийного заболевания (псевдомалярия Соколовского), именно, по типу m. tertianaе и quartanaе. Эти формы особенно часто встречаются при tbc лимфаденитах, не всегда ясно констатируемых. Я наблюдаю одну такую больную уже 2 года, все время следя у нее за температурой, которая временами напоминает брюшной тиф с рецидивами, а временами—малярию. Весьма характерно клиническое течение также следующего, наблюдавшегося мною, случая:

Весной 1922 г. девочка Т., 12 лет, заболела постепенно усиливающейся лихорадкой с увеличением селезенки и общим status typhosus: к увеличению селезенки присоединилось значительное увеличение печени. Ex consultatione с другим, опытным терапевтом был поставлен диагноз typhus abdominalis. Реакция Vi d a Гз была положительна (надо, однако, заметить, что больная годом раньше протделала брюшной тиф). К концу пятой недели t° упала, селезенка и печень значительно уменьшились, но все же и после падения t° ясно прощупывались. Все время обращала на себя внимание резкая тахикардия. Спустя 2 недели t° опять поднялась, давая тип соипица (39°—40°) в продолжении 3 недель, при резком увеличении селезенки и печени с тахикардией. Конечно, этот новый лихорадочный приступ трактовался, как рецидив брюшного тифа, но, к крайнему удивлению моему и других товарищей, эти рецидивы повторились пять раз. Со стороны легких и желез не констатировалось никаких патологических явлений, но к началу зимы того же года обнаружилось припухлость и болезненность в области tibiae правой ноги, где в дальнейшем ясно определялся бугорчатый остеомиелит. Летом 1923 г. больная опять протделала 2-недельный „тиф“, за которым следовал бугорчатый остит на другой ноге. Наконец, в 1924 г. она заболевает на даче опять лихорадкой, но уже интермиттирующего типа. В виду эпидемии малярии проводится лечение хиномом, но безрезультатно. Спустя 2½ недели обнаруживается натечный абсцесс в подмышечной области на почве костебды ребра. В настоящее время состояние больной удовлетворительно.

В практическом отношении особого внимания заслуживает группа легких заболеваний, благодаря их частоте и повседневности. Именно эти



формы *Hollós* называет ювенильными, а *Engel*—оккультным тbc, другие же, несомненно правильно, латентным тbc. Клинически здесь имеются общая слабость, плохой аппетит, раздражительность, пониженный тонус тканей, колотье в груди, лабильность температуры, частые вазомоторные расстройства, малокровие, *status asthenicus*, экссудативный и лимфатический диатезы, аномалии сна, явления истерии и неврастения. Реакция *Pirquet* здесь чаще положительная, но может быть и отрицательная. Характерным для всех этих форм можно считать следующее: 1) несоответствие между субъективными ощущениями и объективными данными; 2) склонность к рецидивированию, периодичность и немотивированность возникающих ощущений; 3) реакцию на применение туберкулина—либо в виде обострения явлений, либо в виде утихания или даже полного исчезновения их.

Все эти явления часть авторов объясняет действием самих бактерий, которые вызывают то или другое болезненное состояние, попадая обычно в небольшом количестве и часто будучи ослабленной вирулентности (*Liebermeister*, *Poncet*). Именно в стадии аллергии малочисленные и слабо-вирулентные палочки, благодаря повышенной чувствительности тканей, могут вызвать в них те или другие изменения, которые не могут иметь места при таких же условиях в стадии иммунитета. *Poncet*, ссылаясь на *Coignon's*, разделяет тbc бактерии по степени вирулентности на три „расы“: 1) вызывающие специфические гистологические тbc изменения; 2) вызывающие изменения, хотя гистологически и тbc характера, но несомненно типичные; 3) вызывающие изменения банального характера. Большинство же авторов приписывает все эти явления действию токсинов, которые могут вызывать банальные изменения в тканях, а также, выделяясь через слизистые, раздражать соответствующие чувствительные нервные окончания без каких-бы то ни было анатомических изменений. Эти так называемые *Schnauidingen*ом и *Schulz*ем невро-аллергические явления объясняют нам многое из того симптомо-комплекса, который характерен для ювенильных форм *Hollós*'а, где мы имеем много субъективных жалоб и мало объективных данных.

Весьма важным является вопрос о том, какую роль играет возраст с точки зрения учения *Ranke*. Некоторые авторы, слишком прямолинейно толкуя учение последнего, заявляют, что вообще тbc един, и детского тbc, как такового, не существует, ибо та или другая форма болезни зависит не от возраста больного, а от возраста болезни; при этом ссылаются на опыт войны, когда наблюдались „детские“ формы у представителей народностей, не сенсibilизированных к тbc. Однако сам *Ranke* держится совершенно другого мнения: во-первых, он принимает во внимание условия экспозиции, которые неодинаковы для разных возрастов; во-вторых, он придает большое значение чисто-анатомическим особенностям, свойственным тому или другому возрасту. У ребенка кожа и слизистые более проницаемы для инфекции, лимфатический аппарат более развит, просвет бронхов сравнительно мал, и уже небольшие количества секрета способны вызвать ателектазы. В первые два года жизни сопротивляемость организма вообще слаба, и поэтому течение тbc более острое, генерализованное, по мере же укрепления в последующем возрасте уменьшается и частота острых форм. Часто встречающиеся в детском возрасте поражения костей обуславливаются тем, что кость в периоде

роста больше подвержена действию тbc вируса. У взрослых на первый план выступают легкие,— может быть, вследствие тех функциональных и профессиональных вредностей, которым они подвергаются. В старческом возрасте уменьшается сопротивляемость, и часто увеличиваются условия экспозиции, почему тогда нередко наблюдаются острые формы. Таким образом названия „детский“, „грудной“, „юношеский“ тbc не противоречат учению R a n k e.

Однако, это учение встречает одно весьма важное, на первый взгляд, возражение, заключающееся в спорности вопроса об эндогенном или экзогенном происхождении тbc легких. В самом деле, если мы при сифилисе устанавливаем определенные, друг за другом следующие периоды развития болезни, то мы ведь никогда не сомневаемся в том, что гумозный период берет свое начало от предшествовавшего ему много лет назад твердого шанкра; при тbc же мы в настоящее время точно утверждать этого не можем, а, если имеется легочной тbc экзогенного происхождения, то что общего между ними и Primäraffect'ом, и какая тут последовательная периодичность?

Нужно сказать, что по вопросу об эндогенном или экзогенном происхождении изолированного phtisis'a мы встречаем в литературе два совершенно противоположных взгляда. Школа B e h r i n g'a, вместе с R o e m e r'ом, утверждает, что все последующее течение тbc зависит исключительно от степени вирулентности и массивности первичной инфекции, фатально предопределяющей будущую судьбу зараженного тbc субъекта, что служило, между прочим, основанием всю проблему борьбы с тbc сосредоточить на детском возрасте. Патолого-анатом же B e i t z k e, на основании патолого-анатомических данных, категорически заявляет: ранний детский тbc может иметь своим исходом или смерть, или полное излечение, тbc же юношей и взрослых—экзогенная реинфекция.

По этому поводу необходимо отметить следующее: если решение этого вопроса имеет, несомненно, огромное социально-эпидемиологическое значение, то для клинициста и биолога оно не может служить препятствием для признания правильности учения R a n k e, ибо важно то, что и сторонники экзогенной реинфекции тbc не отрицают факта особой реактивности организма, так или иначе сенсibilизированного первичной инфекцией, в отличие от впервые заражаемого. А в этом вся суть учения R a n k e.

Если обратиться теперь к оценке вышеуказанных наименований тbc, то ясно, что большинство этих наименований охватывает собою симптомокомплекс вторичной стадии по R a n k e—тbc secundaria, и, конечно, на основании всего сказанного термины „претуберкулез“, „туберкулезoid“ и тому подобные нужно отбросить, как не соответствующие современным научным данным, ибо подразумеваемая под этими терминами клиническая картина представляет собою самый настоящий тbc, только определенного периода, при определенном иммуно-биологическом состоянии больного.

Несомненно, много клинических форм генерализованного тbc находится в тесной зависимости от Primärcomplex'a, т. е. тbc бронхиальных желез, и это наименование может покрыть значительную часть явлений вторичной стадии по R a n k e. Все же нельзя согласиться с теми авторами, которые предлагают все относящиеся к этой стадии случаи относить

в рубрику bronchoadenitis tuberculosa (Крамер и др.). Прежде всего спорным еще является вопрос о частоте локализации Primäraffect'a, Primärcomplex'a в области легких и бронхиальных желез. В то время, как Albrecht и Gohn локализацию их в кишечнике и брыжжеечных железах устанавливают только в 1,6% всех сецированных ими случаев, Beitzke находит их там в 16%, Lange—в 26%. Neubschmann—в 28%, Schweizer—в 32%. Т. о. уже а priori можно сказать, что, если даже считать, что в многообразных явлениях генерализованного tbc клиницист должен фиксировать свое внимание на Primärcomplex'e, то последний нe всегда локализуется внутри грудной клетки.

Ведь нередко в клинической картине вторичного tbc объективные данные со стороны Primärcomplex'a отходят на задний план в сравнении с другими общими и локальными явлениями, и поэтому наименованием bronchoadenitis tuberculosa мы далеко не можем охватить всей пестрой картины вторичного tbc, не говоря уже о том, что методы диагностики tbc бронхиальных желез, как физикальные, так и особенно рентгенологические вызывают еще очень много споров. Во многих случаях, которые на основании целого ряда клинических и иммуно-биологических данных должны быть отнесены ко вторичному tbc, мы все же точно указать locus morbi не в состоянии, и для таких случаев приходится сохранить атопический термин— „окультный tbc“, „tbc larvata“ (activa или inactiva), или хроническая tbc интоксикация,— а еще лучше, пожалуй, было-бы все такие случаи объединить под наименованием „tbc secundaria“.

В тех же случаях, где locus morbi поддается клиническому определению,— конечно, целесообразно пользоваться точной и ясной номенклатурой. Очень распространен еще и поныне термин „катарр верхушки“ и „апидит“. Однако, эти обозначения содержат в себе элемент неясности и двусмысленности, ибо под этим названием одни врачи подразумевают верхушечный tbc, другие разумеют лишь подозрение на tbc, а многие сохраняют этот термин для случаев для них неясных, которым предпочитают давать двусмысленное обозначение, чем просто отметить, что данный случай нуждается в дальнейшем наблюдении. Нужно ведь сказать, что мы теперь далеко отошли от того периода, когда „верхушечный катарр“ считался преддверием к tbc легких (Niemeyer, Rindfleisch).

Правда, бывают иногда неспецифические катарры верхушек, но они в сравнении с tbc верхушечным катарром представляют большую редкость, и вполне прав Turban, когда он говорит: „Ограниченные исключительно или преимущественно легочными верхушками хронические процессы мы можем физикально диагностировать, как tbc заболевание, с такой же вероятностью, с какой мы вообще в состоянии поставить диагноз в большинстве внутренних болезней“. Когда мы действительно констатируем катарральные явления в верхушке (изменения дыхания, хрипы), то имеем дело с tbc легких I стадии; этим ясным названием и нужно обозначить данный случай. Если же сами по себе „катарральные“ явления сомнительны, и врач не решается ни поставить диагноз tbc легких, не отвергать его, то лучше признать этот случай подлежащим дальнейшему наблюдению, чем прибегнуть к двусмысленной диагностике. Мы должны в особенности теперь, когда этим диагнозом слишком злоупотребляют, повторить слова Turban'a: „Die Bezeichnung Spitzenkatarrh sollte durchaus vermieden werden“.

Заканчивая анализ наименований, подходящих для разных клинических форм тbc, считаю нужным обратить внимание на один весьма важный момент. Дело в том, что далеко нередко мы, констатируя определенные изменения в легких, должны очень задумываться над тем, — считать ли эти изменения проявлениями изолированного phtisis'a легких (третичный тbc), или же признать их проявлением генерализованного тbc, который может именно в легких давать, как выше уже упомянуто, картину тbc apicis abortivae и перифибронхита с ателектазами в окружающих альвеолах, рассеянные явления тbc miliaris discrete Neumann'a, а иной раз — значительные перифокальные экссудативные воспаления вокруг Primärcomplex'a, могущие легко быть принятыми за изолированный тbc легких I и II стадии по Turban'u. Конечно, для дифференцировки требуется, как и вообще в клинике, наблюдательность, точная и правильная оценка всех анамнестических и клинических данных. Подспорьем могут служить следующие данные, характерные для генерализованного тbc: 1) участие лимфатических желез, 2) аллергия, 3) разбросанность явлений (плевра, кожа, железы, суставы и т. д.), 4) доброкачественное течение, 5) рассеянность и двусторонность явлений в легких, каковые явления притом быстро меняются, 6) увеличение селезенки.

---

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Petruschky. Deut. m. Woch., 1897, № 39.—2) Ranke. Beitr. zur Kl. der Tub., Bd. XXI.—3) Ranke. Münch. m. W., 1922, № 3.—4) Ranke. Ib., 1913, № 39.—5) Ranke. Arch. Kinderh., Bd. 54, H. 4—6.—6) Escherich. Deut. m. W., 1909, № 7.—7) Liebermeister. Tuberkulose. Berlin, 1921.—8) Соколовский. Болезни органов дыхания.—9) Neumann. Der Formenkreis der Tbc. Wien, 1924.—10) Bartel. Wiener kl. W., 1910, № 28.—11) Beitzke. Berl. kl. W., 1921, № 32.—12) Heubschmann. Münch. m. W., 1922, № 48.—13) Hamburger. Tbc детей. Рус. пер. 1923.—14) Игнатовский. Врач. Об., 1924, № 8.—15) Кисель. Сборн. губ., 1923, № 3.—16) Engel. Die okkulte Tbc im Kindesalter. Leipzig, 1923.—17) Gebhardt. Beitr. zur Kl. d. Tbc., Bd. XXI, H. 3.—18) Schulz. Zeit. f. Tbc., Bd. 37, H. 2.—19) Rüscher. Zeit. f. Tbc., Bd. 37, H. 4.—20) Schnaudingen. Цит. по Schulz'y.—21) Hollös. Deut. m. W., 1912, № 51.—22) Brauer. Цит. по Neumann'y.—23) Wein. Ter. Об., 1912, № 2.
-

## К вопросу о применении пепсина при лечении острых нагноений.

И. Д. Корабельникова.

Наличие большого числа больных с острыми нагноениями в поликлиниках для застрахованных требует, в связи с оплатой времени их нетрудоспособности, применения здесь методов, по возможности укорачивающих продолжительность лечения. Испытывая различные способы, мы пришли к убеждению в необходимости ограничить применение разрезов и делать их как можно меньшей длины там, где они безусловно необходимы, так как при наличии разреза, по исчезновении симптомов основного страдания, мы имеем перед собой рану, до полного заживления которой больной в подавляющем большинстве случаев не может быть направлен на работу. Нельзя не учитывать при этом и болезненности перевязок после разреза, особенно при тампонаде, а также не всегда удовлетворительный косметический результат. Стремление к возможному консерватизму со своей стороны приводит к попыткам испытывать различные физические и биологические методы и ряд антисептических веществ.

При изучении последних наше внимание остановила на себе работа Schönbauer'a о солянокислом пепсине, как физиологическом антисептическом веществе, при применении которого нет опасности повреждения тканевых элементов, как это может иметь место при различных химических антисептических веществах.

В клинике Eiselsberg'a было обращено внимание на значительно лучший прогноз и более мягкое течение перитонитов после перфораций язв желудка по сравнению с перитонитами после прободения язв 12-перстной кишки (19% смертности в первом ряде случаев и 70% — во втором). Исходя из соображений, что это резкое различие обуславливается воздействием желудочного сока на патогенных возбудителей, в указанной клинике с 1921 г. начаты были исследования по установлению бактерицидной силы солянокислого пепсина, и уже в начале 1922 г. ассистент клиники Schönbauer в Венском Врачебном Обществе мог сообщить об экспериментах с применением этого вещества при перитонитах, а Eiselsberg, в том же году, в прениях по докладу Raug'a на Съезде Германских Хирургов указал на благоприятное действие пепсина при перитонитах, как в опытах на животных, так и на людях.

До этого пепсин применялся в хирургии и дерматологии для лечения рубцов и келоидов в виде различных мазей и примочек (Unna, Patzschke, Friebocs, Celerkowa, Boltek, Schüssler). В 1914 г. Freund сообщил об успешном лечении пепсином гангренозных открытых ран. Прекрасные результаты были подтверждены Gagstetterom,

Funke и Vode. В 1921 г. Jenckel предложил пользоваться раствором пепсина для лечения фистул после эмпием в случаях, где пластические операции невозможны.

Препятствием к более широкому изучению и применению пепсина служило отсутствие стерильного деятельного препарата и казавшаяся невозможность получения такового. Рауг нашел решение вопроса, растворяя пепсин в иодном растворе Pregl'я, каковое соединение (Pepsin-Pregllösung) получило довольно обширное применение в хирургии, в частности, было использовано для лечения острых нагноений (Hedri). Однако, мы имеем здесь дело с двумя компонентами: пепсином и иодным раствором, так что перенесение полученных данных на один пепсин не представляется возможным.

В дальнейшем выяснилось, что производство стерильного и вполне деятельного пепсина все же является возможным, в частности такой препарат был выпущен фирмой Kathе (Halle) под названием Ster-sin'a. Переваривающая его сила не ниже, а даже выше многих других, не стерилизованных препаратов пепсина, как это установлено специальными контрольными исследованиями (Rostock), и проявляется в разведении 1/3000 и 1/5000 (Stersin III и V).

Этим препаратом и пользовался для своих исследований Schönbauer, причем выяснилось, что солянокислый пепсин действительно обладает бактерицидными свойствами. Так, по прибавлении его к бульону посева стрептококка не дают роста. В опытах на собаках было установлено значительное бактерицидное действие пепсина на инфицированные брюшину и суставы. В последующей своей работе Schönbauer уже мог представить 7 случаев перитонита после прободения язв желудка и 12-перстной кишки и 32 случая—после прободного аппендицита, леченные с большим успехом промываниями раствором разбираемого средства.

Уже после того, как мы начали наши наблюдения, появилась работа Eichelter'a о применении солянокислого пепсина в хирургии острых нагноений. Из 59 леченных этим автором случаев 15 раз пепсин применялся в виде впрыскиваний, остальные разы в виде влажных повязок и ванн после разрезов. Из указанных 15 случаев в 11 имели место абсцессы, леченные отсасыванием гноя с последующим замещением его раствором пепсина—с 6 успехами, и 4 случая фурункулов с впрыскиваниями пепсина в толщу их—с 3 успехами. Один успешный и один неуспешный случай абсцессов были стрептококкового происхождения. Других бактериологических указаний у Eichelter'a не имеется. Из случаев, леченных разрезом с применением пепсина во время долечивания, Eichelter указывает на укорочение срока выздоровления в 24 случаях панарициев и в одиночных случаях некоторых других заболеваний.

Мы за 1 $\frac{1}{2}$  года применили пепсин при лечении острых нагноений в 53 случаях. При этом мы пользовались стерильным пепсином—Ster-sin'ом, любезно предоставленным нам в большом количестве фирмой Kathе (Halle). Применялся пепсин в наших случаях так, как указано фирмой, и как применяли его другие авторы, т. е. мы растворяли 1,0 препарата (переваривающая сила 1:3000) в 1500 куб. см. стерилизованной дистиллированной воды и прибавляли 4,5 *acidi muriatici diluti*.



Как видно, раствор пепсина получался довольно слабый, но можно указать, что Рауг и Frankenthal, употреблявшие сильные (1—2%) растворы пепсина, в последнее время также перешли к более слабым растворам. Полную переваривающую силу этот раствор сохраняет небольшое число дней (3—4).

Из имеющихся в нашем распоряжении наблюдений остановимся прежде всего на абсцессах. Их было лечено пепсином 28. Расположены они были в различных областях тела и имели в диаметре от 2 до 7,5 ст. Лечение состояло в аспирации гноя шприцом и во введении в полость абсцесса раствора пепсина. В 18 случаях гной во время первого прокола был жидким и легко аспирировался; в этих случаях прокол производился сравнительно тонкой иглой. Количество аспирированного гноя колебалось от 1 до 8 кб. см.; количество введенного раствора было в среднем на 1—2 кб. см. меньше, чем было аспирировано гноя, но не превышало 5 кб. см. В 10 других случаях гной при первой пункции был настолько густым, что и через толстую иглу аспирировался с большим трудом в количестве от нескольких капель до 0,5 кб. см. В этих случаях нами вводилось 0,5—1,5 кб. см. пепсина, причем уже к следующему дню гной становился намного жиже, так что дальнейшее течение этих случаев не отличалось от случаев первой группы. Напомним здесь кстати, что на разжижение гноя пепсином указал Herrmannsdorfer: в клинике Sauerbuch'a при эмпиеме применялось с успехом введение в плевральную полость раствора пепсина в случаях, когда гной был очень густым.

Хотя Eichelter на 11 случаев абсцессов в 6 случаях мог ограничиться только одной аспирацией и впрыскиванием, в остальных же 5 случаях проделал это 2 раза, мы на указанные 28 случаев только 3 раза смогли ограничиться однократным проколом; по 2 впрыскивания потребовалось в 4 случаях, по 3—в 4, по 4—в 7, по 5—в 4 и по 6—в 2 случаях. Аспирации с последующими впрыскиваниями производились частью ежедневно, частью через день. Результатом этих впрыскиваний было то, что количество гноя быстро уменьшалось, он принимал не позже 4 суток от начала лечения серозно-гнойный, а затем чисто-серозный характер, после чего наступало быстрое рассасывание. 12 раз в окружности абсцесса были более или менее значительные инфильтраты и краснота; эти явления обычно проходили за 2—4 дня без какого либо другого лечения, если не считать того, что после впрыскиваний накладывалась сухая повязка.

4 раза мы имели относительную неудачу, а именно, 2 раза абсцесс прорвался на месте бывшей пункции (в этих случаях гной отсасывался Biegovской банкой, и затем вводился шприцом, без иглы, раствор пепсина), и 2 раза, во избежание такого прорыва гноя, был сделан разрез в виде прокола (Stichincision) острием скальпеля с таким же долечиванием, как и в вышеуказанных 2 случаях.

Eichelter указывает, что после введения пепсина боли прекращаются иногда немедленно, но вообще не позже нескольких часов. В наших случаях прекращение болей в течение первых суток было не более, как в половине всех случаев; в остальных случаях боли, постепенно уменьшаясь, держались до 2-го—3-го дня.

Бактериологическое исследование было произведено в 19 наших случаях, причем во всех случаях в посевах найден был стафилококк—3 раза

белый, 7 раз—желтый и 9 раз—золотистый. В 9 случаях бактериологические исследования делались повторно после каждой пункции абсцесса; исследования эти показали, что 4 раза на 4-й день, 3 раза на 5-й и 2 раза на 6-й содержимое абсцесса оказывалось уже стерильным.

Продолжительность лечения была у нас от 3 до 9 дней, в среднем равнялась 5 дням, т. е. была значительно короче, чем это бывает при открытом способе лечения.

Близко к описанным случаям стоят случаи абсцессов в подмышковой ямке при наличии гидроаденита. В 4 таких случаях (инфекция стафилококковая) мы применили 2 раза аспирацию гноя и 2 раза Stichincision с последующим введением пепсина в полость абсцесса. Во всех 4 случаях наблюдался полный успех—в отношении данного абсцесса (заживление в 3—6 дней), но, конечно, без какого-либо влияния на расположенные в стороне очаги заболевания.

Отдельно мы должны остановиться на 8 случаях гнойного мастита со стафилококковым возбудителем. Попытки ограничиться аспирацией гноя (до 15 куб. см. сразу) и введением Sternsin'a привели в этой группе к успеху только 2 раза (в этих случаях после 5 и 6 пункций получилось выздоровление в 7 и 9 дней). В одном случае, далее, гной прорвался на месте бывшего прокола; отсасывание банкой, причем, конечно, получалась и застойная гиперемия, и введение пепсина дали здесь выздоровление в 12 дней. В остальных случаях после попыток ограничиться пункциями пришлось прибегнуть к разрезам по возможности небольшой длины. И в этих случаях после разрезов вводился пепсин, что, как нам кажется, сказалось на скорости заживления и дало нам возможность отпустить больных на 15-й—22-й день лечения.

Полный неуспех получился у нас от данного лечения в 2 случаях флегмон стрептококкового характера: на следующий же день после попыток заменить гной в центральном очаге пепсином и произвести опрыскивание всего очага заболевания—пришлось прибегнуть к разрезам в виду явного ухудшения состояния больных. Дальнейших попыток при флегмонах или подозрении на стрептококковую инфекцию мы не делали, несмотря на известные нам один удачный случай Eichelberger'a и 9 хороших результатов от лечения флегмон Pepsin-Preg'em у Hedri.

Остается остановиться еще на применении пепсина во время долевывания после разрезов, что нами было проведено в 11 случаях панариция. В этих случаях мы, ограничившись сравнительно небольшим разрезом, со следующего после операции дня оставляли больного без тампона и вводили шприцом раствор пепсина, после чего клали сухую повязку. Получение выздоровлений за время от 4 до 16 дней в случаях, где процесс не захватывал ни кости, ни сухожильных влагалищ, не оставило у нас впечатления особого преимущества данного средства перед обычно употребляемым нами гипертоническим раствором поваренной соли.

Таким образом мы можем прийти к выводу, что в солянокислом пепсине мы имеем довольно хорошее вспомогательное средство при лечении острых стафилококковых нагноений, особенно полезное при лечении абсцессов.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Bode. По Zbl. f. Chir., 1917, № 39.—2) Boltek. Zentralorg. f. d. ges. Ch., Bd. 7, S. 483.—3) Celepkova. По Zbl. f. Chir., 1922, № 20.—4) Eichelter. Arch. f. kl. Chir., Bd. 130, H. 4.—5) Eiselsberg. 46 Versam. d. D. Ges. f. Ch., Zbl. f. Chir., 1922, № 24.—6) Friebocs. M. m. W., 1920, № 47.—7) Funke. Med. Kl., 1915, № 11.—8) Freund. Gesell. d. Aerzte in Wien 18. XII 1914, Med. Kl., 1915, № 8.—9) Gagstetter. Ibidem.—10) Hedri. Zbl. f. Chir., 1924, № 11a.—11) Herrmannsdorfer. M. m. W., 1923, № 39.—12) Jenckel. Zbl. f. Ch., 1922, № 16.—13) Payr. Zbl. f. Ch., 1922, № 1.—14) Patzschke. M. m. W., 1920, № 14.—15) Rostock. Zeitschrift f. d. ges. exp. Med., Bd. 39, S. 385.—16) Schönbauer. Arch. f. kl. Ch., Bd. 120, H. 1.—17) Он же. Acta chir. scandinav., Bd. LVII, H. 1—2.—18) Schüssler. По Zentralorg. f. d. g. Ch., Bd. 12, S. 1.
-

**Посвящается профессору ВАСИЛИЮ ИВАНОВИЧУ РАЗУМОВСКОМУ.**

## **К вопросу о лечении Richter'овской формы ущемленных грыж.**

Заведывающего врача **Зибенгара.**

Ущемленная пристеночная (Richter'овская) грыжа не является редкой формой, — по литературным данным она составляет около 6% всех ущемленных грыж и, несомненно, встречается в практике почти каждого участкового хирурга, хотя часто и просматривается.

Распознавание этой формы, как на то указывает большинство писавших о грыжах Richter'a авторов, далеко не всегда легким является не только в смысле определения данного вида ущемления, но и ущемленной грыжи вообще. Так, напр., проф. Тихов в одном из своих двух случаев поставил ошибочный диагноз внутреннего ущемления. „Может сбить с толку“, — говорит он, — „прежде всего незначительность грыжевого выпячивания“. Кроме того, в ряде случаев выпячивание это является абсолютно безболезненным, плотным, без малейших признаков воспаления, чем затрудняется отличительное распознавание грыжи от таких страданий, как увеличенная лимфатическая железа или опухоль ее, липома и пр. В других случаях, наоборот, к меньшим затруднениям приводят далеко зашедшие воспалительные изменения в грыже и ее окружности. Явления со стороны брюшной полости нередко симулируют здесь неособенно бурно протекающий заворот (Laws). Если принять еще во внимание, что грыжа сама по себе может быть причиной заворота, и присущие ей явления должны, таким образом, усложниться или даже покрыться яркой клинической картиной последнего, то станет ясным, как затруднителен может оказаться диагноз такого банального заболевания, как ущемленная грыжа.

Не вдаваясь глубже в область дифференциальной диагностики данного страдания, я позволю себе вкратце привести одно свое интересное в этом отношении наблюдение.

Е. Б., 45 л., больна около недели, — появились сильные схваткообразные боли в животе и рвота, сначала пищевой, потом каловая. Имеются задержка газов, вздутие живота. Больная плохого питания, пульс резко учащен, наполнения удовлетворительного. Живот неособенно болезнен, в нем видны усиленно перистальтирующие кишечные петли, причем нарастание перистальтики совпадает с ожесточением болей. Справа имеется бедренная грыжа величиной с голубиное яйцо, без каких-либо ясных признаков ущемления, плотная, безболезненная. Приславший больную из амбулатории врач грыжу принял за лимфатическую железу. Хирурги-сотрудники распознали ileus и грыжу, но не ущемленную. При диагнозе ileus'a 1/IX 1923 г. лапаротомия под эфирным наркозом. Разрез по средней линии выше и ниже пупка. Обнаружен заворот тонких кишок, причем установлено, что имеется ущемленная Richter'овская грыжа, а вокруг идущей к месту ущемления петли подвздошной кишки произошло перекручивание тонкой кишки. В брюшной полости много мутноватой, повидимому, с примесью кала, жидкости. Выделение грыжи со стороны

бедренного канала. Заворот раскручен. Резекция кишки с анастомозом конец в конец. Смерть при явлениях шока через несколько часов после операции.

В описанном случае, таким образом, фактически существовал заворот, и будь даже поставлен диагноз ущемленной грыжи, ошибка в распознавании все же не была-бы избегнута.

Если Richter'овская грыжа, как сейчас указано, богата неожиданностями в смысле диагностики (позволю себе указать еще на случай, наблюдавшийся в Пензенской больнице Кр. Креста и упомянутый в работе д-ра Алипова, где такая грыжа была принята за абсцесс передне-боковой стенки живота), то она достаточно своеобразна также по своему течению и исходам. Нужно согласиться с тем, что пристеночное ущемление представляет в высшей степени грозное заболевание, и наиболее тяжелые, смертельные осложнения могут наступать здесь очень рано, значительно раньше, чем при других видах ущемления. Омертвление и даже прободение и перитонит случаются здесь даже в течение первых суток (Tillmans). Вообще же омертвление, по указаниям Tillmans'a, встречается здесь почти в половине всех случаев (на 53 случая Treves'a и Law's'a, напр., в 27 случаях), причем наичаще оно отмечается при правосторонних небольших грыжах у женщин средних лет.

Все же, однако, и этот вид ущемления, несмотря на склонность к ранним осложнениям, далеко нередко кончается полным или неполным самоизлечением после образования калового свища. В этом отношении интересно составить статистику смертности при радикально оперированных Richter'овских грыжах, каковая смертность отнюдь не низка— 37% по Чернявскому (Тихов), от 35 до 42% по Tillmans'u, и только в клинике проф. В. И. Разумовского оказалась чрезвычайно низко — одна смерть на 17 случаев с 16-ю резекциями кишек. В то же время нелеченные или паллиативно леченные разрезами случаи дают неожиданно благоприятные исходы: из 8 таких случаев, собранных Чернявским, ни одной смерти (Тихов).

Я располагаю 4-мя личными подобного рода наблюдениями, где 3 паллиативно-леченных простыми разрезами, а одна вовсе не леченная хирургически, ущемленные Richter'овские грыжи, пройдя все через стадию свища, окончились выздоровлением, если не считать рецидива грыжи и соответствующих расстройств, потребовавших вторичной операции в одном случае, именно, последнем.

Конечно, мы не знаем, сколько гибнет этих больных вдали от всякой медицинской помощи, — вернее всего громадное большинство. случаи же, подобные указанным, составляют исключение, и единственный правильный, сам собой разумеющийся, вывод, сводится к применению возможно раннего и наиболее радикального хирургического лечения. Однако все же и эти более или менее исключительные случаи позволяют подчеркнуть возможность своеобразного благоприятного оборота в столь грозном заболевании, — оборота, который может быть, при некоторых обстоятельствах, особенно в условиях участковой работы, учтен при выборе оперативного вмешательства.

Перейду теперь к краткому описанию своих случаев.

*Случай* Т. В. К., 52 л. Правосторонняя ущемленная бедренная грыжа. Омертвление оболочек грыжевого мешка и кишечной петли (тонкой). 9/VIII 1921 г. операция под местной анестезией (д-р Гергенредер) — простой разрез. Самостоятельное закрытие свища через две недели. Пациентка выписана здоровой 23/VIII.

Посвящается профессору **ВАСИЛИЮ ИВАНОВИЧУ РАЗУМОВСКОМУ.**

## К вопросу о лечении **Richter'**овской формы ущемленных грыж.

Заведывающего врача **Зибенгара.**

Ущемленная пристеночная (**Richter'**овская) грыжа не является редкой формой, — по литературным данным она составляет около 6% всех ущемленных грыж и, несомненно, встречается в практике почти каждого участкового хирурга, хотя часто и просматривается.

Распознавание этой формы, как на то указывает большинство писавших о грыжах **Richter'**a авторов, далеко не всегда легким является не только в смысле определения данного вида ущемления, но и ущемленной грыжи вообще. Так, напр., проф. **Тихов** в одном из своих двух случаев поставил ошибочный диагноз внутреннего ущемления. „Может сбить с толку“, — говорит он, — „прежде всего незначительность грыжевого выпячивания“. Кроме того, в ряде случаев выпячивание это является абсолютно безболезненным, плотным, без малейших признаков воспаления, чем затрудняется отличительное распознавание грыжи от таких страданий, как увеличенная лимфатическая железа или опухоль ее, липома и пр. В других случаях, наоборот, к меньшим затруднениям приводят далеко зашедшие воспалительные изменения в грыже и ее окружности. Явления со стороны брюшной полости нередко имитируют здесь неособенно бурно протекающий заворот (**Laws**). Если принять еще во внимание, что грыжа сама по себе может быть причиной заворота, и присущие ей явления должны, таким образом, усложниться или даже покрыться яркой клинической картиной последнего, то станет ясным, как затруднителен может оказаться диагноз такого банального заболевания, как ущемленная грыжа.

Не вдаваясь глубже в область дифференциальной диагностики данного страдания, я позволю себе вкратце привести одно свое интересное в этом отношении наблюдение.

**Е. Б.**, 45 л., больна около недели, — появились сильные схваткообразные боли в животе и рвота, сначала пищевой, потом каловая. Имеются задержка газов, вздутие живота. Больная плохого питания, пульс резко учащен, наполнения удовлетворительного. Живот неособенно болезнен, в нем видны усиленно перистальтирующие кишечные петли, причем нарастание перистальтики совпадает с ожесточением болей. Справа имеется бедренная грыжа величиной с голубиное яйцо, без каких-либо ясных признаков ущемления, плотная, безболезненная. Приславший больную из амбулатории врач грыжу принял за лимфатическую железу. Хирурги-сотрудники распознали **ileus** и грыжу, но не ущемленную. При диагнозе **ileus'a** 1/IX 1923 г. лапаротомия под эфирным наркозом. Разрез по средней линии выше и ниже пупка. Обнаружен заворот тонких кишок, причем установлено, что имеется ущемленная **Richter'**овская грыжа, а вокруг идущей к месту ущемления петли подвздошной кишки произошло перекручивание тонкой кишки. В брюшной полости много мутноватой, повидимому, с примесью кала, жидкости. Выделение грыжи со стороны



бедренного канала. Заворот раскручен. Резекция кишки с анастомозом конец в конец. Смерть при явлениях шока через несколько часов после операции.

В описанном случае, таким образом, фактически существовал заворот, и будь даже поставлен диагноз ущемленной грыжи, ошибка в распознавании все же не была-бы избегнута.

Если Richter'овская грыжа, как сейчас указано, богата неожиданностями в смысле диагностики (позволю себе указать еще на случай, наблюдавшийся в Пензенской больнице Кр. Креста и упомянутый в работе д-ра Алипова, где такая грыжа была принята за абсцесс передне-боковой стенки живота), то она достаточно своеобразна также по своему течению и исходам. Нужно согласиться с тем, что пристеночное ущемление представляет в высшей степени грозное заболевание, и наиболее тяжелые, смертельные осложнения могут наступать здесь очень рано, значительно раньше, чем при других видах ущемления. Омертвление и даже прободение и перитонит случаются здесь даже в течение первых суток (Tillmanns). Вообще же омертвление, по указаниям Tillmanns'a, встречается здесь почти в половине всех случаев (на 53 случая Trevеs'a и Law's'a, напр., в 27 случаях), причем наичаще оно отмечается при правосторонних небольших грыжах у женщин средних лет.

Все же, однако, и этот вид ущемления, несмотря на склонность к ранним осложнениям, далеко нередко кончается полным или неполным самоизлечением после образования калового свища. В этом отношении интересно составить статистику смертности при радикально оперированных Richter'овских грыжах, каковая смертность отнюдь не низка — 37% по Чернявскому (Тихов), от 35 до 42% по Tillmanns'u, и только в клинике проф. В. И. Разумовского оказалась чрезвычайно низко — одна смерть на 17 случаев с 16-ю резекциями кишек. В то же время нелеченные или паллиативно леченные разрезами случаи дают неожиданно благоприятные исходы: из 8 таких случаев, собранных Чернявским, ни одной смерти (Тихов).

Я располагаю 4-мя личными подобного рода наблюдениями, где 3 паллиативно-леченных простыми разрезами, а одна вовсе не леченная хирургически, ущемленные Richter'овские грыжи, пройдя все через стадию свища, окончились выздоровлением, если не считать рецидива грыжи и соответствующих расстройств, потребовавших вторичной операции в одном случае, именно, последнем.

Конечно, мы не знаем, сколько гибнет этих больных вдали от всякой медицинской помощи, — вернее всего громадное большинство. случаи же, подобные указанным, составляют исключение, и единственный правильный, сам собой разумеющийся, вывод, сводится к применению возможно раннего и наиболее радикального хирургического лечения. Однако все же и эти более или менее исключительные случаи позволяют подчеркнуть возможность своеобразного благоприятного оборота в столь грозном заболевании, — оборота, который может быть, при некоторых обстоятельствах, особенно в условиях участковой работы, учтен при выборе оперативного вмешательства.

Перейду теперь к краткому описанию своих случаев.

*Случай* Т. В. К., 52 л. Правосторонняя ущемленная бедренная грыжа. Омертвление оболочек грыжевого мешка и кишечной петли (тонкой). 9/VIII 1921 г. операция под местной анестезией (д-р Гергенредер) — простой разрез. Самостоятельное закрытие свища через две недели. Пациентка выписана здоровой 23/VIII.

*Случай II.* Я. С., 47 л. Левосторонняя бедренная грыжа. Флегмона грыжевого мешка, омертвление пристеночно ущемленной тонкой кишки. Операция 22/III 1922 г. (автор), под местной анестезией,—рассечение омертвевшего конуса, тампонада. Больной выписан 18/IV здоровым после самостоятельного закрытия свища.

*Случай III.* Ф. В., 64 л., правосторонняя ущемленная бедренная грыжа. Ущемление 6-ой день. Плохие пульс и общее состояние, каловая рвота. Небольшое грыжевое выпячивание в области правого бедренного канала. Флегмона грыжевого мешка. Операция 15/III 1921 г. (автор) под местной анестезией. Разрез мешка и омертвевшей кишки. Введение в кишку резиновой трубки. Кишечное содержимое плохо отводится. 17/III, в виду продолжающегося ухудшения общего состояния, решено наложить кишечный свищ. Местная анестезия. Разрез параллельно правой пупартовой связке. Блок от слепой кишки калового вида и запаха жидкость. Положение больного, принимая во внимание чрезвычайно плохую сердечную деятельность, сочтено безнадежным; тем не менее, после ограничения внутри брюшной полости марлевыми салфетками, наложен свищ на вздутую соеиш, причем кишка фиксирована лишь к внутреннему краю брюшной стенки. Кваружи тампоны. Медленное выздоровление при хорошо действующем верхнем свище; быстрое закрытие нижнего в области ущемленной петли. Уже в первые дни самостоятельный стул. 2/V выписался с мало отделяющим верхним свищем. 16/X 1922 большой явился для закрытия свища, что легко удалось после освежения кожи и кишки и раздельного их сшивания. Prima. Выписался 3/XI здоровым.

В приведенных сейчас случаях наступило полное выздоровление после простого опорожняющего кишку разреза, причем во всех случаях получилось быстрое, уже через пару дней, восстановление нормального опорожнения кишечника. Из всех этих случаев явствует, что риск получить постоянный, истощающий больного *anus praeternaturalis* после рассечения пристеночно ущемленной кишки невелик, и там, где резекция кишки, в зависимости от запущенности процесса или отсутствия обстановки у хирурга, представляется слишком рискованным мероприятием, допустимо это простое вмешательство. Это будет одним из тех ограничений резекции кишки, о которых в своем резюме на I Поволжском Съезде Врачей в Казани, имея в виду, правда, наложение *anus praeternaturalis*, говорил проф. В. И. Разумовский.

Следующий наш случай представляет пример самостоятельного закрытия образовавшегося без операции, в результате *Richter*'овского ущемления, свища. Будучи интересен с этой стороны, он представляет еще интерес в отношении осложнения, при последующей операции рецидивной грыжи, ранением кишки и примененной при этом техники (операция д-ра Емельянова—проф. Джанелидзе).

Е. Б., 53 лет, поступила 24/IX 1924 г. по поводу двухсторонней бедренной грыжи. Правая грыжа, величиной с куриное яйцо, невправима, существует один год; левая—приблизительно такого же размера, с трудом вправима до  $\frac{1}{3}$  своей величины, в коже над ней плотные рубцы, в окружности уплотненные лимфатические железы. Появилась левосторонняя грыжа три года тому назад, причем была величиной с куриное яйцо, болей не причиняла. Приблизительно в то же время Б. болела тифоподобной лихорадочной болезнью. Со второй недели припухание грыжи и сильная болезненность, еще через две недели образование калового свища, существовавшего больше месяца и самостоятельно закрывшегося. До образования свища втечения около 8 дней каловая рвота. Два года после этого Б. была здорова и работоспособна. С год, однако, у ней стали слева опять появляться боли в области грыжи, а также распространенные боли режущего характера внизу живота, сопровождавшиеся нередко рвотой,—впрочем не каловой. Упорные запоры. Грыжу вновь заметила с весны 1924 года.

Больная сильно пониженного питания, с бледными покровами. 28/IX 1924 г. операция (автор) под местной анестезией и хлороформом. Справа в грыжу оказался вращенным сальник, в стенке серозная киста. Сделана радикальная операция по *Bassini*. Слева работа в толстых, плотных рубцах. Незаметно вскрыта на-

сквозь рубцово-измененная, без следов нормального строения, стенка тонкой кишки. Выделение кишки из обширных рубцов с целью резекции представлялось трудно выполнимым без риска загрязнения брюшной полости; простое же спивание, в виду наличия одних рубцов, не обеспечило бы надежного закрытия кишки. Решено было поэтому поступить аналогично тому, как это предположено д-ром Емельяновым и проф. Джанелидзе для закрытия anus praeternaturalis, — тем более, что, если не anus, то каловый свищ в данный момент уже имелся. Под местной анестезией левосторонний параректальный разрез с перевязкой art. epigastricae, близко подходящий к бедренному кольцу. В грыжевое отверстие впаина снабженная длинной брыжейкой петля тонкой кишки. Перевязка соответствующего участка брыжейки (сант. 15). Кишка выше и ниже пережата энтеротрибом Douen'a. Перетягивание ее двумя парами шелковых лигатур, наложение (без завязывания) по одному кисетному шву, еще до перерезки, на все будущих 4 конца. Перерезка кишки между лигатурами и затягивание первого кисетного шва с погружением культи. Наложено по второму кисетному шву на закрытые концы. Восстановление непрерывности кишечника путем анастомоза бок-о-бок 2-этажным непрерывным швом. Извлечение наружу, через грыжевое отверстие, изолированной таким образом петли оказалось возможным лишь после рассечения обширных рубцов в области грыжевых ворот, доходящих до кости. Выжимание кишки пальцем, вооруженным салфеткой, изнутри и вытягивание коридангом снаружи. Благодаря некоторому насилью, через один из концов вытягиваемой кишки выдавлено на салфетку несколько капель содержимого. В виду этого вставлен на несколько дней марлевой тампончик со стороны бедренной раны, кругом рана зашита. Еще до этого наложен послойный шов на разрез брюшной стенки. Prima. Выздоровление. Выписана на 12-й день.

В отличие от примененной д-ром Емельяновым и проф. Джанелидзе техники мною весь выключенный участок кишки, лишенный брыжейки, был сразу удален без остатка, для чего у меня имелись более благоприятные условия, — прежде всего в отношении чистоты операционного поля.

Несомненно - целесообразная деталь, выполненная д-ром Емельяновым, — закрытие изнутри дефекта брюшины, — мною была опущена в виду возможности при этом случайного загрязнения брюшной полости.

При операции необходимо надежнейшим образом закрывать концы резецированного участка, пользуясь для этого неособенно тонким шелком, ибо тонкий шелк, в виду применяемого значительного влечения и прожимания кишки через неподатливый канал, может прорезаться, что и имело место в моем случае.

Вполне удобный доступ к свищу после бедренной грыжи можно получить через параректальный разрез.

Способ Емельянова и Джанелидзе, которым независимо от них пользовался также Reuher, представляет весьма радикальную и без особого труда выполнимую операцию, имеющую большие достоинства в чисто-техническом отношении, как отчетливость и доступность контролю зрения основных ее моментов, а также строгая асептичность их.

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Тихов. Частная хирургия. — 2) Tillmanns. Руководство по частной хирургии. — 3) Алипов. Нов. Хир. Арх., 1923. — 4) Проф. Джанелидзе и Поль. Врач. Газ, 1922, № 10—11. — 5) Емельянов. Труды I Поволжского Съезда врачей в Казани 1923 — 6) Козырев. В. Хир. и Погр. Обл., 1923, кн. 7. — 7) Laws (по реф. в Zentr. Org. f. d. ges. Chir., B. XXVI, N. 1).

## К вопросу о растройствах двигательного аппарата глаза травматического происхождения \*).

Т. К. Крылова.

Травма в качестве этиологического момента параличей мышц, как наружных, так и внутренних, фигурирует сравнительно редко. Так. за все время существования нашей клиники (4-й год) мы наблюдали только один случай паралича *m. recti ext.* травматического происхождения.

Как известно, при параличах пораженными могут быть или отдельные мускулы глаза, — т. н. изолированные параличи, или несколько мускулов одновременно, — комбинированные параличи; далее, парализованы могут быть исключительно наружные мускулы — *ophthalmoplegia externa*, или исключительно внутренние мускулы (*sphincter pupillae et m. ciliaris*) — *ophthalmoplegia interna*, или, наконец, и наружные, и внутренние мускулы одновременно — *ophthalmoplegia totalis*.

Чаще всего встречаются травматические параличи наружных мускулов глаза, притом изолированные параличи чаще, чем комбинированные. Рапас<sup>1)</sup> до 1902 г. собрал из литературы 27 подобных случаев и 3 случая наблюдал сам, причем у этого автора не упомянут еще случай Машгал'а<sup>2)</sup>, где у 20-летнего субъекта после удара пуговицей по правому глазу получился паралич *m. recti int. et recti inf.* С 1902 г. по 1907 г. д-р Васютинский<sup>3)</sup> нашел в литературе еще 16 случаев травматических параличей глазных мышц.

Кроме случаев, отмеченных вышеназванными авторами, укажу еще на несколько случаев, описанных в литературе до 1907 г. Сюда относятся 6 случаев травматических параличей, наблюдавшихся Berger'ом<sup>4)</sup> с 1902 г. по 1905 г., в том числе 2 случая паралича *m. recti int.*, 1—*m. recti ext.*, 1—*m. recti inf.*, 1—*m. obliqui sup.* и 1—одновременного поражения *m. recti infer.* и *recti ext.*, и случай Rouvillois<sup>5)</sup>, который наблюдал изолированный паралич *n. abducentis* левого глаза после травмы черепа; Lander<sup>6)</sup> наблюдал 3 случая изолированного паралича *m. recti ext.*, 2 из них—вследствие удара кулаком по темени, а третий—двусторонний, происшедший вследствие перелома черепа во время железнодорожного крушения; Bielschowsky<sup>7)</sup> приводит случай двустороннего паралича *m. recti int.* вследствие удара в правую скуловую кость; в случае Chauvel'я<sup>8)</sup> офицер получил удар в голову в области левой глазницы, и через три недели у него развился изолированный паралич *m. recti inf.*; Liebrecht<sup>9)</sup> из 100 случаев перелома черепа наблюдал

\*) Сообщено, с демонстрацией больного, на соединенном собрании врачей Трахоматозного Ин-та и Глазной клиники 27/III 26 г.



5 случаев изолированных параличей *n. abducentis* и 2—*n. trochlearis*; из которых один одновременно с *n. oculomotorius*; Шрёдер<sup>10)</sup> приводит 3 случая паралича *m. recti ext.* на почве перелома основания черепа после ушиба затылка; Purtscher<sup>11)</sup> в своей обширной монографии приводит 45 случаев травматических параличей *n. abducentis*, собранных им из литературы, причинами которых были падения, удары, выстрелы и т. д.; из этих 45 случаев в 8 был поврежден *n. opticus*, в 3—*n. oculomotorius* и в 1—*n. trochlearis*.

После 1907 г. мне удалось найти в литературе еще ряд случаев параличей глазных мышц травматического происхождения. Так, Fortunati<sup>12)</sup> наблюдал случай изолированного паралича *m. obliqui sup.* вследствие ушиба верхневнутреннего края орбиты. Isakowitz<sup>13)</sup> описывает случай двустороннего паралича *n. abducentis*, развившегося после ушиба затылка. Caspar<sup>14)</sup> наблюдал изолированный паралич *m. obliqui sup.* при колотой ране орбиты левого глаза. Тамашев<sup>15)</sup> описывает случай, где пациентка, наткнувшись на тупой конец стержня, поранила правый глаз с последующим параличом *m. recti sup.* и парезом *m. obliqui infer.*; в этой же работе автор указывает на случай Верпарад'а—паралича *m. recti ext.* Кимурга<sup>16)</sup> наблюдал 2 случая паралича *m. obliqui sup.* после тразмы. Fage<sup>17)</sup> описал 3 случая травматического паралича, из них в одном, у девочки после удара головой об голову подруги, развился паралич *m. recti sup.*, во втором—у мальчика после удара деревом в области правой надбровной дуги развился паралич *m. recti inf.*, и в третьем случае у девочки после падения с лестницы произошел паралич *m. recti inf.*; в этой же работе автор указывает на случаи Ларсонп'е'а, который наблюдал 3 случая паралича *m. obliqui inf.*, 2—*obliqui sup.* и 1—*recti int.* Snider<sup>18)</sup> наблюдал паралич *m. obliqui sup.* после падения. Коркашвили<sup>19)</sup> описывает случай, где у одного субъекта гвоздем был перерван *m. recti inf.*

Переходя к обзору отдельных форм параличей глазных мышц, отметим, что *ophthalmoplegia externa* травматического происхождения, повидимому, встречается весьма редко. Так, в доступной мне литературе я мог встретить только 3 указания этого рода: Румшевич<sup>20)</sup> в своей работе „К учению об офталмоплегии“ приводит случай Гауэ, где у рабочего через несколько недель после взрыва котла развилась *ophthalmoplegia externa bilateralis* (*m. ciliaris* и *sphincter pupillae* были в норме); другой случай описывает Rosenstein у старухи через 2½ г. после ушиба затылка; наконец, Eissen<sup>21)</sup> приводит случай, где после ранения лба были совершенно парализованы все наружные мышцы глаза, за исключением *m. recti sup.*, который действовал слабо, и *m. recti ext.*, который совершенно не был задет; зрачек в этом случае был слегка сужен, аккомодация хороша.

Что касается травматических параличей внутренних глазных мышц, без участия наружных (*ophthalmoplegia interna*), то они встречаются тоже не так часто. Я нашел в литературе 5 случаев этого рода. Один из них описан Турани<sup>22)</sup>, где у мальчика, получившего удар по глазу, развилась *ophthalmoplegia interna*; в этой же заметке автор указывает на аналогичный случай Ахенфельд'а, где имело место кровоизлияние в области *ganglion ciliare*. Basso<sup>23)</sup> наблюдал 3 случая *ophthalmoplegiae internae* на почве травмы. Пятый случай—Русец-

кого <sup>24</sup>), где *ophthalmoplegia* развилась в левом глазу после ушиба правой скуловой кости.

Несравненно чаще встречаются травматические параличи внутренних глазных мышц одновременно с параличом наружных, иннервируемых п. *oculomotorio*, или же всех мышц глаза (*ophthalmoplegia totalis s. completa*). В доступной мне литературе я мог найти целый ряд случаев такой офталмоплегии травматического происхождения. *Goldschmid* <sup>25</sup>) описывает случай, где у 21-летнего мужчины вследствие выстрела из ружья в небо произошел полный паралич п. *oculomotorii* правой стороны, при целости п. *abducentis* и *trochlearis*. *Hansel* и *Spiller* <sup>26</sup>) приводят 2 случая полной офталмоплегии,—в одном она развилась после удара зонтиком в нижний край орбиты, в другом—после удара во внутреннюю треть верхнего орбитального края. *Goldziecher* <sup>27</sup>) наблюдал 2 случая, где вследствие ранения, в обоих случаях правого глаза, ножом развилась полная офталмоплегия. *Desgouttes* и *Müller* <sup>28</sup>) видели 2 случая паралича п. *oculomotorii* после ушиба головы. В одном случае *Berger'a* <sup>4</sup>) у девочки 2-х лет, упавшей на вязальную иглу, развилась также внутренняя офталмоплегия с одновременным параличом *m. recti inf.* *Libreicht* наблюдал в одном случае травматический паралич п. *oculomotorii* совместно с п. *trochlearis*, в другом—полную офталмоплегию. *Hirschberg* <sup>29</sup>) приводит случай ранения орбиты осколком молотка, вследствие чего развилась полная офталмоплегия; *Сегаль* <sup>30</sup>),—где последняя возникла на почве ранения левого глаза пером. *Вернке* <sup>31</sup>) в заседании Одесского Офтальмологического Об-ва, в 1904 г., демонстрировал больного с *ophthalmoplegia totalis*, развившейся после легкой травмы головы. *Неволина* <sup>32</sup>), в клинике проф. *Fuck's'a*, в Вене, наблюдала случай ранения правой глазницы дробью, после чего развилась картина неполной офталмоплегии (п. *abducens* не был затронут). *Pascheff* <sup>33</sup>) приводит случай, где у 43-летнего мужчины, получившего удар острым орудием в правую орбиту, развилась полная офталмоплегия; *Gutmann* <sup>34</sup>),—где она развилась у 20-летнего пациента, который в возрасте 4-х лет упал с лестницы; *Terien* <sup>35</sup>),—где полный паралич п. *oculomotorii* развился у студента, который получил удар кончиком зонтика у внутреннего края нижнего века.

Как видно из приведенного краткого литературного очерка, параличи глазных мышц могут произойти не только от непосредственного удара (травмы) самой орбиты, но часто и от травмы других частей головы: лба, висков, затылка и т. д., причем сила удара в некоторых случаях не играет большой роли,—даже незначительный удар иногда может вызвать тяжелые последствия, как это было в случае *Вернке*; иногда же и довольно сильная травма остается без особенных последствий, как нам часто приходится наблюдать на большом амбулаторном материале нашей клиники.

Нужно также отметить, что бывают случаи, когда последствия травмы выявляются несразу, а только через 2—3 недели—в виде параличей глазных мышц (*Chauvel* <sup>3</sup>), *Turanui* <sup>21</sup>), или атрофии зрительного нерва (*Вит* <sup>36</sup>). Поэтому весьма важно случаи даже незначительной травмы орбиты, затылка и др. частей головы исследовать повторно.

Ближайшими причинами происхождения параличей глазных мышц являются: 1) непосредственное ранение самих мышц (*Panas* <sup>1</sup>), *Fage* <sup>17</sup>),



Васютинский<sup>3)</sup>, Fortunati<sup>12)</sup>, Тамамшев<sup>15)</sup>, Коркашвили<sup>19)</sup> и др.) или повреждение нервных стволов и веточек (Kemper, Неволлина<sup>32)</sup>, Berger<sup>4)</sup>; 2) кровоизлияния: а) в орбиту (Berger<sup>4)</sup>, Hirschberg<sup>29)</sup>, Turanyi<sup>22)</sup>, Русецкий<sup>24)</sup>, Pascheff<sup>33)</sup> и др.), б) во влагалище мускулов (Fage<sup>17)</sup>, Chauvel<sup>8)</sup>, в) во влагалище нервных стволов (Müller и Desgouttes<sup>28)</sup>, d) на основании черепа (Сегаль<sup>30)</sup>, Isakowitz<sup>13)</sup>, e) в области ядер (Eissen<sup>21)</sup>, Bielschowsky<sup>7)</sup>; 3) перелом основания черепа (Goldziecher<sup>27)</sup>, Rouvillois<sup>5)</sup>, Liebreich<sup>9)</sup>, Purtscher<sup>11)</sup>, Шредер<sup>10)</sup> и др.).

После этих кратких литературных справок переходжу к описанию двух случаев травматического паралича глазных мышц, наблюдавшихся в 1925—26 уч. г. в нашей клинике.

*Случай I.* Больной Б., 20 лет, масленник, 2/X 1925 г. ночью получил от неизвестных лиц (бандитов) сильный удар каким-то твердым предметом по левому виску. Больной тут же потерял сознание и очнулся только часа через три, когда его привезли в ближайшую больницу. На другой день Б. заметил, что веки левого глаза у него красны, сильно опухли. Через 3—4 дня краснота и опухоль век прошли, но окружающие заметили, что левый глаз его косит в сторону, и больной с жалобой на двоение зрения явился 13/X в клинику.

При исследовании больного было найдено следующее: на коже лба, висков и век никаких следов от бывшего удара не имеется; со стороны конъюнктивы *bulbi* и век левого глаза уклонений от нормы нет, роговица прозрачна, гладка и блестяща, передняя камера достаточной глубины, радужка темно-коричневого цвета, с ясным рисунком, зрачок нормальной ширины, хорошо реагирует на свет и аккомодацию, линза прозрачна, *t<sup>h</sup>* нормальна; *visus*—1,0 N 0,75 D; поле зрения нормально, со стороны дна глаза изменений нет; при взгляде прямо вперед глаз отклонен кнаружи, по периметру Förstera на 30°, движения глаза кнутри почти отсутствуют, кверху, книзу и кнаружи—свободны; перекрестная горизонтальная диплопия; правый глаз нормален, ширина глазной щели в обоих глазах одинакова. Диагноз: *paresis m. recti int. os. sin.*

Назначено лечение: местно—согревающий компресс на левый глаз, внутрь—*sol. kalii iod.* 8,0:200,0, покой. 16/X при исследовании больного в нервной клинике со стороны центральной нервной системы уклонений от нормы не найдено. 23/X больной выписан для домашнего лечения; за время пребывания в клинике особых изменений в смысле движений левого глаза не произошло; предложено продолжать припарки на левый глаз, внутрь принимать КJ и, кроме того, провести курс электризации. 27/X больной был исследован вновь,—появилось незначительное движение левого глаза кнутри, глаз отклонен кнаружи на 20°, терапия та же. 9/XI движения левого глаза кнутри стали еще больше, угол косоглазия—15°, предложено продолжать лечение. 24/XI при взгляде прямо вперед левый глаз не косит кнаружи, но движения глазного яблока кнутри еще слегка ограничены. Больше больной в клинику не являлся, и розыскать его через Адресный Стол не удалось.

Приведенный случай особых диагностических трудностей не представлял. Сравнительно-быстрое восстановление функции парализованной мышцы в данном случае без сомнения исключает ее разрыв, а прямо наводит на мысль, что здесь мы имели дело с кровоизлиянием непосредственно во влагалище *m. recti int.* или в орбиту. Но, допуская возможность здесь кровоизлияния в орбиту, которое соответствующим давлением могло парализовать действие внутренней прямой мышцы, нам трудно объяснить абсолютную целость и незатронутость *m. obliqui sup.*, который почти на половине своего протяжения располагается так близко к внутренней прямой мышце. С другой стороны, если-бы было кровоизлияние в орбиту, мы должны были бы наблюдать подконъюнктивальную геморрагию и картину *exophthalmus'a* в той или иной степени; но ни того,

ни другого в данном случае не было. Поэтому более вероятным здесь является предположение о кровоизлиянии во влагалище *m. recti int.*

*Случай II.* Больной Б., 19 лет, 6/XII 1925 г. в драке, в пьяном виде, получил ранение длинным (вершков 6) гвоздем в область левой надбровной дуги, приблизительно в средней ее трети. После удара был в бессознательном состоянии около часу. Когда пришел в себя, то заметил, что левый глаз ничего не видит. Тотчас же был направлен в местный фельдшерский пункт, где ему была наложена повязка. Глаз сильно распух, из раны текла кровь, верхнее веко было опущено и не поднималось кверху, глаз совершенно не двигался. Кровотечения из носу не было. Недели через 3 после того больной поехал в Казань и явился в нашу клинику.

При исследовании 28/XII оказалось, что в области левой надбровной дуги, в средней ее части, на коже верхнего века имеется раневое отверстие круглой формы, откуда выходит грануляционная ткань на ножке, закрывающая собой все отверстие в виде шапки диаметром в 1 сант. Верхнее веко опущено, прикрывает все глазное яблоко и не поднимается кверху. Глазное яблоко неподвижно, имеется лишь незначительное движение кнаружи. Конъюктивa век и глазного яблока отклонений от нормы не представляет. Роговица прозрачна, блестяща и гладка. Передняя камера достаточной глубины. Радужная оболочка темно-коричневого цвета, с ясным рисунком. Зрачок сильно расширен, круглой формы, не реагирует на свет. Линза прозрачна. Со стороны дна, кроме побледнения соска с неясными контурами и заметного сужения сосудов, других изменений не найдено. *Visus—0.* Правый глаз—норма. Диагноз: *ophthalmoplegia totalis et atrophia n. optici oc. sin.* В Нервной клинике, куда больной был направлен для исследования со стороны центральной нервной системы, никаких отклонений от нормы кроме офталмоплегии, обнаружено не было.

31/XII проф. В. Е. Адамюком произведена операция удаления грануляционной ткани на коже верхнего века; грануляции были захвачены пинцетом и отрезаны ножницами у основания, края раны освежены и сшиты двумя узловыми швами; повязка; внутрь КJ; в вырезанной грануляционной ткани были обнаружены мышечные волокна. 4/I 26 г. рана зажила *per primam*, сняты швы; повязка, внутрь КJ. 13/I верхнее веко слегка поднимается кверху, движения глазного яблока кнутри отсутствуют, кверху и книзу ограничены, кнаружи—более свободны, больной переведен в Нервную клинику для проведения курса электризации. 4/II на месте бывшей раны—небольшой рубец, верхнее веко слегка опущено, прикрывает верхнюю половину роговицы и зрачка, глаз отклонен кнаружи на 30° по периметру, движения глазного яблока кнутри и кверху сильно ограничены, книзу и кнаружи—небольшое ограничение, зрачок широк—6 мм., не реагирует на свет, на конвергенцию реакция есть; заметна содружественная реакция; на болевые ощущения зрачок не реагирует; сосок зрительного нерва бледный, контуры ясно очерчены, сосуды сужены; правый глаз попрежнему без изменений. 8/II после 12 сеансов электризации птоз в том же состоянии, движения глазного яблока кнутри и кверху ограничены, книзу и кнаружи уже свободны, угол косоглазия—25', зрачок в том же состоянии. 2/III птоз *in statu quo*, движения глазного яблока кнутри и кверху стали более свободны, угол косоглазия—15', ширина зрачка—5 мм. 27/III птоз приблизительно в том же состоянии, т. е. веко прикрывает верхнюю половину роговицы и зрачка, движения глазного яблока книзу и кнаружи свободны, кверху и кнутри—только небольшое ограничение, зрачок 5 мм. ширины, дно глаза в том же состоянии. Больной уехал из Казани домой.

Как видно из приведенной истории болезни, функции глазодвигательных мышц здесь медленно, но постепенно возвращались к норме, что указывало не на полный и абсолютный паралич, как то можно было предполагать на основании первоначальных явлений, а только на состояние пареза *n. oculomotorii, trochlearis* и отчасти *n. abducentis*. Что же касается *m. levatoris palp. sup.*, то восстановление его функции, достигнув известного предела, видимо, остановилось. Здесь, очевидно, было непосредственное ранение самой мышцы, поднимающей веко, в виде разрыва части мышечных волокон, которые выпали из раневого отверстия, что и было нами отмечено при первом исследовании больного.

Моментальная абсолютная слепота и констатированное офтальмоскопом постепенное побледнение соска зрительного нерва, вместе с уменьшением калибра сосудов, указывают на то, что в данном случае был поражен также ствол зрительного нерва, вследствие чего и последовала его атрофия.

При выяснении ближайшей причины подобных случаев можно думать о кровоизлиянии в области ядер или на основании черепа, о переломе основания черепа, или же о кровоизлиянии в орбиту. Но ядерный, а также базальный параличи в данном случае легко исключаются самим механизмом повреждения, а также тем, что тогда мы имели-бы скорее двусторонний паралич, явления менингита и поражение других черепно-мозговых нервов—*facialis, acustici, trigemini*. Перелом основания черепа также исключается тем, что здесь не было поражения других нервов, особенно *n. acustici*, который, проходя у вершины пирамиды височной кости, попадает в легко ранимую область; не наблюдали мы на дне глаза и тех явлений, которые должны были-бы выступить вследствие сдавления осколком кости сосудов, идущие в глазницу; отсутствовали, далее, носовое кровотечение и „поздний“ кровоподтек под конъюктиву *bulbi*, которые являются постоянными спутниками перелома основания черепа; наконец, против этого предположения говорит постепенное восстановление функций парализованных мышц, чего не было-бы при переломе вследствие сдавления или перерезки нервов, проходящих в *fissura orbitalis sup.*

Вероятнее всего, что в нашем II случае гвоздь, войдя в орбиту, в области *foraminis optici* поранил зрительный нерв, при выходе же зацепил *m. levator palp. sup.* и разорвал часть его волокон, которые выпали наружу из раневого отверстия. Происшедшее кровоизлияние в орбиту вызвало картину полной офтальмоплегии.

Кроме бледности соска и сужения сосудов, других изменений на дне глаза, которые-бы указывали на поранение кровеносных стволов, у нашего больного не отмечалось. Это дает нам возможность точно локализовать поражение зрительного нерва: оно должно было произойти до места входа *art. centralis retinae* в его ствол (по *Greefe* артерия эта проникает в ствол зрительного нерва в 10—20 мм. позади глазного яблока). Следовательно, повреждение зрительного нерва здесь произошло в его отдаленной части от глазного яблока, ближе к *foramen opticum*.

Случая вполне аналогичного данному в доступной мне литературе я не встретил, почему описание его и представляется излишним.

---

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Panas. Arch. d'opt., 1902, t. I.—2) Machran. Ref. Ber. Oфт., 1891.—3) Васютинский. В. О., 1907.—4) Berger. Klin. Monat. f. Aug., 1905, B. 2.—5) Rouvillois. Rec. d'opt., 1906.—6) Lauder. Ref. В. О., 1904.—7) Bielschowsky. Ref. В. О., 1902.—8) Chauvel. Ref. В. О., 1904.—9) Liebrecht. Ref. В. О., 1908.—10) Шредер. В. О., 1891.—11) Purtscher. Arch. f. Augen,

1888, B. XVIII.—12) Fortunati. Реф. В. О., 1909.—13) Isakowitz. Zeit. f. Aug., 1906.—14) Caspar. Klin. Monat. f. Aug., 1909.—15) Тамашев. В. О., 1910.—16) Kimura. Реф. В. О., 1911.—17) Fage. Arch. d'ophthalm., 1912.—18) Snider. Реф. Arch. d'ophthalm., 1908, t 28.—19) Коркашвили. Р. О. Ж., 1926.—20) Румшевич. В. О., 1888.—21) Eissen. Klin. Monat. f. Augen., 1890, B. 28.—22) Turanyi. Реф. Zentr. f. Aug., 1925.—23) Basso. реф. В. О., 1909.—24) Русецкий. Казан. Мед. Жур., 1924.—25) Goldschmid. Wien. med. Woch., 1893.—26) Hansel et Spiller. Реф. В. О., 1900.—27) Goldziecher. Zentr. f. pract. Aug., 1903, B. 27.—28) Desgouttes et Müller. Реф. В. О., 1904.—29) Hirschberg. Zentr. f. pract. Aug., 1906, 30.—30) Сегаль. В. О., 1904.—31) Вернке. В. О., 1908.—32) Неволлина. В. О., 1908.—33) Pascheff. Ann. d'oculist., 1908.—34) Gutmann. Реф. Berl. klin. Woch., 1911.—35) Terien. Реф. В. О., 1910.—36) Вит. Учение о несчастных случаях. 1911.

---

## К учению о т. наз. межуточной беременности, — чистой ее форме (*graviditas intramuralis* \*).

Дм. Абуладзе (Киев).

Одной из интереснейших форм эктопической беременности может с полным правом считаться та разновидность трубной беременности, которая известна под названием *межуточной, промежуточной, трубно-маточной*, или, по общепринятой номенклатуре, — *интерстициальной* беременности (*grav. interstitialis*).

Для этой формы несвоеместной беременности даны и другие термины, определяющие ее топографо-анатомически более правильно и — сказал-бы я, — даже более метко. Таковы названия: *grav. intramuralis*, *grav. intracanalicularis* (Kuchenmeister), *grav. intermuralis* (Ahlfeld).

Интерстициальная беременность — крайне опасная, но, к счастью, — и довольно редко (Baard de la Faille, Werth, Змигородский, Schrenck, Lequeux) встречающаяся в практическом акушерстве аномалия.

Аномалия эта, пока все еще недостаточно изученная, возникает при условии, когда яйцо, на пути своего физиологического передвижения, почему-то застревает в участке яйцепровода, заключенном в маточных стенках, и здесь же, а не в предназначенном ему природой месте, продолжает развиваться дальше.

Означенный участок яйцепровода, т. е. вся интерстициальная его часть, по свидетельству Bandl'я, имеет, при поперечнике в одну линию, едва семь линий в длину. Отметим также, что оба отверстия этого участка яйцепровода, по уверению Spiegelberg'a, с начала же развития здесь беременности облитерируются, и плодовместилище почти никогда не сообщается с внематочным отрезком яйцепровода. И вот, если район, занимаемый плодовместилищем, при такого рода несвоеместной беременности ограничивается исключительно стенкой, заключающей в себе яйцо, начавшее здесь же развиваться, то и получается *чистая* форма межуточной, беременности, т. е. в строго-анатомическом смысле трубно-маточная промежуточная беременность — *grav. interstitialis propria* seu *grav. intramuralis*.

В таких анатомических границах она может оставаться и при дальнейшем своем прогрессировании, — может оставаться до тех пор вообще, покуда плодовместилище в состоянии будет сохранять свою целость. Если же плодовместилище, независимо даже от своей целости, выходит за пределы отмеченных только что анатомических границ, то получается какая-нибудь из атипичных или *смешанных* форм, которая разве только в виде редчайшего исключения не будет результатом разрыва плодовместилища.

\*) Доклад Физико-Медицинскому Обществу в Киеве, в заседании его 15 мая 1919 г.



К такой исключительно-редкой форме может быть отнесена т. наз. *неправильная маточная* беременность, — *grav. utero-interstitialis* по терминологии Klebs'a. Это — та смешанная форма, когда часть развившегося интерстициально яйца, или все это яйцо, находят вышедшими из трубы в полость матки. В механизме возникновения такого рода неправильной маточной беременности признающие ее реальность исходят из положения, что при межзачаточной беременности яйцо, по мере своего развития, может *расширять* (!) внутриматочное отверстие трубы и т. д., и т. д. Не мешает, впрочем, отметить, что *ad visum*, *осязательно* и эта форма наблюдалась только в регрессивной стадии, да и то — во время операции или на секционном столе.

Я с предвзятой мыслью останавливаюсь на точном выяснении деталей анатомической картины, присущей межзачаточной беременности, главным образом прогрессивной ее стадии развития. Делаю это, дабы подчеркнуть, что, вероятно, игнорирование такой точности и привело многих авторов с одной стороны к ошибочному толкованию, а с другой — к неправильной классификации этой заманчиво-интересной и далеко еще не разгаданной аномалии беременности, — аномалии, позволяющей строить, при желании, довольно-таки смелые гипотезы и делать на основании последних широкие обобщения. Сказанное может относиться в особенности к приведенной выше смешанной форме, которая и мешает несколько правильному пониманию интрамуральной беременности.

Прежде всего нужно сказать, что каждый из авторов, касаясь определения межзачаточной беременности, неразрывно связывает ее с представлением именно об этой смешанной форме, т. е. так наз. *неправильной маточной* беременности, рассматривая таковую, как чуть-ли не естественно-неизбежное следствие вообще межзачаточной беременности.

В оригинальной формулировке проф. Лазаревича, видимо, только эта смешанная форма и положена им в основу определения, и потому он считает межзачаточной беременностью такую, — цитирую дословно по учебнику автора. — „при которой яичко (?), сначала заключенное в маточном конце яйцепровода, при дальнейшем *разращении* *вступает в полость* матки“ (? и курсив — мой). Попросту говоря, цитируемый автор понимает под межзачаточной беременностью чуть-ли не обыкновенную маточную, но — в виде *sui generis* вторичной внутривполостной из первичной несвоеместной.

Бекман, базируясь, надо думать, на разбираемой же смешанной форме, считает себя вправе утверждать, что при межзачаточной беременности яйцо в итоге своего развития может, дескать, *целиком* очутиться в полости матки, и таким путем интерстициальная беременность превращается „*незаметно в нормальную*!? (курсив и !? — мой) маточную беременность“.

Не вдаваясь здесь в критическую оценку подобной процедуры довольно оригинальной миграции яйца, начавшего уже *развиваться* вне полости матки, но не отрицая в то же время полной возможности частичного перехода в полость матки яйца, развивающегося в интерстициально-разрастающемся плодместилище, отмечу лишь, что, быть может, прав был Schultze, когда утверждал, — интуитивно, — что многие самопроизвольно наступающие выкидыши обязаны своим происхождением интер-



стициально развившейся беременности. В своей интуиции цитируемый автор исходил, надо думать, из того непреложного факта, что при межуточной беременности может, понятно, наступить проростание или прорыв внутриматочного конца трубы,—вдобавок обыкновенно облитерированного, как утверждал Spiegelberg.

Известную путаницу в определении форм межуточной беременности внес Dezeiméris,—первый, давший классификацию последней и включивший в нее—в виде будто-бы возможной в прогрессивной стадии—смешанную форму под названием *трубно-маточно-брюшной*—grav. *utero-tubo-abdominalis*. При этой курьезной форме предполагается, что послед должен находиться в матке, пуповина—в яйцевode, а плод—свободно лежащим в брюшной полости. Излишне распространяться, что, если по такой форме определять межуточную беременность, то при попытках выяснить, какие формы способны к прогрессированию, можно шагнуть в область, близко граничащую с фантазией...

В своем месте я еще возвращусь к „смешанной“ форме, касаясь вопроса о *вторичной внутриматочной маточной* беременности, реальность которой, по свидетельству некоторых авторов, будто-бы не может оставлять сомнения; пока же остановлюсь исключительно на основной форме разбираемой мною аномалии беременности.

Согласно совершенно правильному взгляду Неппиг'a, следует различать только два вида *чистой* формы межуточной беременности: 1)—когда яйцо, всецело заключенное в яйцевode, *отодвигает* в своей окружности мышечное вещество матки, но при этом стенки самого яйцевода *всюду* остаются нерушимыми; это—в строжайшем, узком смысле слова *маточно-трубная интерстициальная* беременность.—grav. *intracanalicularis*, по меткой терминологии Küchenmeister'a; в таком виде она может существовать, вероятно, только в самой ранней стадии своего первоначального развития; 2)—когда яйцо проникает в *паренхиму* матки и представляется как бы внедрившимся в мышечное вещество (в таких случаях, само собою разумеется, о совершенной целостности яйцевода уже не может быть речи); это—*межстенная* беременность (Розенталь), или grav. *intermuralis* (Ahlfeld), а еще понятнее—*межмышечная*, которую, по некоторой аналогии со *вторичной* брюшной, мне кажется, можно было-бы рассматривать, как *вторичную межуточную*. Эта форма может наблюдаться и в более поздних стадиях своего развития; она же, можно утверждать, преимущественно и служила до сих пор объектом для описания.

Строго рассуждая, едва ли даже представляется необходимость усматривать какую-нибудь существенную разницу между приведенными двумя типичными вилами межуточной беременности; а потому, базируясь на строго-анатомическом ее определении, было бы и правильнее, и удобнее, и отчасти проще именовать разбираемую форму несвоеместной беременностью,—по месту локализации и развития яйца,—беременностью не *межуточной* или *промежуточной*, и не *межстенной* etc., а только *интрамуральной*, т. е. *внутристенной* в этимологическом значении слова, но *внутристенной маточной*, в отличие от *внутриполостных* маточных же: обыкновенной маточной беременности и в *замкнутом* (по моей терминологии) роге матки.

Нетрудно представить себе картину прогрессирующей *внутристенной* беременности и ее исходы. Но при этом и нетрудно дать в обобщен-

ниях волю полету мысли, если черезчур увлечешься казуистическим материалом и допустить возможность прогрессирования таких смешанных форм, какие наблюдались только в *регрессивной* стадии—исключительно на операционном или секционном столах.

Следует помнить, что при внутристенной беременности, по мере ее прогрессирования, рост яйца (resp. всего плодместилища) должен происходить,—как это до сих пор и наблюдалось на самом деле,—главным образом в двух направлениях наименьшего сопротивления: в сторону брюшной полости, по направлению к внематочной части фаллопиевой трубы, и в противоположную сторону, т. е. по направлению к внутриполостному маточному отверстию названной трубы. Этот второй тип роста, судя по общеприводимому в акушерстве определению межзачаточной беременности, как будто должен быть превалирующим. В первом случае роста яйца плодместилище, стенки которого образованы постепенно растягивающейся частью фаллопиевой трубы и окружающей ее мышечной тканью матки, по мере прогрессирования беременности, будет уподобляться,—но только, понятно, *с виду*,—ростущей субсерозно-интерстициальной миоме, основание которой остается сидящим в мышечной ткани матки, а верхние отделы, все больше и больше выпирая наружную стенку матки, в конце концов образуют на ней различной величины куполообразный выступ, покрытый маточной *брюшиной*. Во втором случае рост такого же плодместилища происходит, вероятно, на подобие превращения интерстициальной миомы в субмукозно-интерстициальную, которая, по мере своего разрастания, как-бы силится попасть в полость матки, выпирая впереди себя сегмент, покрытый *мукозой* матки.

Внутристенная беременность лишь в исключительных условиях прогрессирует дальше своей первой половины и, как правило, дает разрывы плодместилища со всеми их печальными последствиями. Не вдаваясь в детальное рассмотрение причин этих разрывов,—будут-ли они зависеть от чисто-механических условий, или от прорастания ворсинок хориона,—отмечу, однако, что внутреннее кровотечение при внутристенной беременности бывает особенно грозным и даже при надлежаще обставленном пособии давало до сих пор колоссальный % смертности сравнительно с другими разновидностями трубной беременности. В смысле большой потери крови после разрыва плодместилища внутристенная беременность среди всех видов несвоеместной беременности может быть сравнена с разрывом недостаточно развитого „замкнутого“ беременного рога одношейной двурогой матки, занимая все же в этом отношении первое место.

По аналогии с различными ранениями в области тела матки,—даже в беременном состоянии последней,—казалось бы, и при разрыве стенки плодместилища внутристенной беременности ложе его resp. маточная стенка должна сократиться и, сжавши сосуды, не дать особенного кровотечения. Однако этого, к сожалению, не бывает.

По заявлению L. Gait'a, разрывы при внутристенной беременности происходят на *значительном* расстоянии; но это,—скажу от себя, основываясь на знакомстве с опубликованными случаями,—наблюдается далеко не всегда, а кровотечение, тем не менее, отмечено грозное.

Само собою разумеется, нельзя не считаться здесь в частности и с *величиной* разрыва; но ею только объяснять смертельное кровотечение не приходится. Очевидно, есть еще другой фактор, играющий, хотя-

бы в известном ряде случаев, более существенную роль среди, быть может, даже нескольких причин разбираемого явления. И вот, невольно напрашивается мысль,—не является-ли здесь обильное кровотечение результатом плохой сокращаемости маточной стенки вследствие того, что она, быть может, содержит в своей толще ворсинки хориона, которые являются, таким образом, как-бы инородным телом, препятствующим нормальному сокращению мышцы и, благодаря этому, мешающим сжатию кровеносных сосудов. Быть может, именно такого рода характером развития яйца можно было-бы отчасти объяснить и тот, на первый взгляд непонятный, факт, что, несмотря на большую толщину стенок плодового мешка, описываемая разновидность трубной беременности, по сравнению с прочими, весьма редко переходит за первую половину своего развития. В статистике Sittner'a, обнимающей 142 сл. лаларо-келифотомий, произведенных различными операторами при различных видах несвоеместной беременности, дошедшей до IX—X лунных месяцев, я не нашел ни одного случая, относящегося к внутриматочной беременности.

Если кое-какой больной этого рода удавалось избежать разрыва плодовместилища, и у ней наступала длительная регрессивная стадия, то в конце концов как плодовый мешок, так и его содержимое подвергались различного рода видоизменениям. Так, наблюдался случай, когда из толстостенного мешка был извлечен вполне сформировавшийся плод, находившийся в нем более полугода после своей смерти (сл. Kloß'a); описан случай нагноения мешка и его содержимого; наблюдался *lythraedion*, образовавшийся после гибели плода во второй половине беременности—на VIII—IX месяце. Но все эти случаи являются в литературе единичными.

Совершенно иные, понятно, картины наблюдались, когда внутриматочная беременность прогрессировала, и когда разрыв плодовместилища, кончавшийся обыкновенно смертью больной, происходил в сравнительно тоже непоздних стадиях прогрессирования. Тут обычно, кроме огромного количества крови, находили все содержимое мешка, или же его часть, и в брюшной полости, и в полости матки,—смотря потому, с какой стороны был разрыв; бывало и так, что плод находился в брюшной полости, а детское место лежало в полости матки,—это при двусторонних разрывах; или детское место оставалось в разорвавшемся плодовместилище, а самый плод терялся где-то в крови среди кишек (сл. Jewett'a) etc.

Исключительное место в акушерской литературе должно быть отведено единичным же наблюдениям, приводимым в доказательство перехода яко-бы всего яйца, начавшего уже развиваться внутриматочной,—в полость матки, с дальнейшим прогрессированием здесь, а затем рождением через естественные пути. Здесь уже затрагивается прежде всего чисто-научно-практического характера принципиальный вопрос,—мыслима-ли вообще прогрессирующая „вторичная внутриматочная“ беременность из окончательно уже установившейся первичной несвоеместной внутриматочной? Подчеркиваю „окончательно установившейся“, ибо, базируясь на учении о нормальном, планомерно законном передвижении яйца, ведь каждую внутриматочную маточную беременность, строго говоря, можно и должно рассматривать, как „вторичную“ из первичной трубной, resp.—и промежуточной, т. е. „intra-canalicularной“.

При обсуждении трех подобных наблюдений в заседании 19/XI 1888 г. в Лейпцигском Гинекологическом Обществе, Zweifel, понятно,

признал их недоказательными в смысле яко-бы превратившихся из внутривенных, как уже таковых, во внутриматочные. Со своей стороны, не вполне ясно представляя даже теоретически такое превращение, беру на себя смелость утверждать, что, если и возможен был бы подобный курьез в природе, то диагностировать, а главное—доказать его у *живой* обладательницы такой аномалии без кровавого обледования матки вряд-ли кому и даже когда-нибудь удалось-бы...

Несколько иначе приходится смотреть на затронутую сейчас маточно-интерстициальную (по Klebs'y), или внутривенную беременность с *частичным* развитием яйца в полости матки. Считая такой механизм развития яйца вполне возможным, даже после прорыва плодovesицилищем внутриматочного отверстия фаллопиевой трубы, я должен, однако, присовокупить, что даже при крайне осторожном и строго-объективном подходе к диагностике каждого отдельного случая с внутривенно-маточным развитием яйца весьма легко впасть в заблуждение и принять какою-нибудь другую аномалию за внутривенную беременность.

Я не хотел-бы приписывать подобное заблуждение кому-либо из авторов, опубликовавших уже свои наблюдения по данному вопросу; но, анализируя интересные и поучительные случаи Skutsch'a, Eiermann'a, Львова, Малиновского и др., я невольно вспоминаю два наблюдения из своей личной практики, которые, мне кажется, могли-бы иметь некоторое значение в смысле дифференциальной диагностики.

Первое наблюдение касается роженки, у которой после произведенного поворота поперечно лежавшего младенца и извлечения последнего мне пришлось удалить детское место, оказавшееся лежащим в резко-обособленном как-бы дивертикуле правого угла матки. Сначала я был уверен, что имею дело с внутривенной беременностью; вскоре однако выяснилось, что у моей родильницы—uterus arcuatus. Второе наблюдение с подобным же дивертикулом относится к неполному выкидышу около 3-х месяцев; исключивши здесь наличность у больной как перфорации матки, так и внутривенной беременности, истинную натуру этого „дивертикула“,—довольно-таки глубокого,—можно было объяснить только развитием яйца как раз в области маточного отверстия трубы.

Что касается теперь вопроса о прижизненном распознавании внутривенной маточной беременности, которое могло-бы иметь большое практическое значение, то я должен отметить, что эта разновидность трубной беременности до сих пор являлась *всегда* совершенно неожиданной находкой как на операционном, так и на секционном столах. Полагаю, дальнейшие комментарии в этом направлении были-бы излишни... Но, исходя из положения, что и внутривенная маточная беременность, как и другие виды несвоеместной беременности, несомненно должна иметь свою определенную клиническую физиономию в смысле течения, было-бы неосновательно утверждать, как это делают некоторые (Küstner, Розенталь и др.), что и в будущем нам не удастся остановиться вовремя на таких признаках, по которым еще до вскрытия брюшной полости можно было-бы распознать ее,—если не безошибочно, то хотя-бы с известной степенью вероятности, дабы своевременно придти на помощь для спасения больной от ее опаснейшего врага.

В случае, представившемся нашему наблюдению, как мы увидим ниже,—оказывается, и имелся налицо симптомокомплекс явлений, как



будто заметно отличавший именно внутриматочную беременность от изученных до нашего времени видов экстраматочной беременности. Тем не менее, благодаря созданным, — можно сказать исключительным, — условиям, мы оказались недостаточно внимательными к прошлому больной, к ее анамнезу, и потому не сумели использовать все имевшиеся до операции признаки для дифференциальной диагностики в подобающем научно-практическом направлении.

Впрочем, независимо от того, каков бы оказался результат использования признаков, — для нашего случая точная диагностика вида несвоевременной беременности особенного практического значения уже не имела бы. Говорю так не в оправдание своего, повторяю, неполно внимательного отношения к данному случаю, а в интересах справедливости, — подчеркивая при этом, что во время установки диагноза никому из нас, пяти врачей, обсуждавших случай, не могла и придти в голову мысль дифференцировать разные виды несвоевременной беременности, ибо все мы были заняты исключительно мыслью о бывшем у больной яко-бы отравлении рыбным ядом, — отравлении, констатированном яко-бы *вне всякого сомнения*, путем химического (!!) исследования содержимого желудка.

Только что сказанное обязывает меня предпослать описанию макромикроскопических препаратов краткую историю этого оригинального случая, — историю, рисующую в хронологическом порядке все, достойные внимания, моменты, касающиеся данной больной.

6/III 1919 г. на одной из сравнительно людных для того времени улиц Киева я встретил своего товарища по профессии В. К. — к о с дамой, обратившей на себя мое внимание своим пышным, цветущим здоровьем. Это было около часу дня; а в 11 часов ночи, думая только о спокойном в переживаемое в то невероятно-тяжелое время сне, получаю телефонограмму от д-ра К. с просьбой немедленно прибыть в Георгиевскую лечебницу к больной, у которой он подозревает внутреннее кровотечение. К счастью, в этот день, по случаю празднования годовщины Революции, разрешено было ходить по городу даже после полуночи, и я, понятно, немедленно отправился в лечебницу вместе с жившим у меня беженцем, земским врачом М. С. — к и м, сильно заинтересовавшимся участью моей будущей больной.

Получив по прибытии в лечебницу от д-ра К. нужные сведения и войдя в палату к больной, я увидел восково-бледную, с синеватыми губами, с впалыми глазами особу, тяжело дышавшую, неохотно реагирующую на вопросы, жаловавшуюся на неопределенные боли по всему животу и на сильную жажду. При всем этом она беспрестанно спрашивалась, останется-ли жива. Если сюда прибавить характерную бледность видимых слизистых оболочек, слегка вздутый и болезненный при пальпации живот, а главное — отсутствие пульса в лучевых артериях при субнормальной  $t^0$  тела, то этими фактами и исчерпывалась почти вся совокупность наличных объективных данных, на основании которых требовалось ставить с места диагноз страдания и ergo решать вопрос о безотлагательном радикальном пособии.

Описанная колябированная больная оказалась той самой цветущего вида особой, которую я впервые видел всего лишь около 10 часов тому назад.

Бимануальное исследование, предпринятое с целью выяснить причину предполагаемого внутреннего кровотечения, обнаружило лишь резко увеличенную и болезненную у дна матки с кровянистыми из нее выделениями и — ничего более. Интуитивно фиксировался и я на диагнозе только внутреннего кровотечения из «треснувшей», по терминологии В. Ф. Снегирева, беременной трубы, причем, понятно, у меня сейчас же назрела мысль о немедленном кровавом пособии. Отказа в последнем со стороны больной я не допускал, помня хотя-бы только беспрестанные ее вопросы на счет жизни — смерти.

Ex consilio еще с двумя врачами — Э. С. — л о, дежурившим у своей больной, и интерном лечебницы П. — к и м — диагноз внутреннего кровотечения был признан единогласно, и решено было сейчас же приступить к чревосечению, неособенно

считаюсь с возможностью отравления рыбным ядом, примешавшегося к нижеследующему анамнезу больной:

В. П., 29 лет, русская, интеллигентная особа; до последнего заболевания всегда пользовалась завидным здоровьем. Никаких заболеваний со стороны половой сферы в прошлом больной, — я это подчеркиваю особенно, — тщательным распросом не обнаружено. Менструировала с 12 лет, по типу, установившемуся сразу, чрез 4 недели, по 5 дней, непрофузно и безболезненно. Замужем с 21 года, за здоровым мужчиной. Последние менструации имела 23/ХII 1918 г., с какого времени считала себя беременной — во второй раз, хотя в промежутке времени между этими двумя беременностями больная припоминает, как будто-бы имела весьма кратковременную задержку регул, закончившуюся несколько большим против обычного при них выделением крови. Первая беременность протекала правильно и окончилась 6 лет т. наз. срочными нормальными родами с нормальным течением послеродового периода. Настоящая беременность до февраля 1919 г. ничем особенным не давала о себе знать. Но вот, в первых числах февраля показались, без видимой причины, крови, которые заставили больную, озабоченную судьбой своей беременности, обратиться к врачебной помощи. Д-р В. К., исследовавший больную впервые 11/II, отметил лишь небольшое кровянистое выделение из резко увеличенной в передне-заднем размере, подвижной, безболезненной, антевертированной матки, значительно превышавшей размерами предполагаемый самой больной срок беременности. Успокоив больную, д-р К. назначил покой, *viburnum prunifolium* и посоветовал выжидать. Однако крови не прекращались и даже стали усиливаться, что дало право признать начинающийся аборт и заставило ускорить его посредством выскабливания матки. При выскабливании, произведенном 25/II, оказалась *decidua*, но в таком большом количестве, что у д-ра К. мелькнула мысль, — не было-ли здесь многоплодной беременности. Соскобы, к сожалению, исследованы не были. Отметим мимоходом, что больная за все время наблюдения ни на какие боли не жаловалась. Операция опорожнения матки, однако, не увенчалась вполне успехом: истечение крови продолжалось, — даже еще в большем против бывшего количестве, и сама кровь была алая. Ко всему этому присоединились еще легкие схваткообразные боли в животе. Д-р К., найдя матку по прежнему резко увеличенной, но уже болезненной, заподозрил, что в полости ее сидят еще остатки яйца, почему он вторично произвел выскабливание 17/II. Но на этот раз свободно проходима для кюретки матка оказалась пустой. Общее состояние больной все время было хорошее, <sup>10</sup> тела держалась в пределах нормы, пульс не превышал 80-86 ударов в минуту и пр. Пролежавши в постели с неделю, больная могла уже выходить из дому, хотя испытывала тупые боли в животе; не прекратились и выделения, хотя после второго выскабливания они стали в гораздо меньшем количестве и приняли слизисто-кровянистый вид. В роковой для больной день катастрофы, 6/III, она в 3 часа дня с большим аппетитом съела в модной для того времени паштетной три куска рыбы. Возвратившись домой, она стала к вечеру собираться идти в театр, куда ей, однако, не удалось попасть, и пришлось обратно вернуться домой вместе с встретившимся по дороге своим врачом К. Среди беседы за чаем, часов в 9 вечера, больная, посмотрев в упор на своего собеседника, заявила, что ей тошно и что она ощущает острые боли под ложечкой, — не отравилась-ли она рыбой? Сказав это, пациентка сразу побледнела, у нее наступила обильная рвота, и она упала. Затем, после 2-кратной рвоты, больная впала в глубокий обморок, на лице у нее выступил холодный пот, пульс стал непрощупываемым. Д-р К., поддавшийся внушению со стороны больной насчет отравления рыбным ядом, все же не растерялся и сейчас же забил энергичную тревогу. Говорю „все же“, потому что ему, акушеру, никогда не приходилось наблюдать, а тем более лечить отравленных рыбным ядом. Приведенная спустя некоторое время в чувство больная была окружена заботами еще двух врачей — интерниста и хирурга; к этому времени прибыла и карета скорой помощи с врачом. Немедленно было выкачано содержимое желудка с последовательным промыванием последнего, и был впрыснут под кожу пилокарпин. Отмечу, что при произведенном тут же анализе содержимого желудка получилась будто-бы ясно-положительная реакция на присутствие в нем алкалоида, но какого именно, — осталось неизвестным... Из возбуждающих (!) средств больной было впрыснуто под кожу одновременно несколько (!) шприцов камфоры (!) с эфиром (!); но она попрежнему оставалась без пульса (разумеется, к счастью для нее...). Тогда д-р К., вспомнив безрезультатность своей первой операции, сразу подумал о несовместной беременности, усумнившись в отравлении рыбным ядом, и перевез



больную в карете скорой помощи в Георгиевскую лечебницу, где ей и произведена была операция чревосечения *in extremis* по поводу внутреннего кровотечения.

Больной сразу дано было положение с резко-приподнятым тазом. Наркоз смешанный эфирно-хлороформный, начат в 12 ч. 20 м. полуночи. После 6—8 выдыханий наступил сон. Операция по типу надлобкового чревосечения с поперечным кожно-фасциальным разрезом. Ткани при разрезе оказались бескровными. По расщеплении прямых мышц живота показала характерная для внутреннего в брюшную полость кровотечения темно-фиолетового цвета брюшина, по вскрытии которой хлынула алая кровь. Сейчас же двумя пальцами, вилообразно сложенными и введенными в брюшную полость, захвачена была и легко выведена наружу резко увеличенная матка, которая сразу обнаружила ясную, но совершенно неожиданную для нас картину прервавшейся в утробе беременности. Брюшная полость буквально была залита свежей кровью, среди которой оказалось и много свернувшейся, в виде порядочной величины сгустков. Видимая часть яйцевого мешка, величиною с картофелину среднего размера, располагалась в поперечном направлении по отношению к длиннику матки, на правой половине передней стенки последней, ближе к дну и боку ее. Мешок этот сидел на подобие опухоли, основание которой как-бы погружалось и терялось в самой стенке матки. Весь видимый сегмент опухоль был покрыт маточной брюшиной, и в одном месте, ближе к брюшному концу трубы, на вершине опухоли виднелось зияющее отверстие с горошину, с зазубренными краями, уже не кровоточившее.—к счастью для резко обескровленной больной. Под описанной опухолью находились анатомически-правильно расположенные, нормальные с виду яйцевод и яичник, идентичные с таковыми же противоположной стороны. Яйцевой мешок *in situ* был вырезан из стенки матки и удален вместе со всей абдоминальной частью правой трубы. Клинообразное операционное ложе, глубиною до 1 сант., было закрыто 4 обкалывающими мышечными и несколькими серо-серозными шелковыми швами. Одновременно оперируемой было вырнуто в бедро 300 куб. сант. физиологического раствора поваренной соли. После удаления, по мере возможности, крови и кровяных сгустков из брюшной полости, брюшная рана была закрыта шелковыми швами, а кожная—скобками *Michele*'я; на рану наложена мастизолевая повязка, и к 1 часу ночи оперированная,—при хорошем дыхании, но все же с непрощупываемым пульсом,—находилась уже в своей палате, окруженная еще долго бдительным вниманием нескольких врачей. Операция в техническом отношении оказалась весьма легкой и продолжалась от начала хлороформирования до закрытия брюшной раны 43 минуты.

Послеоперационный период протек гладко, если не считаться с двукратным повышением  $t^{\circ}$  тела до  $38,2^{\circ}$  С. на 3-й и 4-ый дни, зависевшим, вероятно, от всасывания фибрин-фермента крови, наверное оставшейся в брюшной полости. Пульс, обозначившийся лишь к 11 часам утра, сначала слабо прощупывался, с резкими выпадениями волны, и доходил до 120—116 в минуту, а затем, с 3-го дня, постепенно начал выравниваться до нормы. На 5-й день были сняты скобки, на 11-й оперированная могла встать с постели, а 19/III оставила лечебницу. В дальнейшем пациентка стала заметно поправляться, хотя некоторое время все еще выглядела анемичной<sup>1)</sup>.

Вырезанный из стенки матки яйцевой мешок имел вид почкообразной, с свободными краями опухоли, которая одним свободным полюсом переходила в овальной формы плоскость отсечения от стенки матки, а другим—в нормальную, по внешнему виду, фаллопиеву трубу. Размер мешка: длинник его—около 8 сант., ширина—около 4 сант. и толщина—около 3 сант. Приблизительно в центральной части плоскости отсечения выдавался пупкообразно выступ с неясно выраженным отверстием, похожий на поперечный разрез фаллопиевой трубы. Опухоль была темно-красного, почти черного цвета, покрыта тонкой, блестящей брюшиной. На выпуклой поверхности ее, почти у самого трубного конца, имелось отверстие величиною в чечевицу, которое вело в толщу опухоли. Идя от этого отверстия по выпуклому краю опухоли и направляясь к маточному полюсу, можно было видеть место, где брюшина лопнула, разошлась в стороны и таким образом обнаружила подлежащую ткань на протяжении 3 сант. в длину и 0,5 сант. в ширину. У ниж-

<sup>1)</sup> Хотя на этот раз больная, как говорится, ушла от смерти, но спустя несколько месяцев после блестяще перенесенной операции она, к нашему огорчению, погибла от дизентерии, в одной из больниц г. Киева.

него полюса овала отсечения начинался отрезок широкой связки, на некотором протяжении соединенный с фаллопиевой трубой; длина последней была около 9 сант.

Для микроскопического исследования были сделаны срезы в поперечном, по отношению к длиннику опухоли, направлении, и взяты три кусочка: из средней ее части и из двух полюсов—возле отхождения трубы и параллельно поверхности отсечения от стенки матки.

Средний кусочек оказался поперечным срезом полости, выполненной кровяным сгустком. Сгусток этот, очевидно, был различной давности, так как в нем попадались участки, которые в одном месте состояли из нежных, тонких нитей фибрина, а в другом представлялись плотными, толстыми, гиалинизированными. Контуры красных кровяных шариков были уже незаметны; что касается белых, то они были неравномерно рассеяны среди фибринозной массы, представляясь то одиночными, то сгруппированными в виде кучек больших или меньших размеров. Здесь же среди фибринозной массы попадались,—правда, в неособенно большом количестве,—поперечно и продольно перерезанные ворсинки с их характерным строением. Вся эта кровяная масса помещалась как-бы в мешке с неодинаковой толщины в различных местах стенками, построенными главным образом из грубоволокнистой соединительной ткани и очень небольшого количества гладких мышечных волокон. Каких-либо следов слизистой оболочки на внутренней поверхности описанного среза мешка не встречалось.

Срезы из кусочка, взятого из участка, находившегося возле отхождения фаллопиевой трубы, в общем представляли из себя ту же картину, что и описанная выше; но только стенки полости здесь представлялись гораздо толще, состоя из целого ряда пучков гладкомышечных волокон, располагавшихся внутри по преимуществу циркулярно, а снаружи в различных направлениях—продольном, косом и т. д. Между этими пучками проходили довольно массивные прослойки волокнистой соединительной ткани, на поверхности переходившие без резкой границы в ткань брюшины.

Что касается срезов из кусочка, взятого из места отсечения мешка от стенки матки, то уже при макроскопическом, так сказать, осмотре его микроскопического препарата резко различались центральная и периферические части. Центральная часть представляла из себя фаллопиеву трубу с ясно-выраженным мышечным слоем, расположенным частью циркулярно, частью продольно. На внутренней поверхности циркулярного слоя помещалась резко измененная, почти сплошь состоявшая из деидуальных клеток слизистая, к которой нетесно прилегали ворсинки, выстланные в 1—2 ряда низкими эпителиальными клетками. Здесь же, возле некоторых ворсинок, был замечен и синцитий. В промежутках между ворсинками находились в небольшом количестве сгустки фибрина. Периферический слой состоял из толстых мышечных пучков, переплетавшихся между собою и поэтому перерезанных в различных направлениях. Пучки эти были отделены друг от друга толстыми прослойками соединительной ткани, нежные волокна которой проникали в толщу мышечных пучков и разделяли их, таким образом, на целый ряд более мелких мышечных групп. В толще соединительной ткани находилось довольно много крупных кровеносных сосудов. На самой периферии эти мышечные волокна по отношению к длиннику опухоли принимали циркулярное направление и были покрыты непосредственно брюшиной\*).

На основании всего изложенного и базируясь главным образом на макро—и микроскопическом исследовании своих препаратов, я считаю себя вправе рассматривать описанный случай, как типичную форму внутриматочной беременности, причем, судя по микроскопической картине содержимого мешка, можно признать, что прогрессивная стадия беременности у больной закончилась значительно раньше разрыва плодместища, который произошел, вероятно, благодаря проростанию ворсинок хориона.

В заключение не могу воздержаться от небольшого упрека по адресу дорогого моего коллеги К., на долю которого выпала редкая слу-

\*) Изучением в деталях микроскопических препаратов я обязан прозектору Патолого-Анатомического Института при б. У-те св. Владимира, ныне профессору Белорусского У-та И. Т. Гитову, которому считаю своим приятным долгом принести здесь свою горячую товарищескую благодарность.

чайность наблюдать большую с внутрисстенной беременностью еще задолго до разрыва плодовместилища. Не прозевай он исследовать под микроскопом хоть часть соскобов из матки, добытых после выскабливания,—само собою разумеется, сразу был-бы установлен с несомненностью диагноз, прежде всего, какого-то вида несвоемestной беременности. И тогда, уверен я, пытливый ум фиксировался-бы прежде всего на четырех данных, имевшихся налицо у больной: 1) на отсутствии в анамнезе каких-бы то не было заболеваний в прошлом со стороны половой сферы; 2) на подвижности матки; 3) на совершенной безболезненности в сводах и 4) на отсутствии в сводах же, при наличности увеличенной и подвижной матки, какой-бы то не было опухоли. При сопоставлении всех этих данных, быть может, удалось бы сделать шаг вперед для отличительного распознавания этого вида несвоемestной беременности от всех прочих, чаще встречающихся, для которых такая совокупность данных является далеко необычной, и таким образом, быть может, удалось бы, вопреки категорическому заявлению Küstner'a, не считать даже попытку к диагностике интрамуральной беременности „простой кабинетной работой“. Хочется верить, что попытка д-ра К. как раз в наблюдавшемся им случае нашла-бы реальное осуществление, и тогда он был-бы в акушерской литературе первым, для кого внутрисстенная беременность не явилась-бы на операционном столе неожиданной находкой... Впрочем, что до упреков, то в этом отношении оказались далеко несвободными от них и все мы, кураторы, перебивавшие у постели нашей больной. Все мы выявились именно в смысле наблюдательности стоящими невпопале на высоте призвания естествоиспытателей-врачей. Но важно, что в конце-то концов мы оказались победителями, а победителей ведь не судят!...

#### Л И Т Е Р А Т У Р А:

Dezeiméris. Journ. des con. médico-chir., 1837.—Klob. Path. Anatomie der weibl. Sexualorgane. Wien, 1864.—Baart de la Faille. Graviditas tubo-uterina. Groningen, 1867.—Klebs. Handb. d. path. Anatomie. 1869, Bd. I.—Hennig. Die Krankheiten der Eileiter. Stuttg., 1876.—Küchenmeister. Arch. f. Gyn., 1881, Bd. XVII.—Bandler. Болезни труб etc., рус. пер., СПб, 1882.—Spiegelberg. Уч. акушерства, рус. пер., СПб, 1885.—Змигродский. Дис., СПб, 1886.—Schultze. Verh. der Deut. Gesells. f. Gyn., 1888.—Zweifel. Centr. f. Gyn., 1889, № 12.—Lawson-Tait. Lectures of ect. pregnancy. Birmingham., 1888.—Skutsch. Centr. f. Gyn., 1889, № 1.—Küstner. Müller's Handb. der Geb. Stuttg., 1889, Bd. II.—Jewett. Amer. Journ. obst., 1896, vol. 24.—Львов. Мед. Обозр., 1891, т. 35.—Лазаревич. Курс акушерства. СПб, 1892, т. II.—Schrenck. Дисс., Юрьев, 1893.—Розенталь. Журн. Ак. и Женск. Бол., 1896, т. X.—Eiermann. Monat. f. Geb., 1897, Bd. V.—Малиновский. Ежегод. журн. „Практич. Мед.“, 1897, № 45.—Skutsch. VII Gynäk. Kongr. Leipz. 1897.—Бекман. Врач, 1898, №№ 15, 17.—Ahlfeld. Рук к акушерству, рус. пер., СПб, 1900.—Снегирев. Маточные кровотечения. Москва, 1900.—Sittner. Arch. f. Gyn., Bd. 64, Hf. 3; Zeit. f. Gyn., 1903, № 2.—Werth. Winckel's Handb. d. Geburtshilfe, 1904, Bd. II.—Legueux. L'obstétrique, 1911, № 5.—Абуладзе. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1912, № 11.

## Гипноз при родах.

Проф. В. Г. Божовского и д-ра И. И. Туревского.

Глубокие структурные изменения, которые подготовительно протекают с момента оплодотворения женской яйцевой клетки сперматозоидом как в матке и ее вспомогательных приборах, так и во вновь зародившейся особи—плоде, неминуемо сопровождаются все дальше идущим индивидуальным обособлением двух организмов, что в конце концов завершается выталкиванием одного из них из недр другого—великим по смыслу процессом родов.

Главная роль в этом процессе падает на матку, которая во время каждой родовой схватки дает быстро пробегающую волну сокращения своих мышечных элементов в направлении от шейки ко дну,—сокращений в большей или меньшей степени тетанического характера. Эти маточные сокращения качественно и отчасти количественно схожи с теми, которые можно наблюдать при физиологической работе других полых органов с гладкомышечными стенками, как желудок, мочевой пузырь, кишки,—органов, работающих в направлении к выходным отверстиям из них. Только перистальтизм гладкой мускулатуры этих органов в обычных условиях не сопровождается и не должен сопровождаться болевыми ощущениями. Лишь тогда, когда перистальтические волны сокращений, пробегающие с той или иной силой, встречают на своем пути, особенно у выходного отверстия полых органов, препятствия, затруднения механического или какого-либо иного порядка, они неминуемо должны, приняв более или менее выраженный тетанический характер, дать болевые ощущения, по интенсивности прямо пропорциональные степени препятствия. Напротив, сократительная деятельность матки при родах уже в норме обыкновенно бывает болезненна, именно благодаря тем значительным препятствиям, какие приходится преодолевать этому органу даже и в нормальных случаях. Особенно болезненны бывают эти сокращения при пространственных несоответствиях между плодом и родовым каналом матери; кроме того, болевые ощущения при родах могут быть особенно значительны еще при тех или иных патологических изменениях как плодовместилища, так и плода; наконец, неизбежность родовых болей может быть и аутосуггестивного характера, являясь результатом различных внутренних и внешних влияний, порой традиционно воспитываемых и передаваемых.

Каково-бы ни было происхождение родовых болей, вряд ли можно сомневаться, что они имеют защитный характер. Помимо того, им обычно приписывают еще воспитательную роль по отношению к матери,—боли эти соматически и психически тесно связывают мать с ее ребенком, пробуждают в матери высокий инстинкт материнства, обеспечивают столь нужные для ребенка, особенно на первых порах, материнские заботы.



С таким значением родовых болей, по нашему мнению, нельзя не считаться. Наконец, родовым болям приписывают еще роль, регулирующую весь родовой акт от начала до конца его.

Раз это так, раз родовые боли являются биологически-нужными, казалось-бы, не может быть и речи о борьбе с ними, об обезболивании родов. Но такой взгляд является слишком прямолинейным: несомненно, во многих случаях родовые боли являются совершенно излишним страданием, а в других—и вредным моментом, подвергающим опасности и мать, и ребенка. Поэтому мы можем говорить не о полной ненужности и даже вредности обезболивания родов, а лишь об индивидуализации в его применении.

Индивидуализации требуют и способы обезболивания. Как известно, для уничтожения родовых болей предложена масса различных средств, но большинство их не нашло широкого распространения; одни из них не достигают цели, другие слишком сложны, многие вредно влияют на течение родового акта, применение некоторых грозит опасностью матери или плоду. Наиболее простым, целесообразным и безопасным способом является обезболивание родов при помощи гипноза, на котором мы и позволим себе остановиться.

Способ этот был применен нами у 33 беременных, поступавших на сеансы гипноза, еще до родов, в конце VIII и на IX месяце беременности. Каждая беременная обычно подвергалась сначала наружному акушерскому, а если было нужно, то и общему исследованию, после чего уже у ней применялись подготовительные сеансы гипноза. Каждый сеанс длился от 12 до 21 минуты. Всех женщин, изъявивших желание и согласие подвергнуться таким подготовительным сеансам, было у нас 31: из них 3, однако, получив 1—2 сеанса, перестали ходить, а другие 3 начали сеансы лишь незадолго до родов. У этих 5 беременных, как получивших мало сеансов (1—2), роды предполагалось провести без гипноза, ибо мы считали нецелесообразным брать неподготовленных или мало подготовленных для гипноза во время родов. Однако, двух из них там пришлось включить в разбираемый ниже материал, ибо одна из них была загипнотизирована, по ее настоянию, во время родов, рожая одновременно с одной из наших гипнотизированных рожениц, а другая, также рожая одновременно с гипнотизируемой нами и прислушиваясь к внушению, сама заснула. У обеих роды прошли безболезненно. Из остальных 25, прделавших подготовку, гипноз во время родов был применен лишь у 20, а у 5 не был применен в виду или опоздания, или отсутствия при родах лица, ведущего гипноз.

Так как число желающих рожать под гипнозом у нас постепенно возросло, а мы не располагали настолько досугом, чтобы подвергать каждую свою клиентку гипнозу в отдельности,—при этом нам пришлось бы производить до 15 и более сеансов в день,—то мы попробовали гипнотизировать всех входящих группами, т. е. практиковать массовые сеансы гипноза, обнимавшие до 15 лиц зараз. При таком способе эффект гипноза получался и легче, и скорее, а выигрыш во времени был большой.

Техника гипноза не отличалась сложностью. Если,—как то было вначале,—гипнотизируемых было у нас не больше двух, то обыкновенно новая клиентка в первое посещение гипнозу не подвергалась, а присутство-

вала при сеансе лишь в качестве наблюдательницы, явившаяся же вторично гипнотизировалась—обычно в лежачем положении. В дальнейшем, при увеличении числа желающих подвергнуться гипнозу, они во время сеансов оставались сидеть, и им проводился сеанс всем одновременно.

При гипнотизировании нами всегда применялся способ Braid'a—с фиксацией какого-нибудь предмета, причем обычно у подавляющего большинства скоро наступал сон различной глубины. Тогда гипнотизатор вел систематическую беседу о предстоящих родах, указывая, что весь родовый акт от начала до конца пройдет без болей,—что обычно наблюдающиеся родовые боли не являются обязательными спутниками этого акта,—что не только роды, но и послеродовой период пройдет без всяких болевых ощущений. Эти основные мысли, конечно, подробно излагались возможно популярным языком на протяжении 15—20 минут, и затем обычным способом всем гипнотизируемым предлагалось проснуться. Иногда, по желанию гипнотизатора, пробуждались только определенные лица, остальные же продолжали оставаться во сне, и у них, по мере надобности, сеанс еще продолжался в течение нескольких минут. Такие сеансы проводились регулярно 2 раза в неделю с промежутками в 3 дня.

По социальному положению наши клиентки распределялись так: жен служащих 19 (из них сами служащие 4), жен рабочих—12 (из них сами заняты на предприятиях 3), жен торговцев и ремесленников—2. 5 из них были в возрасте до 20 лет, 12 имели от 20 до 25 лет, 11—от 25 до 30 л. и 5 были старше 30 лет. Первобеременных среди них было 14, повторных—19. Нормальный таз имели 25 рожениц, общесуженный—8. Положение плода у всех было продольное, предлежащей частью у 31 была головка и у 2—тазовый конец. Общее число примененных у них сеансов гипноза равнялось 246.

Что касается нашего образа действий во время родов, то как только подвергавшаяся подготовительным сеансам гипноза поступала для родов, немедленно дежурная акушерка вызывала производившего гипноз,—большой частью в начале проф. В. Г. Божовского, который, после обычного туалета роженицы, и подвергал ее гипнозу.

Для нас, особенно на первых порах, было важно выяснить, когда во время родов надо начинать гипноз,—сейчас же после поступления роженицы, или лишь тогда, когда зев достигнет той или иной степени раскрытия. Вопрос этот нам тем более нужно было решить определенно, что уже в первом случае, который мы вполне успешно провели под гипнозом, того глубокого сна, который получался обычно во время подготовительных сеансов, хватило лишь на 4 часа; к концу периода изгнания роженица, пробудившись, не могла уже быть вновь доведена до прежней глубины сна, хотя до конца родов родовый акт протек у нее совершенно безболезненно.

Основываясь на нашем первом опыте, мы при последующих родо-разрешениях гипнотизируемых приступали к гипнозу лишь при открытии зева на  $2\frac{1}{2}$ —3 пальца, т. е. тогда, когда дело ближе подходило к концу периода раскрытия. Опрос родильниц при этом показал, что большинство из них начинало замечать (чувствовать) родовый акт в разгаре периода раскрытия. К этому моменту мы и приурочивали начало сеанса гипноза, рассчитывая, что глубина этого условно-рефлекторного



сна должна совпадать с наиболее острыми, в смысле болевых ощущений, моментами родового процесса. И опыт наш, правда небольшой, показал, что избранное нами время для начала сеанса является наиболее удачным и наиболее правильным. Надо впрочем оговориться, что в некоторых случаях бурный конец периода раскрытия и последующий период изгнания мешали или, вернее, могли помешать роженице погрузиться в сон такой глубины, какая для нее была обычной в подготовительных сеансах; поэтому эффект гипноза в таких случаях мог казаться ослабленным,—обстоятельство, которое надо иметь в виду. Правда, в таких случаях мы можем вести внушение уже в бодрственном состоянии, особенно, если это делалось и подготовительно, но при таких условиях приходится все же рассчитывать на ослабленный эффект внушения.

Полученные нами результаты применения гипноза при родах таковы: из 33 рожениц нашего материала шесть, как родившие без гипноза, учету не подлежат; две роженицы в виде опыта были введены в гипноз во время родов без подготовки—с хорошим результатом; а из остальных 25, получивших подготовительные сеансы, 5 родили по разным причинам без гипноза и 20—под гипнозом. У 18 из этих 20 рожениц результаты получились очень хорошие,—роды прошли без болей; у двух же остальных гипноз не дал желаемого результата. У 5 женщин, родивших без гипноза во время родов, но подготовленных к гипнозу, только у одной роды прошли без болей, у остальных 4—с болями. По отношению к общему числу наших пациенток (33)  $\frac{6}{33}$  положительных результатов будет равняться, стало быть, 75,75.

Прежде, чем перейти, в заключение, к тем немногим выводам, которые мы хотели-бы сделать на основании наших наблюдений, мы не можем не присоединиться к проф. Платонову, полагающему, что путь ограничения в применении гипноза врачами надо признать не только не целесообразным, но и прямо вредным и для дела изучения этого метода, и, самое главное, для населения. Простота метода, высокая терапевтическая его ценность, доступность его изучения в свете современных его обоснований,—настолько очевидны, что о вреде гипноза в руках врачей, применяющих его с лечебными целями, не приходится и говорить, а если здесь и могут наблюдаться неудачи, то, вероятно, столь же часто, как и при любом другом методе. Никакою опасностью гипноз больным не угрожает, а пользу, как показывает почти 24-летний опыт одного из нас (проф. В. Г. Божовского), в опытных, знающих руках может принести немалую.

Основываясь на этих, пока немногочисленных, наблюдениях, мы можем сделать следующие выводы:

- 1) Гипноз при родах в наших случаях дал вполне благоприятные результаты.
- 2) Никакого неблагоприятного влияния гипноза ни на мать, ни на ребенка мы не наблюдали.
- 3) Гипноз должен применяться после тщательного изучения индивидуальности роженицы (беременной) пред началом подготовительных сеансов, число которых не должно быть меньше 4—6.
- 4) Патогенез и характер родовых болей требуют всестороннего изучения, особенно для научно обоснованного и целесообразного применения гипноза, как анестезирующего средства.

5) В интересах болеющего населения и дальнейшего изучения психотерапии и гипнотерапии надлежит пересмотреть инструкцию Н.К.З. о порядке лечения гипнозом в смысле полной отмены ограничений в применении гипноза врачами.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Рыбаков. Рус. Врач. 1903, № 4. — 2) Форель. Гипнотизм. СПб. 1912.—3) Filiastré. Hypnotisme. Paris.—4) Veraguth. Рук. тер. внутр. бол., т. 1, стр. 654.—5) Kronfeld. Вр. Об., 1922, № 8.—6) Филимонов. Арх. Клин. и Эксп. Мед., 1923, № 7—8.—7) Сперанский. Вр. Газ., 1924, № 19—20.—8) Бирман. Журн. для усов. врачей, 1924, № 2.—9) Николаев. Врач. Газ., 1924, 19—20.—10) Платонов и Вельвовский. Вр. Д., 1924, № 7.—11) Rosenfeld. Arch. f. Gyn., Bd. 117, S. 317.—12) Friguls и Maksfeld. Ibid.—13) Kogerer. Ibid.—14) Opitz. Ther. d. Geg., 1924.—15) Dick. Arch. f. Gyn., Bd. 121.—16) Lorand. Zentr. f. Gyn., 1924, № 20.—17) Franke. Ibid., № 14.—18) Платонов. Acta Med., IV—V, Харьков, 1925.—19) Берг. Вр. Д., 1925, № 24—26.—20) Федоров. Журн. для усов. врачей, 1925, № 9.—21) Платонов и Шестопап. Кременчуг, 1925.—22) Платонов. Вр. Д., 1925, № 24—26.
-

## Роль консультации для детей грудного возраста в диспансеризации населения \*)

Ассистента М. М. Левита.

Если в прошлые времена все дело лечебной помощи иногда сводилось к определению и лечению болезни, то в настоящее время во многих областях медицины вся медицинская работа начинает проводиться по линии профилактической, причем это направление работы Отдел Охраны Материнства и Младенчества организовал с самого начала его существования. Консультация для детей грудного возраста со всеми видами помощи со стороны вспомогательных ее учреждений, каковы прием грудных детей, санитарно-просветительный патронаж, молочная кухня, юридическая консультация, социальная помощь,—может являться совершеннейшим видом диспансера. В деле диспансеризации грудного возраста мы стремимся охватить работой консультации по возможности всех детей этого возраста.

Остановимся сперва на общей характеристике имевшегося в нашем распоряжении материала.

Первая детская консультация в г. Казани возникла в марте 1922 г. при Детской клинике Института для усовершенствования врачей; в 1923 г. здесь функционируют уже 3 консультации, а в следующие годы—1924 и 1925, город и его окраины обслуживаются 6 консультациями, работающими и по сие время. Как развивалась работа консультаций за весь этот период, можно видеть из цифр, указывающих, какой % рождавшихся в городе детей обслуживался нашими учреждениями. Если сравнить число детей, проходивших ежегодно через все консультации, с числом детей, зарегистрированных за этот же период в ЗАГС'е, то получим:

в 1922 г.	прошли через	консультации	33,00%	родившихся.
„ 1923 г.	„	„	58,77%	„
„ 1924 г.	„	„	84,48%	„
„ 1925 г.	„	„	89,55%	„

Возможно, что часть детей, посещавших городские консультации, была зарегистрирована в ближайших волостях, что, может быть, несколько увеличивает приведенные %.

Как видно из приведенных данных, около  $\frac{1}{10}$  всех родившихся за 1925 ускользнуло от влияния консультации. Эту часть мы относим к более зажиточным классам населения, детей которых мы у себя на приемах не видим. Консультация при Детской клинике Института для усовер-

\*) Доложено 11/V 26 г. в научном собрании врачей Казанского Гос. Института для усов. врачей.

шенствования врачей обслуживает ежегодно около 1100 детей, которые и делают около 5000 посещений.

	1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Первичные посещения . . . . .	824	1090	1069	1110
Всех посещений . . . . .	2587	4715	4643	4995
Среднее число посещений на ребенка	3,13	4,32	4,34	4,5

Влияние консультации с точки зрения охраны здоровья ребенка тем плодотворнее, чем раньше таковое начинается, т. е. чем ребенок моложе и чем он меньше испорчен упущениями в кормлении и уходе (Мичник).

Следующая таблица дает представление о возрасте детей, впервые попадающих в нашу консультацию:

	1 мес.	2—3 мес.	4—9 мес.	Старше 9 мес.
1922 г.	15,2	16,5	33,9	34,4
1923 г.	62,7	23,7	12,8	0,8
1924 г.	66,7	22,6	10,7	—
1925 г.	56,8	32,97	10,23	—

Особенностью 1922 г. является, т. о., значительное посещение консультации для детей грудного возраста детьми старше 9 мес. (34,4), что объясняется стремлением родителей получить для ребенка паек, который выдавался в то время через консультацию. В последующие годы мы имеем обратные отношения: число детей, приносимых в консультацию в первые 3 мес. их жизни, составляет 90% всей годовой посещаемости. Этого нельзя не признать некоторым достижением, принимая во внимание, что консультации в Казани открыты сравнительно недавно, и что у нас нет строго организованного патронажа. Сравнивая аналогичные данные по отчетам других консультаций, находим: по отчету П/О Охраны Детства и Материнства Саратовского Губздравотдела в первые 3 мес. через консультации прошло в 1924 г. 64,8%, по центральной консультации в Одессе—70,5%. Таким образом наши цифры несколько превосходят указанные.

Состав детей, посещавших консультации, таков:

Детей квалифицированных рабочих . . . . .	39,32%
„ мелких служащих . . . . .	30,02%
„ канцелярских служащих . . . . .	10,84%
„ лиц интеллигентных профессий . . . . .	10,00%
„ чернорабочих . . . . .	8,00%
„ инвалидов . . . . .	1,6%
„ торговцев . . . . .	0,22%
	<hr/>
	100,00

По национальностям дети распределяются (обработаны 2179 санитарных листов) так:

русских . . . . .	85,74%
татар . . . . .	12,4%
других национальностей . . . . .	1,86%
	<hr/>
	100,00

Если распределить детей, посещавших консультацию, в зависимости от высоты культурного уровня их родителей, то получим относительно

высокое развитие последних в 20 84<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всего числа; остальные родители были малограмотны, или даже неграмотны.

Выдвинутая за последнее время проблема оздоровления труда и быта потребовала от врача активного подхода к населению и его работы в профилактическом направлении. Так как предупредить болезнь можно только тогда, когда лечащий врач знает ту обстановку, в которой протекает жизнь данной группы населения, то для достижения правильного распределения профилактической помощи должен вестись учет как условий труда и быта, так и физического состояния населения. С этих точек зрения нас интересует прежде всего вопрос о состоянии жилища посещавших консультацию детей. Как показывают обследования патронируемых детей и данные о детях, посещавших консультацию, имеют:

	дети посещающ. консультацию (1500 семейств)	дети патронируе- мые (310 семейств)
светлое, сухое помещение . . . . .	67,57 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	51,22 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
комнату, не удовлетворяющую мини- мальным требованиям гигиены в од- ном каком-нибудь отношении . . . . .	25,33	27,1
неприемлемые для жилья условия. . . . .	7,1	21,68
	<u>100,00</u>	<u>100,00</u>

Независимо от качества помещения занимают, т. о., одну комнату 78<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всего числа семейств. Это обстоятельство имеет очень большое значение в смысле заболеваемости детей: данные по гор. Лейпцигу (цит. по Гранату) указывают, что, если на одну комнату приходится один жилец, то смертность детей с средним равняется 12 на 100, если—от 1 до 1,5, то умирает 26 на 100, если от 1,5 до 2 ч.—27 и т. д. В наших семьях чаще всего в помещении живут 4—5 человек и никогда не менее трех.

Гигиеническое обслуживание детей, впервые пришедших в консультацию, складывается из следующих моментов:

купают детей от 3—7 раз в неделю . . . . .	63,21 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> матерей,
” ” 1—2 ” ” . . . . .	20,61 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ”
” ” реже 1 раза в неделю или вовсе не купают . . . . .	16,18 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ”
	<u>100,00</u>

Свивают своих детей около половины (47,52<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) матерей, заворачивают без свивальника—немного более половины (52,48<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Вредный обычай протирать рот каждому младенцу, основательно укоренившись, держится и по сие время, и матери наших детей, пользуясь опытом прошлых лет, протирают им рот в 42,84<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, оставили этот навык 57,16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. К пустышке, как к предмету успокоения, прибегают  $\frac{4}{5}$  (82,52<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), не дают таковой остальные (17,48<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Как известно, несмотря на продолжительное кормление грудью, у нас в России одними из главных причин детской смертности являются ранний нерациональный прикорм и неправильное грудное кормление. Как рано переводятся дети на смешанное или искусственное кормление в условиях нашей жизни, можно заключить из данных подсчета, по которым на смешанном кормлении находилось к 2 мес. 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а к 3 мес.—21<sup>0</sup>/<sub>0</sub>



всего числа детей этого возраста. Одновременно на искусственное кормление переведено было около  $1\frac{1}{2}$  0/0. Из всех видов прикорма наибольшую симпатию завоевала манная каша, за ней следуют молоко и его разведения и сухари.

Так как необходимость тех или иных профилактических мероприятий диктуется с одной стороны теми условиями, в которых человек живет, а с другой физическим его состоянием, то мы теперь подойдем к рассмотрению физического состояния обслуживаемых нами детей, причем приведем некоторые данные, характеризующие их развитие. Известно, что жизнеспособность ребенка зависит от степени развитости его, которая выражается, главным образом, в весе. Устанавливая наичаще встречающийся вес у наших детей в первые 2 недели жизни, находим, что 38,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех детей двухнедельного возраста составляли у нас дети в  $8\frac{1}{2}$ —9 фун. весом, а именно, от 1250 до 1600 грм. весил 1 реб., от 1700 до 2000—4, от 2100 до 2400—10, от 2500 до 2800—30, от 2900 до 3200—49, от 3300 до 3600—96, от 3700 до 4000—31, от 4100 до 4400—27, от 4500 до 4900—2. Такой же вес, как наичаще встречающийся, отмечает и д-р Райнес по консультации гор. Астрахани.

Из 1000 детей, посещавших консультацию в течение 9 мес., у 69,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> вес удвоился к 5 мес., что соответствует максимальным требованиям, предъявляемым к хорошему развитию, у 18,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> вес нарастал удовлетворительно и у 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—плохо. Касаясь статических функций, мы можем отметить, что, если принять за норму, как указывает Lust, держание головки на 4-м мес., а самостоятельное сидение—на 6-м, то только 65<sup>0</sup>/<sub>0</sub> из всего числа наших детей начали держать голову и 58<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—сидеть в означенные периоды времени.

Костные рахитические изменения наблюдались в 1924 г. у 55<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, в 1925 г.—у 45<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех детей. Соответственно такому большому 0/0 рахитиков можно отметить, что у  $\frac{1}{3}$  из наших детей к 9 мес. зубы еще не прорезались.

Таким образом мы видим, что как условия, в которых живут наши дети, так и данные их физического развития в значительном числе случаев настоятельно заставляют желать большего. Консультация пытается внести сюда улучшение, с одной стороны, путем дачи советов во время врачебного приема матерей, с другой—при помощи патронажа. Этот патронаж, или, другими словами, обучение матерей уходу и воспитанию ребенка в условиях домашней обстановки, является важным моментом диспансерной работы. Вопрос об уходе за детьми при наших условиях играет первенствующую роль. Создание гигиенической обстановки и является делом патронажной сестры, на обязанности которой лежит обучить мать правильному кормлению ребенка в пределах тех возможностей, которые имеются у семьи, приучить ее к правильному уходу, к опрятному содержанию жилища, к нормальному режиму. В виду того, что наша консультация не располагает большим штатом патронажных сестер, а в ее распоряжении имеется лишь одна сестра (патронаж введен с 1 октября 1924 г.), то и дети, которые подлежат взятию в патронаж, предварительно отбираются, именно, берутся дети, матери которых служат и оставляют их на попечение родственников и, нередко, малолетней няньки, дети наискусственном вскармливании, дети с расстройством питания, заболеваниями неинфекционного характера и дети из материально мало



обеспеченных семей. Число посещений, которые делает патронажная сестра, на каждую семью в среднем равняется 4, что следует признать недостаточным.

Подходя к оценке результатов работы патронажной сестры путем сравнения условий ухода при ее первом и последнем посещении (материал—310 записей), мы можем отметить, что нам удалось обучить технике ухода за детьми и повысить частоту их купания на 25%. Гигиеническая кровать введена при первом посещении у 25%, при последнем—у 65%. Пеленались при первичном посещении 40% детей, при последнем—6%. Однако, если матери легко подчинялись нашим требованиям в смысле купания, прекращения прогираания рта и отказа от пеленания, то в смысле оставления соски дела наши подвигаются туго, — в этом случае нам приходится уступать, принимая во внимание тяжелые квартирные условия семьи, занимающей нередко лишь угол или живущей в одной комнате с другой семьей. В данном случае пустышка является утешительным средством, менее вредным, нежели жовка, или бобровая струя. Нужно заметить, что в этом вопросе даже и среди врачей нет согласного мнения, и такие видные авторитеты, как Czerny и Langstein, допускают соску. Правильное кормление с полным перерывом в 5—6 час. при первом посещении могло быть констатировано в 50%, при последнем—в 75% всего числа патронируемых семейств.

Более подробные данные о влиянии консультации и патронажа мы можем привести в виде следующей таблицы, дающей представление о том, в каком возрасте дети, посещавшие консультацию в течение 1925 г., были переведены на смешанное или искусственное кормление:

	на I мес.	II м.	III м.	IV-V	VI-VII м.	VIII-IX м.
грудь . . .	96,04	86,95	79,23	55,8	14,46	3,16
смешан. . .	3,07	11,77,	19,43	42,08	89,99	93,3
искусствен. .	0,89	1,28	1,34	2,12	2,55	3,54

Как видно из этой таблицы, количество детей, получающих ранний прикорм, остается сравнительно велико и среди детей, посещающих консультацию. Из причин, заставляющих ввести прикорм до 3-месячного возраста, нужно отметить:

гипогалактию в . . . . .	45,77%
службу матери в . . . . .	22,88
общую болезнь матери в . . . . .	9,33
грудницу . . . . .	7,34
ребенок сам не сосет . . . . .	7,34
матери кажется, что . . . . .	
ребенку не хватает . . . . .	7,34
	<hr/>
	100,00

Ранний прикорм проводился под контролем консультации, и часть детей получала прикорм из нашей молочной кухни, которая при диспансеризации раннего детского возраста играет такую же роль, как диетическая столовая в системе профилактических учреждений для взрослых. За последний год своей работы наша молочная кухня выдала 27,360 порций молочных смесей

С целью привлечения матерей в консультацию ежемесячные пособия выдаются страховыми кассами на основании удостоверений консультации.

На вопрос о целях посещения консультации 75% матерей заявили, что интересуются развитием ребенка. И действительно, если, согласно произведенным в 1924 г. обследованиям, только 10% женщин, получая пособие, тратили его на ребенка, то в 1925 г. эта цифра повысилась до 75%.

В общей системе диспансеризации у нас имеется, однако, один крупный пробел: в то время, как через наши учреждения проходит около 90% детей грудного возраста, группа детей до 3-х лет не находится ни под нашим наблюдением, ни под наблюдением детского сада. Если диспансеризация детей раннего возраста необходима для того, чтобы предупредить различные заболевания, зачатки которых, может быть, в этом периоде и закладываются, то и группа детей до 3-летнего возраста, как более подверженная заболеваниям, также должна быть взята на учет. Таким образом расширение деятельности консультации на всю группу детей 3-летнего возраста составляет ближайшую задачу. В этом направлении нами уже сделаны первые шаги: при Детской клинике Института открыт прием для детей дошкольного возраста.

При опросе матерей, приходящих в консультацию, и обследовании бытовых условий жизни детей нами собираются, между прочим, и некоторые данные, касающиеся самих матерей. Приводим некоторые из них.

Как показывает разработка 2100 санитарных листов, наши матери вступают в брак довольно рано:

до 20 лет . . . . .	660 чел.
от 20 до 25 лет . . . . .	840 ..
от 25 до 30 лет . . . . .	420 ..
от 30 до 35 лет . . . . .	126 ..
от 35 до 40 лет . . . . .	54 ..
	2100

Таким образом 72,38% матерей вступают в брак до 25-летнего возраста. Такое раннее начало материнства, как указывает Вигдорчик, не может не иметь большого значения для будущей пролетарской семьи, потому что теоретической подготовки к материнству женщина рабочей среды не получает, и, кроме того, при раннем вступлении в брак она не успевает получить и житейской подготовки, которая, при всех своих недостатках, все же может дать матери руководящие начала.

Что касается рождаемости, то мы можем отметить, что при продолжительности брачной жизни в 10 лет, независимо оттого, служит мать или нет, рождается приблизительно одинаковое число детей, причем в мало-культурных семьях, при продолжительности семейной жизни в 10 лет, рождается на 2 ребенка больше, чем в высоко-культурных.

#### Рождаемость.

	Неслужащие матери.	Служащие матери.
Длительность брака до 3 лет . . .	1,44 реб.	1,23 реб.
„ „ от 4 до 6 лет . . .	1,97 „	1,96 „
„ „ от 6 до 10 „ . . .	4,16 „	3,69 „
	Малокультурные семьи.	Высококультурные семьи.
При брачн. жизни до 3 лет . . .	1,56 реб.	1,18 реб.
„ „ „ от 4 до 6 лет . . .	1,99 „	1,69 „
„ „ „ от 6 до 10 „ . . .	4,27 „	2,7 „

Относительно детской смертности нужно заметить, что в нашем материале она выше всего стоит в семьях, где мать служить, и ниже всего в культурных семьях.

Смертность.

		Неслужащие матери.	Служащие матери.
Брачн. жизнь	до 3 лет . . . . .	1,04 реб.	1,06 реб.
" "	от 4 до 6 лет. . . . .	1,37 "	1,73 "
" "	от 6 до 10 " . . . . .	1,86 "	2,35 "
		Малокультурные семьи.	Высококультурные семьи.
Брачн. жизнь	до 3 лет . . . . .	1,09 реб.	0,93 реб.
" "	от 4 до 6 лет . . . . .	1,44 "	1,01 "
" "	от 6 до 10 " . . . . .	1,93 "	1,5 "

Обращаясь далее к вопросу о частоте аборт, как естественных, так и искусственных, в нашем материале мы должны констатировать факт, что матери, связанные службой, чаще прибегают к аборт, нежели матери не служащие, и что аборт значительно чаще встречаются в интеллигентных семьях, чем в неинтеллигентных.

А б о р т ы.

		Неслужащие матери.	Служащие матери.
Брачн. жизнь	до 3 лет . . . . .	1,28 реб.	1,33 реб.
" "	от 4 до 6 лет . . . . .	1,29 "	1,39 "
" "	от 6 до 10 " . . . . .	1,36 "	1,75 "
		Малокультурные семьи.	Высококультурные семьи.
Брачн. жизнь	до 3 лет . . . . .	1,11 реб.	1,37 реб.
" "	от 4 до 6 лет . . . . .	1,26 "	1,51 "
" "	от 6 до 10 " . . . . .	1,33 "	2,81 "

Что касается того, какой процент аборт в нашем материале падает на искусственные аборт, то при подсчете мы получили искусственный аборт у служащих матерей в 61,54%, самопроизвольный—в 30,46%; среди неслужащих женщин естественный и искусственный аборт встречаются одинаково часто. Далее, в интеллигентных семьях искусственные выкидыши преобладают (52,94%) над естественными (47,06%), в малограмотных, наоборот, самопроизвольные выкидыши встречаются в 4 раза (79,72%) чаще, чем искусственные (20,28%).

Для судьбы ребенка имеет большое значение, зарегистрирован брак родителей, или нет, потому что, по нашему материалу, среди зарегистрированных браков отцы бросают своих детей в 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% случаев, а среди незарегистрированных—в 15,02%. Помимо того, что вся тяжесть материнства во всех подобных случаях ложится на слабые плечи женщины, эта часть населения представляет интерес в том отношении, что она дает ничтожную рождаемость. В качестве статистической иллюстрации (В и г д о р ч и к) можно привести данные, относящиеся к Саксонии, согласно которым плодовитость замужних женщин в 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> раз больше, чем плодовитость незарегистрированных браков. В нашем материале таких брошенных матерей-одиночек оказалось 105.

Итак роль консультации для детей грудного возраста в ее диспансерной работе сводится к изучению быта детей, к учету их физического

состояния и вытекающим отсюда профилактическим мероприятиям, к обучению матерей уходу и воспитанию ребенка в условиях домашней обстановки и к наблюдению над некоторыми сторонами жизни самих матерей. Нужно упомянуть еще о том, что консультации не увязаны с общей системой диспансерной работы. Ребенок пребывает под наблюдением консультации до 1 года, затем весь материал о нем пропадает, и дальнейшее наблюдение или обрывается, или переходит в руки других учреждений. При проведении диспансеризации рабочих и членов их семейств необходимо увязывать эту работу с работой консультаций для детей грудного возраста.

Резюмируем, в заключение, еще раз имеющиеся в нашем распоряжении данные.

1) Около 90% рождающихся детей гор. Казани обслуживаются консультациями.

2) 90% всех детей попадают в консультацию Института для усовершенствования врачей в первые 3 месяца их жизни.

3) 41,1% всех семей живут в плохих квартирных условиях.

4) Половина всех детей является рахитиками.

5) К 3-месячному возрасту около 1/5 всех детей переводится на смешанное кормление.

6) Главные причины такого перевода—гипогалактия и служба матери.

7) 75% матерей, взятых в патронаж, усвоили правильные гигиенические приемы и ввели правильное кормление грудных детей.

8) Служба матери оказывает влияние на увеличение смертности детей, интеллигентность—на увеличение числа абортгов.

9) При незарегистрированных браках дети покидаются отцами в 10 раз чаще, чем при зарегистрированных.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Вигдорчик. Проблема материнства.—2) Гершензон. Ж. по изуч. р. д. возраста, т. III, № 1.—3) Гранат. Наши дети и туберкулез, 1925.—4) Лепский. Консультация для детей грудн. возраста, 1925.—5) Lust. Диагностика и терапия детских болезней.—6) Мичник. Руководящие указания к организации просветительного патронажа над грудн. детьми, 1917.—7) Отчет о деят. Саратовского п/о. Охр. Матмл. Ж. по изуч. р. д. возр., т. III, № 4-5. 8) Райнес. Ibid., т. II, № 6.—9) Czerny. Цит. по руководству детск. болезней Feer'a.

## Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

### О влиянии гипофиза на функции и развитие организма.

Проф. А. А. Сухова.

Гипофиз или *gl. pituitaria* представляет орган, лежащий на основании головного мозга в полости, образуемой спереди, сзади и снизу *sella turcica*, с боков — *sinus venosus cavernosus dex. et sin.* Вся эта полость выстлана твердой мозговой оболочкой, которая покрывает ее сверху в форме *diaphragma sellae turcicae*. Сквозь отверстие ее проходит *infundibulum*, соединяющий гипофиз в его задней доле с головным мозгом. Полость *infundibuli*, представляющая из себя углубление дна третьего желудочка, у некоторых видов животных (напр., у собак) переходит в виде *recessus infundibuli*, в полость задней доли гипофиза (у человека эта доля не имеет полости). Из сосудов гипофиза артериолы принадлежат к системе *circ. arterios. Willisii*, вены впадают в *sinus circularis Reydlii*.

На основании различия эмбрионального развития и по анатомо-физиологическим особенностям гипофиз делится на три доли. Передняя доля, железистая, — собственно *gl. pituitaria* или *praehypophysis*, — образуется путем отшнурования в эмбриональной жизни эктодермального гипофизарного кармана *Ratke* от задней стенки полости глотки; в гистологическом отношении, с точки зрения кринологии, следует отметить среди железистых элементов этой доли гипофиза: а) т. н. хромобластные, главные клетки, которые гиперплазируются при беременности и при экстирпации щитовидной железы; б) т. н. хромофильные клетки, — базо- и эозинофильные, из которых последние гиперплазируются при кастрации; эти же клетки по преимуществу принимают участие в развитии аденом передней доли гипофиза при акромегалии. Средняя доля гипофиза, — *pars intermedia* или *paranevrosa*, — представляет из себя остаток эмбриональной полости гипофиза (кармана *Ratke*), выстланный эпителиальным слоем. По всему ходу закрывшегося эмбрионального канала (*can. cranio-pharyngeus*), начиная от верхне-задней стенки глотки и сквозь клиновидную кость, у многих видов животных констатируются добавочные гипофизы с железистым строением и с функцией средней доли гипофиза; особенно постоянными явлением у человека является существование глоточного гипофиза (*hypophysis pharyngea*). Третьей долей гипофиза является „нервная“ доля или собственно-гипофизис (*pars nervosa*); по строению ткань этой доли имеет характер нейроглии.

Гистолого-физиологическая методика изучения гипофиза показывает, что продуктом внешней секреции железистых клеток передней и средней долей его является коллоидное вещество, которое по внешнему виду, а также по способности кумулятивно накапливать иод, имеет сходство с коллоидом щитовидной железы. Подобно последнему оно не растворяется в воде, в алкоголе и в эфире, при кипячении не дает желатины и, в противоположность муцину, сначала разбухает, а затем растворяется в уксусной кислоте. Отдельные тяжкие железистых клеток средней доли, а частью и, передней, равно как отдельно и их коллоид, — могут проникать в заднюю долю, которая поэтому и может в своих вытяжках проявлять соответствующее действие. По некоторым авторам дело даже обстоит так, что инактивное специфическое начало передней доли, проникая в заднюю, здесь активируется и отсюда может проникать частью в капиллярную сеть гипофиза и дальше, частью, по лимфатическим щелям ножки гипофиза, — в третий желудочек мозга, почему действующий гормон гипофиза и может быть обнаружен в цереброспинальной жидкости. Другим веществом гормонального характера в передней доле



гипофиза многие авторы считают жировые зернышки в клетках ее. Эти зернышки растворяются в эфире и алкоголе, не обладают двоякопреломляющей способностью, окрашиваются суданом, Scharlachroth'ом и осмиевой кислотой; по Thаon'у они бедны олеиновой кислотой и соединены с альбуминовой молекулой. Химический состав гипофиза, по Репреву, характеризуется содержанием фосфора, извести, йода, брома, мышьяка, холина, гуанидина. Гормон гипофиза диализируется, не разрушается от кипячения, нерастворим в алкоголе и эфире, не разрушается от редуцирующих веществ.

Из области сравнительно-анатомического строения гипофиза, в связи с влиянием физиологических фаз развития организма, представляют интерес с точки зрения кринологического значения гипофиза следующие факты: 1) нарастание веса гипофиза у человека до 33 лет, после чего вес его начинает регрессировать; 2) обратно-пропорциональное отношение веса гипофиза к весу мозга; 3) при одинаковом, в общем, среднем весе гипофиза у мужчины и нерожавшей женщины (около 60 сантигр.), резкое увеличение этого веса с каждой беременностью за счет преимущественно гипертрофии и гиперплазии «главных клеток», превращающихся в многочисленную группу гиперсецренирующих клеток беременности (с окончанием беременности вес гипофиза регрессирует, хотя уже не падает до первоначального веса, а гистологически в передней доле гипофиза опять берут перевес хромофильные клетки над главными).

Функции гипофиза и его гормональное влияние на рост организма, его развитие и отправления изучались различными путями: путем экспериментального выключения разных долей его, путем его трансплантации, опытами с раздражением гипофиза, изучением действия вытяжек из всего гипофиза и отдельных его долей, изучением опотералевитического действия гипофизарных препаратов. наконец, изучением патологий тех форм, где клинически или патолого-анатомически обнаружено поражение гипофиза или его долей.

Обращаясь к соотношению между гипофизом и другими эндокринными органами, отметим прежде всего, что экстирпации миндалевидных желез, а также полипозные разрастания на своде глотки, ведут к анатомо-физиологическому регрессу (гипоплазии и гипофункции) в глоточном гипофизе и через это во всем гипофизе, а, следовательно, и во всей цепи внутренней секреции. Это кринологическое явление должно всегда стоять пред ринологом при оперативном лечении полипов и миндалин и оно же дает ключ к пониманию той интеллектуальной тупости, которая, вместе с соматической астенией, часто констатируется при полипозных разрастаниях носоглотки, причем не может быть объяснена одним ухудшением условий оттока венозной крови из мозга через носовую полость.

Соотношение между щитовидной железой и гипофизом таково, что экстирпация щитовидной железы ведет к заместительной гиперплазии гипофиза, особенно главных клеток передней его доли, и к нарастанию содержания в гипофизе коллоида.

Такое же соотношение (заместительно-синергентное) констатируется между эпителиальными тельцами и гипофизом, а равно между гипофизом и надпочечниками (главным образом корковым их слоем). Впрочем здесь отношение гипофиза к выключению функции надпочечной системы еще не выяснено вполне в виду антагонистического, зачастую, действия гипофизарных и арреналовых вытяжек, о чем будет сказано ниже.

Во многом не выяснено еще соотношение и между генитальными железами и гипофизом. При кастрационном выключении половых желез обычно происходит разрастание тканей гипофиза, особенно эозинофильных клеток из того трехугольного района эмбрионально сохранившихся клеток передней доли, который отмечен в ней многими гистологами. Далее, при гипофункции передней доли, наряду с остановкой роста, констатируется обычно гипоплазия половых желез. При беременности, как уже сказано, происходит гиперплазия передней доли гипофиза, преимущественно главных клеток, с резкой гипертрофией всего органа.

Антагонистичным является и соотношение между пинеальной железой и гипофизом, а также между этим последним и поджелудочной железой, что отчасти приближает нас к пониманию некоторых форм диабета. То же самое следует сказать и относительно влияния гипофиза на гликогенную функцию печени.

Отношение между гипофизом и зобной железой сводится к тому, что экстирпация первого ведет к регрессивной гипоплазии последней.

При экспериментальном выключении гипофиза из организма,—всего или по частям,—у различных исследователей получилась масса разноречий, причем глав-

ным предметом спора служил вопрос, имеет ли жизненное значение при этих экспериментах повреждение 3-го желудочка, или самих долей гипофиза. За первое высказываются такие физиологи, как, напр., В. Я. Данилевский. Однако, большинство кринологов держится взгляда, что все разногочия здесь объясняется тем, что опыты производились над разными видами животных, у которых эпителиальный покров *partis intermediae* обволакивает ножку гипофиза на большую или меньшую высоту, почему при пересечении ножки в одних случаях на *infundibulum* совершенно не оставалось этого эпителиального покрова, в других же, напротив, оставалась хотя-бы часть его.

Выключение гипофиза производилось или оперативно, путем лучше всего носовой операции, или путем применения гипофизотоксической сыворотки. Опыты этого рода выяснили, что удаление всего гипофиза, или передней и средней его долей, путем отсеивания от ножки гипофиза всей массы эпителиального покрова, а также пересечение ножки выше окончания его, ведет быстро к смерти с явлениями острой гипофизарной кахексии; у старых животных этот исход наступает через несколько дней, у молодых—через несколько недель.

Выключение передней доли гипофиза ведет к остановке роста и развития костяка у животных,—при нем прекращается рост эпифизов в длину, несмотря на незакрытие эпифизарных швов, у молодых животных, нарушается правильность процесса оссификации, кости гипоплазируются, эпифизы свисают, череп остается малым, весь костяк останавливается в развитии на той ступени его, в которой застала животное операция выключения передней доли. Кроме того, при этом констатируется не только остановка психического развития, но и развивается дефективность, главным образом интеллектуальная: животные не дают, обнаруживают ослабление уже приобретенных навыков, понятливости и привычек, пассивны и даже депрессивны. Нередко у них констатируется дистрофическая алоpecia.

Выключение всей средней доли иногда ослабляется наличием у животных парагипофиза и добавочных гипофизов, обладающих гормональными свойствами средней доли. Такое выключение ведет к нарушению обмена веществ, главным образом в сторону ослабления и замедления его; отсюда быстро идущая *oboesitas*. Эта *oboesitas* может достигать громадной степени, сопровождаясь проникновением жировой ткани в специфическую паренхиму органов и вызывая ее жировое перерождение. Этим объясняется, почему, несмотря на колоссальное ожирение, вес животного не нарушается, и почему у него развиваются общая соматическая астения и депрессия. Часто, вслед за острым выключением передней или средней долей гипофиза, в первое время развиваются преходящая полиурия или гликозурия, что является симптомом раздражения средней доли.

Опыты с трансплантацией гипофиза показали, что предварительная или последовательная ауто-трансплантация предупреждает или ослабляет результат удаления передней и средней долей. Опыты с гомойотрансплантацией гипофиза, имевшие целью достигнуть экспериментального гипергипофиза, только отчасти подтвердили опыты с выключением, в виду малой успешности трансплантирования желез вообще. Опыты с раздражением гипофиза электричеством, в виду распространения этого раздражения на окрестные отделы головного мозга, также дали пока мало, вызвав споры относительно значения *infundibuli* и ядер 3-го желудочка в синдроме раздражения *resp.* удаления долей гипофиза. На основании их Ц и он построил свою механическую теорию о значении гипофиза, как регулятора мозгового кровообращения, по которой всякое повышение кровенаполнения в головном мозгу оказывает механическое давление на гипофиз: тогда последний, путем влияния через центры и химически, вызывает спазм артерий, в том числе и мозговых, и замедление сокращений сердца, что в свою очередь ведет к понижению внутричерепного давления. Гипотезу Ц и он а нельзя, однако, принять: 1) она вводит недоказанное влияние гипофиза на нервную систему непосредственным путем, а не путем гормонального влияния; 2) сосудосуживающее влияние гипофиза и замедление сердечных сокращений должны вести к повышению внутричерепного давления, вследствие большего пробегания крови в сосудах мозга, а не к понижению.

Гипофизарные вытяжки, служившие для изучения функций мозгового придатка, получались большею частью из высушенных средней и задней долей его, взятых от животных. Вытяжки эти,—питуитрин, питугландол, вапорол и др.—вводились или внутривенно, или подкожно, или внутримышечно, или, наконец, *per os*. Относительно попыток получить химически-чистые гормоны из гипофиза и установить их химическую природу следует упомянуть, что из вытяжек средней доли гипофиза удалось изолировать одно гормональное начало, именно, маточно-родовое. F ü h n e g получил гормоны гипофиза в форме кристаллических субстанций; однако,

по словам Weill'a, до сих пор еще не удалось произвести химического анализа и установить структуру этих гормонов. С помощью фракционирования, после известных манипуляций, были изолированы из гипофиза четыре соединения с различным действием. По Guggenheim'у в гипофизе имеется только один активный гормон, представляющий эфироподобное соединение алканоламина с азилом, различные же препараты Fühner'a являются только различными степенями очистки инкрета. Leschke осаждением пикриновой кислотой и метиловым алко-голем изолировал из гипофизарной смеси полипептидоподобное соединение с дей-ствием средне-задней доли гипофиза, а Crawford осаждением сулемой выделил из алкогольных экстрактов гипофиза вещество с функцией той же доли. Наконец, Robertson выделил из гипофиза вещество с ростоувеличивающим действием.

Изучение вытяжек из гипофиза показало, что внутривенные вливания их часто ведут к анафилактическому шоку. Выяснилось, далее, что вытяжки из сред-ней доли обладают следующими гормональными действиями: а) они производят гэмодинамическое, прессорное и депрессорное, влияние на сосуды путем прямого химического воздействия на мышечный аппарат периферических сосудов, чем отличаются от адреналина, влияющего на периферические артерии через нервные окончания их; б) они вызывают замедление и усиление сокращений сердечной мышцы, главным образом путем химического влияния на миокард, отчасти чрез моторный аппарат его, причем это влияние на сердце является более слабым, чем от адреналина; в) они дают тонические спазмы матки с развитием последо-вательных, все учащающихся и все усиливающихся волн сокращения этого органа, каковое действие пропорционально дозе применяемой вытяжки; особенно сильную реакцию повышения тонуса с последовательным учащением и увеличением сокра-щений мускулатуры дает беременная матка; такое действие зависит от гормо-нального влияния гипофизарных вытяжек частью на мышечную систему матки, частью на моторно-нервный аппарат этого органа; г) вытяжки эти оказывают ритмогенное (усиливающее перистальтику) действие на тонкие кишки, причем новое введение их в организм ведет, напротив, к депрессорному действию на по-следние; такое действие гипофизарных вытяжек на кишечник объясняется гормо-нальным влиянием их как на мышечный аппарат его, так отчасти и на моторно-нервный; д) такое же действие гипофизарные вытяжки оказывают на мышечный и моторно-нервный аппараты мочевого пузыря; е) поэтому, а также благодаря не-посредственному гормональному влиянию вытяжек на паренхиму почек и благо-даря вызываемому ими расширению периферической артериальной сети, гипофи-зарные вытяжки обладают сильным мочевым действием; ж) гипофизарные вытяж-ки дают млекогенный эффект, что доказано экспериментально на кормящих живот-ных и на кормящих женщинах. Вытяжка из передней доли гипофиза ведет к уси-лению роста костного скелета, к улучшению процессов ossификации при рахито-идно-остеомалаяцидных диатезах и вообще при хондро-дистрофиях, а также произ-водит усиливающее действие на рост волос.

Сравнивая действие гипофизарных вытяжек на сердечно-сосудистую систему с таковым же адреналина и вытяжек из половых желез, находим следующее:

	Гипофизарные вытяжки.	Адреналин.	Вытяжки из поло- вых желез.
Гэмодинамическое действие на сосуды.	Сужение перифе- рических сосудов, веченных и сосудов щитовидной желе- зы; сначала прес- сорное, затем де- прессорн. действие.	Более сильное и более скорое сокра- щение перифериче- ских артерий путем влияния на нервные окончания; распы- рение веченных ар- терий.	Расширение пе- риферических со- судов, сосудов сли- зистых оболочек носа и щитовидной железы.
Действие на сердце.	Усиление и за- медление сердеч- ных сокращений, не зависящее от перерезки n. vagi, влияние на миокард.	Более сильное и более скорое дей- ствие через нервную систему.	

В акушерстве и гинекологии гипофизарные вытяжки находят себе применение в качестве средства для усиления родовых потуг и ускорения родов, а также для остановки послеродовых кровотечений и при аменорреях. Кроме того, вытяжки эти применяются, как мочегонные, как усиливающие перистальтику кишек, как *excitantia* при колыбсах, особенно от перитонита, как млекогонные, как способствующие росту волос, затем при рахите, остеомаляции, карликовом росте и т. д. Впрочем фармакодинамическое значение гипофизарных препаратов, которых имеется большое количество (до 20), еще далеко не разработано в отношении стандартной силы и дозировки, о чем подробно излагают работы проф. Д. М. Российского, считающего существенно необходимым установление единообразной методики приготовления вытяжек из мозгового придатка, точной концентрации и дозировки их, так как гипофизарным препаратам, с их весьма большой фармакодинамической силой, должно принадлежать одно из самых первых мест среди опомедикаментов.

Клиника и патология выясняют исключительное или, по крайней мере, преобладающее значение гипофиза в следующих синдромах, относимых многими авторами к полигlandsлярным заболеваниям: 1) группа заболеваний передней доли: а) гиперсекреция ее—акромегалия и гигантизм; б) гипосекреция,—микромалия или нанизм, карликовый рост (ателиоз); 2) группа заболеваний средней доли: а) гиперсекреция—*diabetes insipidus*; б) гипосекреция—*dystrophia adiposo-genitalis*.

Акромегалия большею частью является результатом развития аденомы из железистой ткани в передней доле гипофиза или в одном из добавочных гипофизов по близости передней доли. Опухоли другого источника или характера (напр., плоскоклеточковая аденокарцинома и т. п.) ведут не к акромегалии, а к гипофункции средне-задней доли с ее результатом—*dystrophia adiposo-genitalis*. В случаях, где аденома развивается в пределах турецкого седла, она ведет к расширению его; если она развивается по близости, то ведет к уменьшению размеров седла на рентгено снимке. В периоде гиперфункции аденома передней доли гипофиза ведет к росту костяка и к усилению процессов оссификации, т. е. к гигантизму,—если период роста еще не закончился, и к акромегалии,—если период роста человека уже закончен.

Синдром акромегалии и гигантизма—общезвестен. Состояние при нем других эндокринных желез таково: при гиперфункции передней доли гипофиза констатируется гипертрофия щитовидной железы с синдромом базедовой болезни, позднее же, в регрессивном периоде акромегалического процесса, со стороны щитовидной железы развиваются симптомы дистиреоза и гипотиреоза при явлениях микседемы; со стороны половых желез наблюдается атрофичность их гормональной части, при нередком усилении вторичных половых признаков; со стороны поджелудочной железы при акромегалии наблюдается гипофункция, чем, а также раздражением средней доли гипофиза, и могут быть объяснены столь часто встречающиеся у акромегаликов симптомы диабета; наконец, со стороны психики при этой форме нередко наблюдаются маниакальные симптомы, позднее же выступают явления депрессии; довольно часто при акромегалии развивается эпилепсия.

Морфологическая картина ателиоза и *diabetes insipidus* также достаточно известна. При ателиозе, кроме карликового роста, развиваются симптомы регрессивных изменений синергентных желез и аэлизия генитальных, в психике же отмечаются черты инфантилии, а иногда эннухойдии. При гипофизарном *diabetes insipidus* наблюдается гиперфункция синергентных желез. При гипофизарной *dystrophia adiposogenitalis*, объясняемой давлением на среднюю долю гипофиза со стороны опухолей (аденокарцином), обращает на себя внимание, прежде всего, общее жировое перерождение с поражением обмена веществ, а при гипофункции и передней доли—с остановкой роста и другими следствиями этого; в психике при *dystrophia adiposo-genitalis* отмечаются черты общей депрессии, иногда с явлениями эннухойдии.

Оперативно доказано участие той или другой доли гипофиза в синдроме относимой к ней формы. Так, при акромегалии удалением передней доли гипофиза удавалось остановить и заставить регрессировать процесс акромегалии, а удалением средней доли—остановить и заставить регрессировать развитие синдрома, свойственного *dystrophia adiposo-genitalis*. В случае *Madelin*'g'a пулевое ранение черепа, вызвавшее давление на среднюю долю гипофиза, повело к развитию *dystrophiae adiposo-genitalis*, а в случае *Frank*'a такое же ранение вызвало *diabetes insipidus*.

## Рефераты.

### а) Физиология.

51. *Новый физиологический опыт.* На недавнем Съезде Физиологов в Стокгольме Нейшанс (по отч. в Сиб. Арх. Теор. и Кл. М., т. I. кн. 5—6), дабы разделить действие блуждающего нерва и дыхания центрального и рефлекторного происхождения, предложил отделять голову животного (напр., собаки) от туловища так, чтобы они соединялись лишь перерезанными блуждающими нервами, после чего жизнь головы поддерживается сосудистым анастомозом с другим животным, жизнь туловища—искусственным дыханием. При введении какого-нибудь вещества в туловище животного, вещество это, при подобной постановке опыта, действует, понятно, лишь на туловище, и если происходят изменения в дыхании головы, то это может быть приписано исключительно центростремительному возбуждению, передаваемому по *vagus'u*. Наоборот, если ввести это вещество собаке, от которой голова получает кровь, то изменения дыхания головы или ритма сердца туловища будут зависеть от прямого действия вещества на центр *vagus'a* или дыхательный центр. *P.*

52. *Об изменчивости специфического действия гормонов.* Zondek и Уско (Klin. Woch., 1926, № 40) опытами на кроликах с инсулином, предварительно подвергнутым действию совместного влияния осмотического давления и электрического заряда, доказали исчезновение специфического свойства этого гормона. Кривая кровяного сахара кроликов после впрыскивания им обработанного таким путем инсулина не понижалась, а в некоторых случаях даже несколько повышалась. На основании своих опытов авторы приходят к выводу, что организм для регуляции биологических реакций в функционирующей клетке обладает средствами не только изменять коллоидное состояние клетки, но и модифицировать в структурном и биологическом отношении действующие в клетке инкреты, а может быть, также ферменты и яды, результатом чего может быть или полное уничтожение специфических свойств инкретов или их извращение. Это может служить объяснением непонятных инсулино-рефрактерных случаев диабета. *P.*

*В. Якимов.*

53. *К функциям селезенки.* По Мауг'у и Нонкорпс'у (Münch. med. Woch., 1926, № 43) следующие функции селезенки могут считаться, при свете современных знаний, несомненными: 1) она есть орган физиологического и патологического разрушения крови; 2) она регулирует обмен железа в организме; 3) она является главным органом образования противотел; 4) наконец, она регулирует, в смысле подавления, вымывание эозинофильных лейкоцитов из мест их образования. *P.*

### б) Фармакология.

54. *К фармакологии эфедрина.* Эфедрин—алколоид, выделенный Нагаи из растения *Ephedra vulgaris* («трава Кузьмича»), по опытам А. Д. Тимофеевского (Сиб. Арх. Теор. и Кл. Мед., т. I, кн. 5—6), оказывает на сердце теплокровных животных действие, сходное с действием адреналина (в сердце *in situ* вызывает усиление сокращений с замедлением ритма вследствие возбуждения *vagus'a*, в изолированном сердце—усиление сокращений с учащением ритма). Отличается его действие от действия адреналина тем, что оно слабее, но за то гораздо длительнее. Токсичность эфедрина по отношению к сердцу гораздо меньше, чем адреналина. Точки приложения эфедрина в сердце являются, повидимому, окончания симпатических волокон. *P.*

55. *К фармакологии папоротника.* На основании ряда наблюдений А. С. Зайцева (Вр. Дело, 1926, № 24) убедилась, что экстракт папоротника есть сильный гемолитический яд, вызывающий резкое увеличение содержания билирубина в крови, уменьшение числа эритроцитов, при незначительном изменении содержания гемоглобина, и гемагогенную желтуху. Одно наблюдение убедило, кроме того, автора, что после изгнания глист экстрактом папоротника назначение мышьяка является противопоказанным, ибо *As* может вызвать при этих условиях анемию злокачественного типа. *P.*

### в) Внутренние болезни.

56. *Лечение несахарного диабета новазуролом.* Hitzenberger и Кауфтейл (Wiener klin. Woch., 1926, № 47) убедились из опыта, что лече-



ние несахарного диабета может быть с успехом производимо не только путем впрыскиваний новазурола, но и путем приема последнего per os. В одном случае авторы давали это средство, в дозе 0,2, дважды в день (с 1/2-часовым промежутком) один день в неделю и получили вполне удовлетворительный терапевтический эффект. Р.

57. *К лечению диабета синталином.* Синталин, дериват гуанидина, изготовляемый синтетически фабр. K a l b a u s'a, обладает инсулиноподобным действием, какое действие его было подробно изучено проф. F r a n k'ом, N o t t m a n'ом и W a g n e r'ом (Klin. Woch., 1926, № 45) как на здоровых кроликах и собаках, так и на собаках с экстирпованной поджелудочной железой, а равно и на больных—диабетиках. В вопросе о действии синталина на диабетиков выводы авторов таковы: 1) препарат в значительной степени понижает глюкозурию; 2) ацидоз при употреблении его исчезает; 3) сахар в крови снижается ниже порога, при котором появляется гликозурия; 4) другие симптомы сахарной болезни—полиурия, полидипсия—от синталина также исчезают; 5) в случаях диабета постоянно или временно инсулино-рефрактерных синталин проявляет полное свое действие; 6) во всех, наблюдавшихся авторами, случаях диабета с хирургическими инфекциями инсулин мог быть вполне заменен синталином. Применение и дозы: в 1-й и 3-й дни 2 раза по 0,00025 per os, во 2-й день один раз 0,0025, в 4-й день пропуск. Можно начинать и с дозы в 0,002. Пауза необходима в виду побочного действия препарата и его кумулятивного свойства. Показания для применения—все случаи диабета кроме комы и прекоматозного состояния (в прекоматозном состоянии даже и большие дозы средства переносятся хорошо, но заметного улучшения не получается). Побочные действия препарата: 1) отсутствие аппетита, 2) давление в области желудка, 3) неприятное ощущение в животе, 4) усиленная перистальтика; при сильной передозировке наблюдаются тошнота, рвота, поносы. В. Якимов.

58. *Функциональное исследование сердца.* Для выяснения функциональной состоятельности сердца G ö n e s z у (Вр. Об., 1926, № 11) советует прибегать к двум пробам. Первая—это проба с апное: если больной, пройдя два раза взад и вперед комнату в 11 метров длины, после этого в состоянии бывает задержать дыхание не более, как на 12—13 сек., или еще меньше, то это свидетельствует о недостаточности сердца (задержка дыхания производится в лежачем положении, причем больной перед нею должен сделать глубокое вдыхание и выдыхание). Вторая проба—весовая: больной взвешивается утром и вечером, и, если прирост его веса к вечеру достигнет или превысит 1 кило, то это доказывает, что работоспособность его сердца не соответствует требованиям, предъявляемым ему за день. Р.

59. *Гипопаратиреоз в этиологии язвы желудка.* М. С. Керопиан (Сб. раб. в память проф. А. В. Орлова, 1926), при исследовании нервно-мышечной возбудимости у 28 больных, нашел, что у больных с пилороспазмом и язвой желудка, пилороспазмом и опущением желудка и, наконец, пилороспазмом и апендицитом постоянно наблюдается понижение чувствительности нервно-мышечной системы. Этот симптом обычно характеризует тетанию—как явную, так и скрытую, т. е. спазмофилию. А так как тетания и спазмофилия вызываются нарушениями гормональной функции эпителиальных телец, то и при разбираемых болезнях автор видит в основе страдания эти нарушения в форме гипопаратиреоза. Патогенез этих заболеваний автор представляет себе в следующем виде: гипофункция эпителиальных телец через расстройство координации между системами V. и S. приводит к преобладанию влияния системы V. на желудок; это обстоятельство создает условия для постоянного спазма привратника и развития расширения с опущением тела желудка; длящийся долго спазм привратника влечет за собой структурные изменения в стенке как самого привратника, так и всего желудка; переход пищи из желудка в 12-перстную кишку при этом затягивается, что вызывает раздражение желудочной мукозы задержавшимся пищевым химусом. На почве той же гипофункции эпителиальных телец и преобладания тонуса блуждающего нерва развиваются, повидимому, и другие, сопутствующие язве желудка, явления, как гиперсекреция, гиперхлоргидрия и гастросуккоррея. При таких условиях возникающие на почве гипопаратиреоза и др. причин язвочки и эрозии регенерируются плохо, часто отличаются вялостью и превращаются в хронические язвы. II. Циммес.

60. *Изгнание ленточных глист.* По наблюдениям Е. А. Ратнера (Клин. Мед., 1926, № 117) для этой цели пригодны значительно меньшие дозы

папоротника, чем обычно применяемые. Автор получил хорошие результаты от следующего способа: накануне больной не должен есть грубой пищи, и на ночь ему делается высокая клизма из 4 стаканов мыльной воды с 3 чайн. ложками глицерина; на следующий день он тотчас по пробуждении получает 3,0 extr. filicis maris aetherei res. parati в желатиновых капсулах или пилюлях, принимаемых в 3 равных приема через каждые 15 мин.; через час после приема последней дозы ему дается 20,0 Na sulfurici в 1 стакане воды. Втечение этого часа и ранее, после приемов папоротника, больной, во избежание тошноты, пьет небольшими порциями холодный черный кофе. *P.*

## г) Хирургия.

61. *Кисты полумлунного хряща.* По Allison'у и O'Connor'у (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 2) в литературе описано несколько десятков случаев этих кист, к которым авторы присоединяют 3 собственных. Изучение этих случаев убедило авторов, что обычно кисты эти бывают множественными, располагаются они в средней части наружного края cartilaginis semilunaris, внутри бывают выстланы эндотелием, содержат слизь, не представляют признаков воспаления. В половине случаев образованию этих кист предшествует травма. Из przypadков можно отметить боль при полном разгибании и сильном сгибании колена. Обычно кисты эти быстро достигают своего максимального объема и затем остаются in statu quo. Произвольное излечение их никогда не наблюдается, рецидивы после операции имеют место в тех случаях, где хрящ не был удален вполне. *М. Чалусов.*

62. *Упорные крестцовые боли, как первый симптом рака грудной железы.* E. Liek (Zentr. f. Chir., 1926, № 51) видел 3 случая, где женщины являлись с жалобами на упорные боли в области пояснично-крестцовых позвонков. Исследование всего тела больных, в том числе и рентгеноскопией, не обнаружило ничего патологического. Спустя, однако, некоторое время (в одном случае, напр., спустя 4 недели) автор подметил у них опухоли грудных желез (рак). Причину болей он видит в раннем метастатическом поражении поясничных позвонков, что в дальнейшем и было подтверждено рентгенологически. *И. Цимхес.*

63. *Гастро-энтеростомия при язвах 12-перстной кишки.* Woolsey (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 1) выражает удивление, что в руках немецких хирургов и хирургов тех стран, которые находятся под влиянием немецкой науки, G.-E. дает худшие результаты, чем эксцизия, резекция и пилоропластика. У американских и английских хирургов операция эта, наоборот, дает вполне ободряющие результаты как в смысле конечного излечения, так и в смысле отсутствия послеоперационных осложнений. Такие результаты получаются в Англии и Америке в 80—95% этой операции: язвы jejuni наблюдаются после нее не чаще, как в 2%, кровотечения, — и то неопасные, — в 5,7% и пр. Чтобы достигнуть подобных результатов, надо, однако, производить G.-E. лишь там, где наличность язвы несомненна, далее — делать достаточно широкий анастомоз в самой нижней части желудка, употреблять для операции рассасывающиеся швы, строго выдерживать послеоперационную диету и пр. *М. Чалусов.*

64. *Двухмоментная резекция толстых кишек с глубоким вшиванием пристеночной брюшины.* Schloffer (Zentr. f. Chir., 1926, № 44) втечение уже почти 20 лет при раках толстых кишек, где нельзя достаточно мобилизовать, даже после отделения и перевязки брыжейки, пораженную петлю и соседние здоровые участки толстых кишек, производит отсепаровку париетальной брюшины с фасцией области брюшной раны и погружает их возможно глубже в брюшную полость. В таком виде отсепарованная пристеночная брюшина сшивается с брыжейкой и обоими концами пораженной петли. В области швов вставляется идоформенный выпускник, брюшная рана суживается, предбрюшинное пространство заполняется марлей. Спустя 5—6 дней пораженная кишка внебрюшинно удаляется, и культи сшиваются. *И. Цимхес.*

65. *Amputatio interileo-abdominalis.* По А. Н. Струнникову (Сб. в память проф. Л. В. Орлова) операция эта сравнительно редко производится (сам автор имел 2 случая ее и лишь 55 случаев мог собрать из литературы) и принадлежит к числу самых больших оперативных вмешательств у человека. Являясь в высшей степени рискованным хирургическим актом, она обуславливает смертельную опасность для оперируемого уже во время производства ее — со стороны слу-

чайного кровотечения, развития шока и наркоза. С другой стороны вторичное кровотечение, омертвление лоскута и инфекция с последующим сепсисом являются обычно причинами смерти при ней в послеоперационном периоде. Источенные, ослабленные больные, перенесшие операцию, в дальнейшем могут, затем, впасть в состояние кахексии, от которой и погибают. Пневмония после данной операции—также явление нередкое. Непосредственные результаты ее, в общем, очень плохи, особенно, если эта операция применяется по поводу сарком костей тазобедренной области; более благоприятные результаты дает эта операция, когда она производится по поводу тбс и остеомиелита; что касается отдельных результатов, то, в виду недостаточности материала, на этот счет нельзя составить определенного мнения. По поводу злокачественных новообразований данная операция до сих пор производилась исключительно в крайне запущенных случаях, стоящих на границе операбельности и неоперабельности, являясь т. о. операцией необходимости, но не выбора. Относительно техники ее автор замечает, что многими хирургами наилучшим считается способ С а л и щ е в а.

И. Циммес.

66. *Изменения сосудистой стенки после алкогольных инъекций.* По предложению проф. В. И. Разумовского Н. Н. Назаров (Zentr. f. Chir., 1926, № 43) взамен денудации сосудов при самопроизвольной гангрене производил периапериартеральные впрыскивания 80% алкоголя на животных и людях. Более выраженные патолого-анатомические изменения оказались при этом между adventitia и media. У семи больных с самопроизвольной гангреной автор получил благоприятные результаты после таких впрыскиваний в стенки бедренных артерий.

И. Циммес.

67. *Послеоперационная задержка мочи.* имевшая место в практике V o z z a (Ann. di ost. e gin. 1923, по реф. Zbl. f. Ch., 1926, № 34), у 124 женщин после брюшных операций и родов, устранялась автором в 90% всех случаев посредством внутривенного впрыскивания от 5 до 10 куб. см. 40% раствора уротропина.

М. Фридланд.

68. *К вопросу о тетанической реакции после операции зоба.* Подобно Bauerly Melchior и Nothmann (Zentr. f. Chir., 1926, № 32) приходят к заключению, что в этиологии тетании, кроме эпителиальных телец, играют большую роль еще и другие факторы, среди которых первое место занимает обеднение крови кальциевыми солями—явление очень частое после военных голодовок. Клиническим подтверждением этой мысли является учащение случаев самопроизвольной тетании и тетании после операций на органах, отдаленных от шеи. Последний факт навел авторов на мысль, что сама операция может служить моментом, вызывающим, или, во всяком случае, благоприятствующим появлению тетании. Для выяснения этого вопроса М. и N. подвергли исследованию большое число оперированных больных, определяя у них гальваническим током возбудимость произвольных мышц. Последняя оказалась значительно повышенной у 30% всех оперированных и у 85% всех подвергшихся струмэктомии. Это явление авторы называют латентной тетанической реакцией. Их наблюдения стоят в полном противоречии с исследованиями Steichele и Schlossera, которые после операций зоба не получили ни повышения электрической возбудимости, ни уменьшения содержания кальция в крови.

Л. Ратнер.

### д) Ортопедия.

69. *К профилактике плоскостопия.* В виду того, что склонность к развитию плоской стопы имеется уже в детском возрасте, В р е д е н (Ленинград. Мед. Журн., 1926, № 2) рекомендует нерациональную детскую обувь заменить новым типом детской обуви, в которой свод стопы выполнен упругим материалом, пруживающим вместе со сводом в пределах, исключающих возможность его перегрузки. Высота такой выкладки должна быть различна в различных номерах ботинок. Носить такие ботинки нужно с 5-летнего возраста, а рахитикам—даже с начала хождения.

Н. Киптенко.

70. *Превращение соха vara в соха valga.* Mouchet и Roederer (Presse Méd., 1925, № 102) опубликовали несколько случаев, касавшихся юношей, страдавших соха vara, у которых от невыясненной причины происходило отделение эпифиза, что влекло за собой последующее образование соха valga.

Н. Киптенко.

71. *Люмбализация крестцового позвонка*, т. е. отсутствие спайки между I и II крестцовыми позвонками, по А. Léry (Presse Méd., 1925, № 102) встречается гораздо чаще, чем сакрализация V поясничного позвонка, или синостоз его с крестцом, но до сих пор она обычно просматривалась вследствие неумения считать позвонки и разбираться в рентгеновской картине. Люмбализация есть недостаток окостенения разделенных в детском возрасте крестцовых позвонков. В одних случаях при ней наблюдается асимметрия I крестцового позвонка, ведущая к сколиозу, в других—передняя часть тела позвонка выше задней, что вызывает соскальзывание I крестцового позвонка кпереди, влекущее, в свою очередь, и V поясничный позвонок, тогда как крестец наклоняется кзади. Благодаря этому образуется седловидная поясница, сопровождающаяся часто низким сколиозом, причем ягодицы выступают террасовидно кзади, а живот выпячивается вперед и свешивается между бедрами. Чрез стенки живота прощупывается круглый массивный выступ позвоночника. При наклонении кпереди седловидность неполно исчезает. Походка часто утиная, но без хромоты. Нередко у больных наблюдаются упорные, продолжающиеся годами боли, успокаивающиеся в постели при положении с согнутыми в коленях ногами и приподнятой верхней частью туловища, когда наилучше исчезает лордоз. Наиболее частая причина заболевания—травма.

Н. Киттенко.

72. *Сифилис нижней части позвоночника с синдромом cauda equina* представляет большие трудности для отличия от тbc спондилита. Guillaïn, Lescabelle и Pégion (Presse Méd., 1925, № 102) дают следующую картину этого заболевания: болезнь начинается болями в пояснице, бедре и в седалищной области с двигательными расстройствами и расстройством сфинктеров; в период полного развития бывают боли табетического характера и характера седалищной невралгии, сопровождающиеся парализмами, атрофией мышц, расстройствами чувствительности радикулярного характера, изменением электровозбудимости и исчезновением или ослаблением сухожильных рефлексов. Диагностика сифилиса ставится главным образом на основании отсутствия изменений позвоночника на рентгеновском снимке, положительный RW и желтого окрашивания спинномозговой жидкости, содержащей увеличенное количество, по сравнению с нормой, белка и клеточных элементов.

Н. Киттенко.

73. *Фиксация разболтанной лопатки*, по Maclaïrèy (Presse Méd., 1926, № 83) достигается путем пересадки костно-надкостничного трансплантата, помещаемого между внутренним краем лопатки и наружной поверхности ребра и пришиваемого проволочным швом. Отдаленные результаты, в смысле прочности и подвижности руки, при нем хороши.

Н. Киттенко.

### е) Офтальмология.

74. *Трахома в Чувашской авт. области*. По данным И. К. Лукьянова (Проф. Мед., 1926, № 11) процент больных трахомой в населении Чувашской обл. колеблется от 70 (в Батыревском у.) до 23 (в Ядринском у.). Хуже всего то, что процент этот с каждым годом все растет, причем увеличение равняется 1% в год.

Р.

75. *Хининная амблиопия*. Наблюдения, произведенные С. М. Хордасом (Днепропетр. М. Ж., 1926, № 7—8) в одном случае этого рода, и обзор литературных данных по вопросу о хининной амблиопии привели автора к следующим выводам: 1) Попадая в кровеносную систему, хинин оказывает воздействие главным образом на конечные сосуды, вызывая резкое их сужение. 2) В зависимости от концентрации хинина в крови, зависящей в свою очередь от состояния желудочно-кишечного тракта, окислительной способности организма и абсорбции хинина ретикуло-эндотелиальной тканью, и независимо от величины принятой дозы в сосудистой системе глаза могут образоваться чрезвычайно стойкие изменения. 3) Вслед за этими изменениями в сосудах сетчатки возникают дегенеративные изменения ее элементов с последующей восходящей атрофией зрительного нерва. 4) Благодаря тому, что элементы первого нейрона почти исключительно обслуживаются капиллярами сосудистой оболочки, по мере приспособления области желтой ямки к исключительному питанию от хориокапилляров происходит восстановление центрального зрения, причем папилло-макулярный пучок зрительного нерва также сохраняется. 5) Плацента является защитительным барьером, не допускающим проникновения хинина в кровеносную систему плода. (В случае автора хининная амблиопия имела место у беременной на V мес., причем исследование глазок родившегося в срок ребенка никаких уклонений от нормы не обнаружило).

В. С.

76. *Местное применение гоноккокковой сыворотки при гонобленноррее новорожденных.* Offret (Clin. Ophth., 1925, № 11) применял сыворотку в виде глазных капель, без всякой другой сопутствующей терапии. Правда, наблюдения его немногочисленны—всего 5 случаев, но зато результаты были блестящи: при этой форме лечения наступало быстрое исцеление в 3—10 дней. Среди 5 случаев автора 3 были с осложнениями со стороны роговицы; язвы последней заживали быстро и бесследно. Сильнейшие явления воспаления ослабевали уже через 24 часа. Сыворотка получалась автором от быков, которым ежедневно вводилось до триллиона кокков зараз; добытая сыворотка титрировалась по методу отклонения комплемента и разливалась в ампулы по 10 к. сант. При введении ее в конъюнктиву последняя принимала преходящую желтую окраску. По мнению автора, при гонобленноррее новорожденных пассивная иммунизация сывороткой предпочтительнее, чем применение вакцины (активная иммунизация).

В. Адамюк.

77. *Протеиновая терция гонобленнорреей.* Вместо употребляемых обычно для этой цели молока и аолана Heim (Klin. Mon. f. Aug., 1926, Bd. LXXVI) предлагает применять флогетан—вещество, состоящее из белковых тел, обрабатываемых до наступления буйрегановой реакции. Вещество это, будучи введено в количестве от 1 до 10 куб. сант., не вызывает каких-либо неприятных побочных явлений, хотя и вызывает как местную, так и общую реакцию. Перед другими средствами флогетан имеет еще то преимущество, что имеет всегда постоянный состав и не изменяется при хранении. В 2 случаях гонобленнорреей глаз из практики автора применение его оказалось гораздо более действительным, чем применение молока.

Е. Волженский.

### ж) *Акушерство и гинекология.*

78. *Тромбоциты и менструация.* Hirsch и Hartmann (Zentr. f. Gyn., 1926, № 45) нашли, что число тромбоцитов во время менструации значительно повышается, иногда почти удваивается. Наибольшее увеличение бывает в конце менструального периода; в другие фазы менструального цикла колебание числа тромбоцитов незначительно. Подобное же увеличение числа тромбоцитов авторы находили и при всякого рода патологических кровотечениях, в первые дни послеродового периода и после операций,—словом, после всякой кровопотери. На основании этого они полагают, что главной причиной повышения числа тромбоцитов во время менструации является именно потеря крови, и что это повышение есть защитительная мера организма. Но так как нарастание числа тромбоцитов наблюдается с первого дня менструации, когда еще потеря крови весьма незначительна, то авторы допускают существование еще другого фактора, способствующего этому нарастанию, а именно, раздражение от всасывания выделяемых в несвертывающейся менструальной крови таких веществ, как гликоген, липиды, трипсин и пр.

Е. Заболотская.

79. *Зависимость роста влагалищных микробов от степени кислотности среды* изучал Demme (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X) и пришел к заключению, что, в зависимости от свойств питательной среды и в частности ее Ph, можно от одного и того же штамма стрептококка получить ряд переходных форм, различных по форме роста, по их гемолитической способности, патогенности для животных и человека, а равно и по их отношению к условиям аэро—и анаэробноза. Наибольшую концентрацию кислоты, оказалось, переносит bacillus acidophilus из группы b. vaginalis (Ph—около 4,0). Опыты с симбиозом b. vaginalis и других микробов на бульоне с 1—2% виноградного сахара и 1—2% белка при Ph=7,0 показали, что b. vaginalis перерастает все остальные виды и через несколько дней оказывается в чистой культуре.

А. Тимофеев.

80. *Биологические исследования вирулентности влагалищных микробов* производил Louros (Arch. f. Gyn., Bd. 128, H. 1—2). При помощи реакции Ruge-Philippe'a можно определять лишь микробов высокой вирулентности в то время, как зародыши низкой вирулентности, но могущие тем не менее вызывать тканевую инфекцию, при этой реакции относятся в группу авирулентных. Автор изучал биологические особенности этих авирулентных по Ruge-Philippe'у микробов, определяя их резистентность по отношению к растворам метиленовой синьки. Оказалось, что клинически совершенно безвредные микробы обладают меньшей стойкостью к синьке. Резистентные микробы способны превращаться в вирулентные



(по R.-Ph.). Далее, резистентные и вирулентные зародыши по сравнению с нерезистентными и авирулентными обладают следующими особенностями: будучи перенесены на ткань плаценты или матки, резистентные зародыши врастают вглубь, а нерезистентные растут по поверхности; резистентные и вирулентные микробы значительно слабее расщепляют виноградный сахар, почему кислотность влагалищного секрета зависит от вирулентности микробов и количества и вида сахара. Кислота парализует гэмолитическую способность микробов. Если резистентных и вирулентных гэмолитических зародышей поместить в среду с виноградным сахаром, они не потеряют способности гэмолиза, так как образуют очень мало кислоты. Наоборот, нерезистентные авирулентные гэмолитические микроорганизмы эту способность потеряют, ибо, расщепляя сильно сахар, образуют много кислоты. Вирулентные и резистентные микроорганизмы гораздо слабее агглютинируются нормальной сывороткой, они более устойчивы к высокой температуре и в живом состоянии много меньше воспринимают в себя красящего вещества по сравнению с авирулентными нерезистентными зародышами. Эти наблюдения показывают, что микробы в вирулентном и резистентном состоянии отличаются особенной функцией. Однако, рассматривать эти микробы, как различные виды, нельзя, ибо вирулентность не является величиной безусловно постоянной.

А. Тимофеев.

81. *Отношения веса плода и плаценты* при различных условиях изучал Westermarck (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI) на материале в 20,000 случаев с применением математических формул и пришел к следующим выводам: вес плода при первых родах меньше, чем при последующих, и не зависит от возраста матери; плацента доношенных плодов весит в среднем 644,0 у мальчиков и 657,0 у девочек; отношение веса плаценты к весу плода у мальчиков равняется 1:5,47, у девочек — 1:5,17; вес плода прибывает быстрее, чем вес плаценты; число, определяющее пропорцию между весом плода и весом плаценты, увеличивается с возрастом матери, но не зависит от количества бывших беременностей; оно бывает больше при двойнях.

А. Т.

82. *Влагалищный стетоскоп для раннего диагноза беременности* предлагает Falls (Amer. Journ. of obst., v. 11, по Berich., Bd. X). Инструмент представляет комбинацию длинного деревянного стетоскопа со специальными трубками для выслушивания через влагалище. Стетоскоп приставляют к portio vaginalis и выжидают, когда плод в своих движениях обратится спинкой в сторону цервикального канала, т. е. тогда яснее всего слышны сердечные тоны. Таким путем удастся поставить точный диагноз беременности уже на 14—20-й неделе ее развития. Особенное значение метод автора имеет при дифференциальном диагнозе в случаях миом, осложненных беременностью.

А. Т.

83. *Диагноз ранней беременности*. Toucey (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI) среди различных признаков ранней беременности придает особое значение признаку Ladin'a, который позволяет диагностировать уже 5-недельную беременность. Описанный Ladin'ом феномен, как постоянное явление, наблюдается в ранних стадиях беременности и состоит в образовании круглой формы эластической зоны в середине передней поверхности матки, непосредственно над местом перехода маточного тела в шейку. Этот эластический участок с ростом беременности увеличивается, давая при исследовании ощущение флюктуации. В частности до 3-го месяца зона эта увеличивается эксцентрически в сторону дна матки и к этому времени охватывает почти всю переднюю поверхность последней. Если матка ретрофлексирована, указанное явление наблюдается на ее задней стенке. Признак Ladin'a характерен только для маточной беременности и отсутствует при эктопической.

А. Т.

84. *Специальные приемы при выслушивании живота беременной* предлагает Drosin (по Berich. ü. d. ges. G., Bd XI). Маточные шумы зависят от давления околоплодной жидкости, тонуса сосудов, матки и брюшной мускулатуры. Если положить женщину на несколько минут на бок, то на противоположной стороне маточный шум усиливается, или впервые появляется, если его не было слышно. Если аортальные тоны матери или маточные шумы заглушают сордечные тоны плода, полезно произвести аускультацию в Walcher'овском положении беременной. Другой метод усиления слышимости сердечных тонов плода состоит в том, что женщина после полного выдоха возможно долее задерживает дыхание, затем делает глубокий вдох и вновь выдох. Такой маневр повторяется 10—15 раз, причем получается обеднение плода кислородом, и сердечные тоны его становятся яснее.

А. Тимофеев.

85. *Внутривенные инъекции морфия для уменьшения родовых болей* рекомендует A u f e r m a n n (Zentr. f. Gyn., 1926, № 17). Раствор морфия вводится очень медленно. Для предотвращения слабости потуг полезно прибавление 0,1 гипофизина. Длительность действия достигает 3 часов. Ослабление потуг автор наблюдал лишь в тех случаях, где инъекции применялись за 1—3 часа до родов. Инъекции хорошо действуют на боли, зависящие от растяжения нижних отделов матки, но общая чувствительность сохраняется. Хорошо также эти инъекции купируют приступы печеночных и почечных коликов.

А. Т.

86. *Обезболивание родов*. H o r á l e k (по Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI) проводит его по видоизмененному методу G w a t h m e y 'я. В периоде раскрытия вводятся в клизму 4,0 хлорал-гирдата и 0,04 солянок. морфия в молоке. Если же боли не очень сильны, то применяют одну ампулу (2,2 к. с.) сомнифена и 2 к. с. 25% раствора сернокислой магнезии под кожу и одновременно 0,2 к. с. питуитрина. При раскрытии на 3 пальца вводится видоизмененная клизма G w a t h m e y 'я: chinini hydrobrom. 1,5, alcoholi + chlorof. p. narc. aa 10,0, aetheris p. narc. 70,0, ol. oliv. 50,0; эта смесь вводится в количестве 80—120 к. с. Если сон недостаточен, то каждый час вводят 2 к. с. 25% magnesiaе sulfur. и 0,2 к. с. питуитрина. Если наркоз слишком глубок, то применяют промывание recti и кофеин. Ускорение сердечных ударов у плода до 160 в мин., а равно и замедление их до 100 ударов не являются еще показаниями к наложению щипцов. На 45 случаев щипцы из-за слишком глубокого наркоза пришлось наложить один раз. Некоторые новорожденные рождались в легкой асфиксии. Противопоказаниями к наркозу служат: артериальная гипертензия, болезни печени, почек и легких, эклампсия, альбуминурия и желтуха.

А. Т. Мофеев.

87. *Пополнение околоплодной жидкости при преждевременном разрыве пузыря*. W i e l o c h (Zentr. f. Gyn., 1926, № 44), с успехом применив в 7 случаях рекомендованный B a u e r 'ом и P e t e r s 'ом метод введения в полость плодного яйца физиологического раствора при преждевременном разрыве пузыря, горячо рекомендует этот способ. При выполнении этого приема пользуются баллоном P e t e r s 'а, который представляет собою обыкновенный D ü h r s s e n 'овский метрейринтер, через проводящий рукав которого проходит вторая, более тонкая трубка, оканчивающаяся просветом на верхушке баллона. Баллон в свернутом виде вводится интравидеоамниально, как обыкновенный метрейринтер, и наполняется 500 куб. с. физиологического раствора; когда расправленный баллон затамponирует маточный зев, через вторую трубку при помощи шприца вводят в полость матки стерильный физиологический раствор; количество последнего не должно превышать 500 куб. с., чтобы не вызвать перерастяжения мускулатуры матки. После введения баллона схватки обычно улучшаются. Когда произойдет полное открытие, баллон изгоняется, и роды, в случае нужды, могут быть закончены поворотом и экстракцией. Показанием для применения этого способа автор считает раннее отхождение околоплодных вод, сопровождающееся осложнениями в виде: 1) слабости схваток, 2) выпадения пуповины, 3) выпадения ручки при затылочном предлежании, 4) заднетеменного вставления, 5) поперечного положения, когда воды отошли при малом открытии зева, 6) частичной ранней отслойки низко прикрепленной плаценты. Добавление жидкости имеет ту выгоду, что плод до полного открытия сохраняет свою подвижность, и, в случае необходимости поворота, последний выполняется легко. Сердечные тоны плода обычно после введения жидкости значительно улучшаются.

Е. Заболотская.

88. *Facies myomica*. H e r z f e l d утверждает (Zentr. f. Gyn., 1926, № 46), что женщины с миомами матки в большинстве случаев имеют особый, характерный для диагноза заболевания habitus, почему он считает возможным говорить о facies myomica. В большинстве случаев у больных наблюдается значительное отложение жира во всем теле. Это ожирение придает всей фигуре больной и в частности лицу типичную круглую форму. Что касается окраски лица, то здесь можно различать два оттенка: 1) гиперэмический и 2) анэмический. Первый встречается значительно чаще, причем окраска лица напоминает здесь ту, которая наблюдается при явлениях застоя в малом кругу кровообращения, что автор объясняет ожирением и известной функциональной недостаточностью миомактозного сердца. Анэмическая окраска лица наблюдается у тех больных, которые страдают сильными меноррагиями и у которых развивается хроническая анемия. В таких случаях лицо бывает анэмично-пастозным.

Е. Заболотская.

э) *Невропатология.*

89. *Происхождение спинномозговой жидкости.* F. Walter (D. Zeit. f. Nervenhe., Bd. 90; по реф. в Совр. Психоневр., т. III, № 3) находит, что прежнее учение о происхождении спинномозговой жидкости исключительно из сосудистого сплетения неправильно.—в отделении ее играют роль и др. элементы нервной системы, напр., мягкая оболочка и особенно мозговые капилляры. Спинномозговая жидкость, по W., есть смесь нескольких жидкостей, образующихся в различных отделах центральной нервной системы. P.

90. *Бактерицидность спинномозговой жидкости.* J osh y i r o I k e g a m i (Zeit. f. Immunit., 1926, Bd. 46) экспериментально убедился, что спинномозговая жидкость, человеческая и кроличья, обладает бактерицидным действием на различные виды бактерий (бб. тифа, паратифов А и В, b. coli и пр.). Носителями бактерицидных свойств ее являются или белки жидкости, или адсорбируемые белками вещества. Г.

91. *О вегетативных нарушениях при гемиплегии.* P é r i s s o n (Annales de Médecine, XX, 5, 1926) устанавливает два вегетативных синдрома при церебральной гемиплегии: паралитический синдром и синдром раздражения. Первый характеризуется гипертермией, повышением кровяного давления, увеличением осциллометрического индекса, уменьшением длительности «белого пятна» Hallion'a и L a i g n e l - L a v a s t i n e 'a, замедлением дермографизма, исчезновением пиломоторного рефлекса, гип—и анидрозом. Синдром раздражения характеризуется гипотермией, понижением кровяного давления, удлиннением периода «белого пятна», усилением дермографизма и пиломоторного рефлекса, гипергидрозом. Обычно через 1—3 мес. после начала гемиплегии паралитический синдром сменяется синдромом раздражения, в других случаях паралитический синдром остается (и при спастической гемиплегии). II. Русецкий.

92. *О гипертонии паркинсоников.* F r o m e n t в заседании Парижского О-ва Невропатологов 4 ноября 1926 г. коснулся в трех своих докладах некоторых сторон все еще неразрешенного вопроса о гипертонии при паркинсонизме. В первом докладе он устанавливает, что паркинсонизм порождает ацидоз. В других докладах он приходит к выводу, что ригидность мускулатуры и феномен „зубчатого колеса“ N e r g i представляют постоянные значительные колебания при исследованиях в зависимости от положения исследуемого больного, от его «дистазического состояния». При этом F r o m e n t отмечает, что ригидность и феномен зубчатого колеса изменяются в обратном смысле (усиление одного и ослабление другого феномена) при применении некоторых методов исследования (приподнимание на носках и др.). II. Русецкий.

и) *Венерология и дерматология.*

93. *Лечение сифилиса прививками малярии.* Указанный метод основан, как известно, с одной стороны на клинических наблюдениях старых авторов над благотворным влиянием на симптомы сифилиса острых лихорадочных болезней, в том числе и малярии, а с другой—на опытах W a g n e r 'a - J a u r e g g 'a с лечением прогрессивного паралича прививками малярии. Объективную оценку этого метода, имеющего целью достижение известного терапевтического эффекта, сколько профилактики метасифилиса, дает B e r d e (Dermat. Woch., 1926, № 39, поставивший опыты на 30 больных с первичным, вторичным и третичным сифилисом и tabes dorsalis. По мнению автора терапевтическое действие прививки малярии на первичный сифилис значительно сильнее всех других видов неспецифической терапии; вместе с тем он отмечает, что прививка только на короткий срок задерживает наступление симптомов вторичного периода. Весьма удовлетворительный эффект получается от этого способа и при различных формах вторичного сифилиса. Что касается рецидивов, то они наблюдаются в 20%, причем возникают уже спустя короткое время после окончания «маляризации» и отличаются значительной резистентностью по отношению к Vi и сальварсану. Удовлетворительные результаты автор наблюдал от лечения малярией и при третичном сифилисе. При tabes dorsalis происходит уменьшение болей и гастрических криз в то время, как другие симптомы поражения нервной системы остаются без изменения. На RW прививки малярии оказывают медленное действие. Прив.-доц. Н. Ясницкий.

94. *Интравенозные вливания хлористого кальция при гонорройных эпидидимитах и артритях.* L e f f и S p e n c e r (The Journal of Urology, 1926,

vol. XVI, № 4) применяли интравенозно 2% раствор хлористого кальция в количестве 25 куб. сит. при гонорройных эпидидимите и артрите. Под влиянием лечения больные с острым эпидидимитом в среднем уже через 6 дней могли приступать к исполнению своих служебных обязанностей, причем в большинстве случаев (17) для этого достаточно было одной инъекции, в меньшинстве (8) требовались 2—3 инъекции. У больных с артритом требовались также 1—2—3 инъекции и в среднем 6 дней лечения для восстановления работоспособности. Авторы считают желательными дальнейшие наблюдения в этом направлении.

Я. Д. Печников.

95. *Хронический кавернит, излеченный диатермией.* Консервативное и хирургическое лечение кавернитов, особенно гонорройных, до настоящего времени являлось весьма трудной задачей. Поэтому представляет интерес следующий случай Corbus'a (The Journal of Urology, 1926, vol. XVI, № 4): больной 56 лет, на 22-м году имел гоноррею, леченную в течение нескольких месяцев; потом—нормальная супружеская жизнь до настоящего момента, когда coitus стал затруднен вследствие искривления penis'a; констатирован инфильтрат кавернозных тел на 4 сант. впереди от корня penis'a; автор применил диатермию с двумя пластинчатыми электродами, охватывавшими место поражения, причем лечение продолжалось 2 месяца; в промежутках между сеансами диатермии 6-ой обкладывал penis мешками с горячей водой; к концу 2-го месяца осталась лишь мало заметная индурация, функция же члена восстановилась вполне.

Я. Д. Печников.

96. *Этиологическое значение расстройств вегетативной иннервации в дерматологии.* В обширной работе, посвященной этому вопросу, Brill (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 150, Hft. 3) подвергает критическому разбору учение о нейропатическом типе экзем. Подробно остановившись на методах фармакодинамического исследования вегетативной нервной системы и указав на зависимость некоторых форм экзем от habitus'a больного, автор приходит к следующим выводам: 1) исследование вегетативной нервной системы в преобладающим числе случаев обнаруживает ее лабильность в смысле ваготонии, которая должна рассматриваться, как вегетативный невроз; 2) изменение тонуса вегет. нерв. сист. находит свое выражение в ряде вазомоторных явлений со стороны сосудов кожи,—явлений, характеризующихся извращением нормальной сосудистой реакции; 3) параллельно с изменением в характере и силе дермографизма происходит изменение чувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам, а именно, ослабление дермографизма сопровождается повышением чувствительности к этим лучам; 4) как постоянное явление, при нейропатической экземе наблюдается понижение секреторной деятельности потовых желез; 5) у лиц, страдающих названным типом экземы, нередко обнаруживаются понижение кислотности желудочного сока и склонность к запорам, а также ортостатическая альбуминурия; 6) у этих больных преобладает астенический habitus.

Прив.-доц. Н. Яснитский.

### к) *Нозологии уха, носа и горла.*

97. *Поражение лицевого нерва при остром воспалении среднего уха.* Обыкновенно развитие паралича n. facialis при остром отите рассматривается, как показание к операции. Manasse (Deut. m. Woch., 1926, № 13) держится противоположного мнения и в доказательство приводит 2 случая этого осложнения, где паралич лицевого нерва прошел при консервативном лечении.

P.

98. *К терапии насморка.* Помимо обонятельной и дыхательной функции носу присуща еще функция секреторная. Всегда существующее выделение серозной и слизистой жидкостей в носу усиливается от разнообразных причин, подчас не имеющих никакого отношения к носу, но вызывающих в организме различные изменения, возбуждающие один и тот же центр, который посылает вазомоторный разряд, обуславливающий насморк. Следовательно, насморк есть процесс не местного, а центрального происхождения. Он, как проявление секреторной функции носа, предназначен для борьбы организма с различными заболеваниями и, в сущности, не представляет из себя болезнь, а только способ защиты организма посредством вазомоторного рефлекса. С точки зрения секреторной функции носа понятно наличие придаточных пазух. При подобном освещении вопроса надо допустить возможность поддержки имеющегося насморка или искусственного вызывания его с целями терапевтическими, что Ф. Н. Поляков (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 9—10) успешно и делал при заболеваниях гортани и уха. Конечно, насморк, как результат хирургических заболеваний носа, должен быть лечим соответствующими оперативными вмешательствами.

Б. Лебедевский.



99. *Зоб и рецидивирующий амигдалит.* Soler и Calderin (Anales de la Acad. Med.-chirurg. espanola, 1925, по реф. в Zentr. f. Chir.) на основании литературных данных приходят к заключению, что в этиологии зоба могут играть роль причины, лежащие вне щитовидной железы. Наблюдения и исследования Brown'a, Evans'a и Smith'a, Aubriot и Bonilla показали, что очень часто (в 90%, по Evans'у) миндалины могут служить входными воротами для различных тиреотоксикозов. Эта мысль прекрасно подтверждается следующим наблюдением авторов: девушка 20 лет, инфантильного типа, с детства страдавшая ангиной, за последние годы стала отмечать медленное увеличение объема шеи; месяц назад она вновь перенесла ангину, после чего ощупывание шеи стало болезненным; детальное исследование обнаружило у больной, кроме зоба, ряд явлений, указывающих на дисфункцию всего эндокринного аппарата, напр, повышение кровяного давления, диспепсию и т. п. Все эти расстройства, особенно увеличение щитовидной железы, авторы трактовали, как результат постоянных заболеваний миндалин, почему и удалили последние. Предпринятое через несколько месяцев исследование больной показало резкое улучшение: зоб исчез, кровяное давление пало до нормы, желудочные и нервные явления прошли, и больная прибыла в весе.

Л. Ратнер.

100. *Влияние гипертрофии глоточной миндалины на слепое пятно.* Учитывая литературные данные, что различные заболевания носа, носоглотки и глотки могут обуславливать заболевания зрительного нерва, М. И. Вольфович и А. Я. Самойлов (Жур. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 9—10) предприняли при аденоидных разращениях исследование слепого пятна, так как последнее позволяет уловить более тонкие изменения функции зрительного нерва. Величина слепого пятна определялась по методу кампиметрии (зарисовка поля зрения на черной плоскости, отстоящей от исследуемого глаза на 1 метр). Исследование производилось до операции аденотомии и через различные промежутки после нее. Всего было обследовано 55 человек в возрасте с 10 лет и выше. До операции было отмечено увеличение слепого пятна в 80%, причем увеличение было за счет вертикального размера и не зависело от величины аденоидов. При заболеваниях носа, сопровождающих обычно аденоидные разращения, из 32 больных имелось увеличение слепого пятна лишь у 6. Через различные промежутки времени после операции (30 мин.—1 день) в 95% случаев было отмечено стационарное уменьшение величины слепого пятна до нормальных размеров. Этот эффект авторы ставят в зависимость от операции, т. к. по их наблюдениям кокаинизация слизистой носа вызывает лишь временное уменьшение слепого пятна. Явление увеличения сл. пятна при аденоидах и быстрого уменьшения его после операции объясняется, по Uffenberg'у, тем, что при аденоидах весьма часто имеется реактивное воспаление слизистой задних придаточных полостей, обуславливающее застой в сосудах, перфорирующих костную стенку зрительного нерва. Результатом этого является сдавление волокон зрительного нерва отечной жидкостью. Небольшой отек, при отсутствии токсических продуктов, не ведет к серьезным нарушениям функции зрительного нерва и сетчатки. Аденотомия, устраняя причину отека, обуславливает стационарное уменьшение слепого пятна. Кокаин, временно сокращая слизистую и облегчая вентиляцию пазух, уменьшает отек и, временно, величину слепого пятна.

Б. Лебедевский.

## Рецензии.

*Медицинский Календарь (Спутник медработника) на 1927 г.* 3-е издание под общей редакцией А. С. Алуфа. Издание Ц. К. Медсантруд, 569 стр., цена 1 р. 90 к.

Наряду с обычными для справочников отделами, среди которых большое место занимают сведения по вопросам профессионального характера, Медицинский Календарь содержит обширный отдел санитарной гигиены и практической санитарии, отдельные главы которой написаны видными работниками Наркомздрава: А. Сынним, И. Добрейцером, Н. Кишкиным, В. Лебедевой, проф. С. Коршуном и др. Отдел этот дает ряд полезных цифровых данных и подытоживает состояние здравоохранения в стране в настоящее время; очень уместны краткие сведения о курортах и показаниях к ним, перечисление



многочисленных учреждений по усовершенствованию врачей, сведения об организации борьбы с социальными болезнями; между прочим имеется отдельная глава современной специфической профилактики скарлатины (проф. С. П. Коршун) и профилактики туберкулезных вакцинаций (В. А. Любарский).

Клинический отдел справочника содержит подробно составленный отдел о дозировке и применении лекарственных средств (что означает здесь звездочка, — не указано) и ряд обычных календарных сведений, необходимых врачу в его практической работе, между прочим отдел рецептных формул с терапевтическим алфавитным указателем и отдел терапевтической техники. Выгодное впечатление производят небольшие, сжатые обзоры новостей хирургии (проф. А. В. Мартынов), эндокринологии (проф. М. Сирейский), лекарственной терапии (проф. Д. Я. Российский), где упомянуты даже такие новейшие достижения, как применение инсулина при недиабетических заболеваниях, напр., энтероптозе и заболеваниях печени, лечение туберкулеза санокризином и т. д.

Книжка заслуживает больше названия справочника, чем календаря, имеет богатое содержание и, несомненно, полезна для каждого врача. Было бы желательно приложить к ней карту СССР.

Проф. Р. Лурия.

Проф. Н. П. Шавров. *Методика врачебного выписывания рецептов*. Иркутск. 1926. Изд. Науч.-Мед. Круга им. Мечникова. Цена 1 р. 60 к.

Более, чем когда-либо, является в настоящее время своевременным появление в печати такого руководства, как учебник проф. Шаврова по рецептуре. Благодаря ограничению программы преподавания на медицинских факультетах и лекционных часов по фармацевтической химии, фармакогнозии, рецептуре и фармакологии (1 час на все предметы), а также благодаря появлению на студенческой скамье слушателей, незнакомых с латинским языком, врачи последних выпусков не умеют составлять рецептов, что уже отмечено в литературе и циркулярах НКЗ. Просматривая рецепты молодых врачей, легко убедиться, что более или менее правильно выписанными оказываются только те из них, которые правильно выписаны у Рябова и в других подобного же типа справочниках; если же врач вздумает индивидуализировать данный случай, чего требует большинство пациентов, то мы сейчас же наталкиваемся на неумелое комбинирование лекарственных веществ как с точки зрения составления лекарственной формы, так и с точки зрения несовместимости входящих в нее препаратов. Подобного рода явления с несовместимостью указывают, что искусство писать рецепты и врачебное творчество у постели больного в данное время у нас стали на очень и очень низкий уровень. Проф. Шавров обратил должное внимание на данный пробел в познаниях современных молодых врачей и задался целью восполнить его своим руководством. Интереснее всего, что он приводит в своем учебнике латинский алфавит, правила произношения и правописания языка, а также краткие сведения из грамматики, без чего, конечно, нельзя написать рецепта на латинском языке. Главной целью его руководства, по словам автора, является — указать читателю главнейшие пути в способах выписывания рецептов и дать основные понятия о несовместимости лекарственных средств. Нет никакого сомнения, что всякий студент или врач, который надлежащим образом проштудирует данное руководство и разрешит вполне осмысленно вопросы, поставленные в отделе семинариев, действительно заложит в себе надлежащий фундамент и без всяких затруднений сможет выявить свои познания по фармакологии в совершенно правильной, научной форме у постели больного. Изложив общие принципы построения рецепта, допускаемые сокращения и правила дозировки, автор большую часть книжки посвящает описанию лекарственных форм, причем, детально останавливаясь на характеристике каждой из них в отдельности, он отмечает, в каких случаях эта форма применяется, какие преимущества и недостатки представляет, какими путями вводится в организм, какие лекарственные вещества принято вводить в данной форме. Крайне внимательно при этом он рассматривает различного рода детали, какие могут встретиться при прописи формы, предусматривая ошибки, допускаемые врачами в этом направлении, и приводя для иллюстрации своих положений всякий раз соответствующий образец рецепта. При вполне сжатом, но в то же время достаточно полном изложении материала, учебник написан ясным и простым, вполне научным языком, что, конечно, облегчает понимание и усвоение предмета. В итоге мы со своей стороны считаем нужным еще раз приветствовать появление в печати книжки проф. Шаврова и выразить свою радость тому, что у нас имеется руководство по данному предмету, которое мы можем с легким сердцем рекомендовать молодому поколению.

Проф. В. М. Соколов.

Н. В. Миртовский. *Материалы к учению о вегетативной нервной системе*. Саратов. 1926. 154 стр.

Работа автора, вышедшая из лаборатории крупного исследователя в области вегетативно-эндокринной системы, проф. А. А. Богомолова, представляет несомненный интерес и для клинициста. Автор приходит к выводу, что „способы возникновения и хода волокон путей в. н. с. в анатомическом смысле однородны“, с чем нельзя не согласиться. Далее, нельзя не согласиться и с тем, что для целого ряда органов антагонистической иннервации в истинном смысле слова не существует, и что в химизме секреторных процессов главную роль играет симпатический нерв. Ваготонию в чистой форме автор рассматривает, как гипосимпатикотомию. Экспериментальная методика, примененная им, безукоризненна, а полученные данные очень поучительны. В минус автору можно поставить его категорическое утверждение, что „система полосатого тела связей с корой не имеет“. Из работы видно, что он своих исследований в этой области не имеет, а между тем ему, как клиницисту, хорошо известен наш постулат в этом направлении (O. Vogt); исследования М. Минковского (из Цюриха) на *macacus rhesus* также устанавливают связь п. caudati и даже globi pallidi с корой. Непонятно, далее, о какой «аутохтонной?» реакции говорит автор? Во всяком случае работа заслуживает полного внимания невропатологов.

Проф. А. Фаворский.

Проф. Д. М. Российский. *Систематический Указатель русской литературы по эндокринологии и органотерапии с 1860 до 1926 г.* Гос. Изд. Москва. Цена 2 р. 50 к.

«Систематический Указатель русской литературы по эндокринологии и органотерапии» состоит из предисловия, содержащего весьма интересные указания относительно развития эндокринологии в России, алфавитного указателя русских авторов, указателя работ по эндокринологии и органотерапии, имеющих общий характер, и 20 отделов, включающих работы, имеющие преимущественное отношение к отдельным эндокринным железам. В „Указателе“ собраны работы русских авторов, помещенные только в русских медицинских журналах или изданные отдельно на русском языке. Количество этих работ за более, чем полувековой период времени (с 1860 до 1926 гг.), равняется 2091. Если вспомнить, что в III томе «Внутренней Секрции» Biedl'a (изд. 1922 г.), включающем указатель всей мировой литературы по внутренней секреции и содержащем на 480 страницах наименование многих тысяч трудов различных авторов, приведено всего только около четырех десятков работ русских авторов, изданных на русском языке, и если учесть то, что собрание русской медицинской литературы всегда сопряжено с затратой большого труда, то становится вполне очевидным, какой колоссальный труд и какое огромное количество времени затрачено проф. Д. М. Российским для составления его „Указателя“. Возможные при такой колоссальной работе пропуски отдельных работ русских авторов по внутренней секреции будут внесены, как это указано в предисловии, во второе издание этого ценного труда. Нужно приветствовать появление этого первого в России указателя русской литературы по эндокринологии, созданного долготелним и упорным трудом автора.

Прив.-доп. Н. П. Розанов.

Проф. А. М. Левин. *Введение в клинику внутренних болезней*. Ч. I. 343 стр., Гос. Издат. 1926 г.

Для развития клинического мышления, особенно начинающего терапевта, наряду с руководствами и учебниками патологии внутренних болезней очень полезно изучение клинических лекций, особенно старых учителей; не менее важно, при современных течениях терапевтической мысли, сопоставление синдромов, свойственных заболеваниям различных органов или их систем, в разрезе функциональных расстройств деятельности больного органа.

В первой части своего введения в клинику внутренних болезней один из старейших русских терапевтов, проф. А. М. Левин, именно в этом функциональном аспекте и излагает основные синдромы заболеваний сердца, сосудов, дыхательного аппарата и частию органов брюшной полости. Эта часть введения содержит следующие синдромы: сердцебиение, боли в области сердца, аритмии, слабость сердечной мышцы, застойные явления, гипертонию, растрояства дыхания, боли в груди, кашель и мокроту, кровохарканье и носовое кровотечение, брюшные боли, острый и хронический перитонеальный симптомокомплекс, энтероптоз, брюшные опухоли и т. д.

Не ограничиваясь семиотикой синдрома и дифференциальным диагнозом, автор в яркой и строго-объективной форме, сохраняя везде исключительную ясность изложения, рисует клиническую физиономию данного синдрома при заболевании

отдельного органа или системы органов. Значение синдрома наряду со своими многочисленными наблюдениями у постели больного автор крепко увязывает с патолого-физиологическим и анатомическим обоснованием клинической мысли, предпосылая некоторым синдромам, напр., расстройству сердечного ритма, целую главу из физиологии и патологии органа. Не перегружая читателя детальными литературными ссылками, автор всюду дает исчерпывающие указания на руководящие работы, как теоретические, так и чисто-клинические, причем наряду с работами и учением старых мастеров клиники читатель находит указания и на новейшие течения медицинской мысли.

Книга проф. Левина, в которой он приобщает читателя к своему огромному клиническому опыту, представляет, на наш взгляд, особенную ценность теперь, когда молодые поколения терапевтов нередко склонны предпочитать наблюдению самого больного результаты лабораторного анализа, когда механизирование клинического мышления силою и рядом отодвигает на задний план самое существенное и важное для врача—изучение клинической картины у постели больного.

В мастерском изложении автора уделяется должное место лабораторным методам, не исключая и новейших; напр., газации крови в легких (значению этого синдрома посвящается целая, правда, небольшая,—глава), но на первом плане остается подробное изучение синдрома в его клиническом проявлении у больного постоянно в тесной связи с динамикой клинической картины.

Излишне останавливаться на мелких недочетах книги, напр., на указании, что самой частой причиной язвы желудка является повышенная кислотность желудочного содержимого, на картине болей при гастралгии и *gastrosuccorrhoea*, несомненно отражающей современные взгляды на значение этих синдромов, и пр.; недочеты эти тем менее важны, что во второй части книги автор обещает дать более подробный разбор symptomatologiae заболеваний отдельных брышнных органов.

Автор правильно называет свою книгу—*„Lesebuch“*. Несомненно, каждый врач, и не только терапевт, с большой пользой и с немалым удовольствием, перечитывая эту интересную книгу, обогатит свое клиническое мышление, а пользуясь ею, как настольной книгой при изучении своих больных, найдет в ней полезного помощника как при решении диагностических задач, так и при определении прогноза у постели больного.

Проф. Р. Лурия.

Заслуж. проф. В. И. Разумовский. *Туберкулез и борьба с ним*. Научно-популярный очерк. 23 стр. Изд. Саратовского Гос. Университета. 1927.

Поразительное обилие материала, удерживаемое в столь малом объеме брошюры, словно „поверхностным натяжением“, исключительным талантом автора. В сущности говоря, перед нами конспект, отражающий почти с исчерпывающей полнотою основные данные по патогенезу, клинике, профилактике и лечению тбс. И все это так стройно, так просто рассказано, что может быть без особого труда усвоено любым грамотным человеком. С другой стороны, широко используя подстрочные примечания, автор дает в них ряд более углубленных научных сведений, почерпнутых из огромного собственного клинического опыта и мировой литературы (вплоть до 1926 г.), что делает брошюру очень ценной для врачей-неспециалистов, ориентируя их относительно современного состояния вопроса о тбс. Можно лишь пожелать, чтобы при следующем издании этой поучительной книжки издательство не поскупилося на более хорошую бумагу и отнеслось любовнее к техническим деталям, устранив, напр., режущие глаз неравномерные промежутки между строчками (стр. 16) и некоторые другие (правда, несущественные) корректурные небрежности.

Проф. М. Фридланд.

З. П. Соловьев. *Кружок первой помощи*. Изд. НКЗ РСФСР. Москва. 1927. 48 стр. с 8 рис. Цена 30 коп.

Современные технические военные средства несут непосредственную опасность не только фронту, но и глубокому тылу. Отсюда ясно, какое громадное значение имеет заблаговременная подготовка населения к подаче первой помощи и самообороне на случай войны, когда придется защищаться даже гражданскому населению против ранений и отравлений путем устройства убежищ, употребления защитных масок и одежды, охраны источников водоснабжения, пищевых продуктов и т. д. Знакомство с подачей первой помощи необходимо и в мирное время—при стихийных бедствиях, эпидемиях и различного рода несчастных случаях. Назрела необходимость широкой общественной организации населения в кружки и дружины первой помощи, создаваемые при ячеекх Кр. Креста, школах, вузах, на отдельных предприятиях, в деревне и вообще при всех больших коллективах. Руководство и обучение кружков и дружин—обязанность военных и гражданских врачей.



Типовая программа рассчитана на 16 двухчасовых занятий, проводимых,—преимущественно демонстративно и практически,—в течение 2 месяцев. Таковы основные положения брошюры. В заключение приведена программа для занятий. Последняя хорошо разработана и содержит указания на элементарные литературные источники. Было бы целесообразно, на наш взгляд, дополнить программу (3-го занятия) общими указаниями относительно травматических повреждений мышечной (растяжения, разрывы) и нервной системы (сотрясение мозга, повреждения периферич. нервов). В общем автором развита чрезвычайно важная идея, за осуществление которой необходимо, как можно энергичнее, взяться. Весьма ценные указания организационного и методического характера, данные автором, значительно облегчают указанную задачу. Прекрасный внешний вид брошюры вполне соответствует ее содержанию.

*М. Фридланд.*

М. Я. Карлин. *Аборт и его последствия до и после легализации.* Изд. П. П. Сойкина. Ленинград. 1926.

С точки зрения социальной проблема аборта была и в настоящее время,—может быть, более, чем когда-либо,—является злободневной. Всестороннее освещение этой проблемы, связанной с интимнейшей стороной жизни людей, с социально-бытовыми условиями и вопросами этики, может быть продуктом только коллективного творчества врачей, социологов и юристов. В ряде стран Европы делаются различные попытки разрешения этого вопроса; однако, жизнь, минуя все рамки юридических норм, идет, несомненно, в сторону массового увеличения плодизгнания. Современники не с состоянием дать должную оценку таким крупным явлениям. Единственно возможным и целесообразным является здесь беспристрастное накопление материала. В этом смысле книга д-ра К. представляет собою оригинальную попытку собрать материал не обычным статистическим, а анкетным путем, располагающим опрашиваемых женщин к откровенности. В ней обработан анкетный материал, обнимающий сведения о 1362 женщинах. На основании этого материала обнаруживаются резкое повышение количества выкидышей, резко выраженная тенденция женщин к „двухдетной системе“, меньшая плодовитость abortирующих женщин и опасность производства операции даже в больничной обстановке (вследствие скрытой гонорреи, не распознанной внематочной беременности, травматизации и т. д.). Во второй части книжки автор дает обзор существующих противозачаточных средств. В отношении аборта наиболее существенным является вывод автора, что „широкое и свободное производство abortов, угрожающее социальному строю государства и даже всему человечеству, должно быть строго ограничено наказаниями чисто-медицинского характера; социальные же наказания в производстве аборта должны применяться, как мера временная, т. е. до полного восстановления экономического положения нашей страны“. Книга написана в объективных тонах, простым и понятным для неспециалиста языком.

*Г. Вагит.*

## Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

*Общие заседания.*

Годичное заседание 27/1.

Почетный член Общества проф. В. С. Груздев, сообщив о недавно последовавшей смерти одного из старейших профессоров Медицинского Факультета Казанского Университета, А. А. Панормова, кратко охарактеризовал покойного, отметив особенно его редкую скромность и научную добросовестность.—По предложению проф. Г. собрание почтительно память покойного вставанием.

Проф. В. Л. Боголюбов произнес речь под заглавием: *Современное состояние хирургии сердца в связи с некоторыми взглядами на современную хирургическую науку.* Речь эта, вызвавшая бурные овации по адресу оратора, будет напечатана в ближайших №№ „Журнала“.

Секретарь Общества д-р А. И. Вылегжанин прочитал доклад о деятельности Общества за 1926 г., проф. В. С. Груздев сообщил данные о „Казанском Медицинском Журнале“ за отчетный год, казначей Общества д-р Блюмштейн—данные о финансовом положении Общества и „Журнала“, проф. М. О. Фридланд прочитал отчет ревизионной комиссии.

Произведены выборы Правления Общества, причем председателем избран проф. В. М. Аристовский, его товарищами—профф. И. П. Васильев и В. К. Трутнев, секретарями д-ра А. И. Вылегжанин, Н. И. Вылегжанин и А. Н. Сызганов, казначеем—д-р З. М. Блюмштейн (кроме того, Бюро Врачебной Секции предложено наметить кандидата в Правление Общества вместо д-ра Гордеева); далее, в ревизионную комиссию избраны прив.-доценты Н. В. Соколов и Н. Н. Яснитский и д-р Н. Н. Благовещенский, в редакционный комитет „Каз. Мед. Ж.“—отв. редактором проф. В. С. Груздев, секретарем редакции—д-р З. М. Блюмштейн и членами комитета профф. В. М. Аристовский, И. П. Васильев, Р. А. Лурия и В. К. Трутнев, в хозяйственный комитет „Журнала“—проф. М. О. Фридланд и д-ра З. М. Блюмштейн и В. В. Дьяконов.

### Хирургическая секция.

Заседание 21/1.

Д-р Б. Н. Лебедевский демонстрировал большую *после операции экстирпации опухоли задней стенки трахеи*. Операция произведена чрез разрез перстневидного и двух трахеальных хрящей. Опухоль представляла собою glandулярное разращение слизистой трахеи. Голос после операции восстановился.—Прения: д-р А. Н. Сызганов и проф. В. К. Трутнев.

Проф. П. А. Глушков демонстрировал больных (троих) *после пластики нижней челюсти по Дьяконову*. Во всех случаях анатомический и функциональный результат получился прекрасный.—Прения: д-р А. Н. Сызганов, протезисты Оксман и Золотарев и профф. Н. В. Соколов, В. К. Трутнев и М. О. Фридланд.

Д-р С. П. Яхонтов демонстрировал *семачку, извлеченное посредством трахеоскопии из трахеи ребенка 2 лет 8 мес.*

В административном собрании произведены пере выборы президиума секции на 1927 год. Избранными оказались: председателем—проф. В. Л. Боголюбов, его товарищами профф. Н. В. Соколов и М. О. Фридланд, секретарями прив.-доц. С. А. Флеров и д-р С. П. Яхонтов, казначеем д-р А. Н. Сызганов.

Секретарь прив.-доц. С. Флеров.

Заседание 2/II.

Председатель секции, проф. В. Л. Боголюбов, произнес *вступительное слово о ближайших задачах секции*.

Д-р М. С. Венецианова-Груздкова: *Случай осложнения после перитонзиллита* (флегмона шеи).

Проф. М. О. Фридланд: *К вопросу об эндокринном лечении спондилоза типа Pierrge-Marie-Strümpell-Бехтерева* (с демонстрацией больных). Демонстрированы были двое больных мужчин, 25 и 26 лет, которым (5 и 8 янв. тек. года) была произведена докладчиком операция удаления околощитовидных желез с левой стороны (предъявлены микроскопические препараты). Чрез 2 недели у одного из больных, с Бехтеревским кифозом, рост увеличился на 7 сент., а у другого больного, с spondylose rhizomélique (форма Strümpell-Pierrge-Marie) появилась подвижность в анкилотически сведенных тазобедренных суставах, и значительно увеличились углы движения в плечевых суставах. Кроме того у обоих больных появилась нормальная подвижность прежде неподвижной шеи.—В оживленных прениях по этому докладу приняли участие профф. Боголюбов и Глушков, д-ра Гусынин, Знаменский, Матвеев, Никифоров и Рыжих и прив.-доц. Флеров. Последний склонен отнести такие спондилозы к группе polyarthritus thyreotoxica Вельяминова и настоящий лечебный успех склонен приписать действию на щитовидную железу того раздражителя, который неизбежно представляет собою травма при удалении части эпителиальных желез.

Д-р В. А. Гусынин: *Демонстрация больного с пластическим восстановлением уха*. Для восстановления ушной раковины был взят с шеи лоскут по Филатову и затем реберный хрящ. Лоскут прижил хорошо. В дальнейшем требуются только некоторые исправления.—Прения: профф. Глушков и Боголюбов.

Д-р В. А. Гусынин: *Впечатления о минувшем Съезде Северо-Кавказских Хирургов*.

Секретарь прив.-доц. С. Флеров.



## Общество Невропатологов и Психиатров при Казанском Университете.

Заседание 10/XI 1926.

Проф. Т. П. Юдин произнес речь на тему: *Pinel и система неестественных в уходе за душевнобольными* (к 100-летию со дня смерти Pinel'я). Pinel в 1793 г. снял цепи с душевнобольных. Несмотря на непонимание его современниками того, что он считал необходимостью, он осуществил свою идею. Отстаивая свои взгляды, он явился в специальное заседание Конвента, сумел убедить его членов и добился своей цели. Pinel является вместе с тем первым, кто сделал возможным существование и развитие психиатрии, как науки.

Д-р мед. И. И. Русецкий сделал доклад: *Изменения объема работающей руки при церебральном гемипарезе и паркинсонизме*. Докладчик изучал плетизмографические кривые, полученные при сжимании и разжимании находящейся в плетизмографе кисти и отмечаемые пневматической капсулой на вращающемся барабане. Для сравнения кривых была выработана плетизмографическая шкала на основании колебаний объема во введенной в систему градуированной трубке. Всего таким образом было исследовано 6 здоровых субъектов, 5 больных с церебральным гемипарезом и 5 больных с паркинсонизмом. Плетизмограммы здоровых субъектов обнаруживали: уменьшение объема на 0,5—2,9 куб. см. в течение 0,5 сек. и дольше (быстрота движения) при сжимании кисти с медленным выравниванием его при разжимании; непосредственно после разжимания кисти происходило увеличение объема на 0,1—0,5 куб. см. с последующим уменьшением на 0,1—0,15 куб. см.; повторные сжимания давали постепенное увеличение объема на 0,25—0,6 куб. см. Плетизмограммы гемипаретиков давали более медленное уменьшение объема, не раньше, чем через 1 сек.; последовательного увеличения объема при повторных сжиманиях кисти здесь обычно не наблюдалось как на „больной“, так и на „здоровой“ стороне, равно как и при синкинетических движениях кисти „больной“ стороны; взамен этого наблюдалось уменьшение или сохранение одного и того же объема. Основными чертами плетизмограмм паркинсоников были: медленное уменьшение объема и отсутствие однотипности кривой при повторных сжиманиях кисти; на одной и той же плетизмограмме при повторных сжиманиях можно было отметить три различных типа: увеличение объема, уменьшение его и сохранение одного и того же объема. — Прения: профф. Юдин и Фаворский, д-ра Ворошилов и Чураев.

Д-р М. П. Андреев: *Дальнейшие исследования по вопросу о соотношении психического и соматического склада*. — В прениях по докладу участвовали д-р Русецкий и проф. Юдин. Секретарь О-ва Ворошилов.

## Заседания Научного Клуба при Рыбинской врачебной секции.

Заседание 29/XII 1926.

Д-р Бронников сообщил, с демонстрацией больного, об *оперированном им случае эхинококка печени*. Болезнь существовала в этом случае около 6 мес. При операции был применен способ Lindemann'a, измененный Тиховым. — В прениях были приведены случаи эхинококка плевры, и указано на необходимость, при подозрении на эхинококк, применять реакции Abderhalden'a и Kassini.

Д-р Ильинский сделал доклад о *Езде Венерологов в Казани*.

Заседание 12/I.

Д-р Б. А. Троицкий сообщил о *случае диафрагмальной грыжи*. Докладчик отметил чрезвычайную редкость случаев этого заболевания, в особенности тех, где диагноз поставлен прижизненно. Возникновение таких грыж зависит от наличия патологических дефектов в диафрагме и увеличения внутрибрюшного давления, чаще всего при какой-нибудь травме. Грыжевые отверстия чаще располагаются на границе между мускульной и сухожильной частью грудобрюшной преграды, причем наблюдались случаи, когда все внутренности брюшной полости выпадали чрез отверстие. Данный больной за несколько лет пред этим жаловался на диспептические явления. В октябре 1925 г. у него была кровавая рвота и кровь в испражнениях, что повторялось несколько раз. Рентгеновский снимок обнаружил тогда некоторую вялость желудка. В ноябре 1926 г. больной упал с телефонного столба на цистерну, ударился левой половиной груди и был доставлен в состоянии

шока; явлений разрывов внутренних органов у него не наблюдалось, но появилась кровь в мокроте, и имела место сильная рвота с болью в подложечной области. Рвота эта продолжалась и потом, несмотря на диетическую пищу. На рентгеновском снимке обнаружена диафрагмальная грыжа с выпадением в грудную полость слева почти всего желудка. Описав этот случай, докладчик остановился подробно на симптомах диафрагмальных грыж, отметив, как самый характерный, — изменение внутрижелудочного давления при дыхании.

Д-р С. С. Дмитриевский продемонстрировал рентгеновский снимок и самого больного.  
Секретарь Синакевич.

## Хроника.

43) Президиум ВЦИК утвердил представленный Совнаркомом РСФСР законопроект, согласно которому органам здравоохранения предоставляется право принудительного освидетельствования лиц, относительно которых есть основания предполагать, что они страдают какой-либо венерической болезнью в заразном ее периоде. Этот принудительный порядок применяется к лицам, отказывающимся подвергнуться освидетельствованию в добровольном порядке. Органам здравоохранения предоставляется также право принудительного лечения лиц, в отношении которых установлен факт заболевания венерической болезнью в заразном ее периоде. Принудительное лечение продолжается до тех пор, пока болезнь не перестает быть заразной.

44) Главсанупр предложил, 14 мая 1926, всем подчиненным ему ведомствам прекратить всякую оплату сверхурочных работ, выходных дней и пр., ссылаясь на то, что единым военным тарифом такие расходы не предусмотрены. ЦК, усматривая в этом прямое нарушение законов о труде, опротестовало циркуляр Главсанупра, и последний был отменен Наркомтрудом (Вест. Совр. Мед., 1926, № 12).

45) Согласно инструкции НКЗ следующие заболевания дают право на лишнюю комнату в квартире: тbc легких и пр. органов в активной форме, тяжелые расстройства дыхательных путей вследствие эмфиземы легких и астма, хронические тяжелые органические расстройства сердечной деятельности, беременность с момента освобождения от работы (согласно Кодексу законов о труде), сифилис I и II стадии на время заразных проявлений болезни, душевные болезни, тяжелые формы психоневрозов, эпилепсия, травматический психоневроз, психастения и сопровождающаяся потерей сознания и резко выраженными припадками истерия, каловые и мочевые свищи, а также недержание мочи и кала, злокачественные опухоли, множественные поражения кожи, гангрена и абсцессы легких, гангрена конечностей. Соответствующие удостоверения выдаются врачебно-контрольными комиссиями и диспансерами (Вр. Г., 1926, № 24).

46) НКЗ РСФСР предложил наркомздравам автономных республик и здравоохранения сделать заявки на места в институтах для усов. врачей в Ленинграде и Казани на очередной семестр с 1 марта (Вр. Г., 1926, № 24).

47) Сроки обучения в медицинских техникумах решено удлинить на полгода. Для акушерских техникумов срок обучения устанавливается в 3 года, для техникумов сестер — в 2½ года, для фармацевтических техникумов — в 3 года. Ускоренные курсы для аптечных работников будут длиться вместо 9 месяцев 1 год.

48) В связи с огульным запрещением частной фельдшерской практики в некоторых районах СССР ЦК Медсантруд обратился в Наркомздрав с указанием на нецелесообразность такой меры при остром недостатке квалифицированной врачебной помощи. В настоящее время Наркомздрав, по согласованию с ЦК союза Медсантруд, решил не допускать частной фельдшерской практики лишь в тех местностях, где население в достаточной мере обеспечено квалифицированной врачебной помощью. Там же, где такая помощь отсутствует, частная практика фельдшеров и фельдшерниц будет допускаться после проверки документов о квалификации и стаже этих лиц.

49) Президиум ЦК союза Медсантруд признал необходимым установить дополнительное вознаграждение для группы медработников, труд которых не поддается учету. К этой группе относятся заведующие лечебными учреждениями, директора этих учреждений и их помощники, заведующие хозяйством, санитарные

врачи и т. д., а также участковый квалифицированный медперсонал, труд которого из-за недостатка работников не может быть урегулирован. За неучтенный труд должна быть установлена дополнительная оплата к основной ставке в размере от 20 до 50 процентов, исходя из приблизительного учета работы. Кроме того, за неучтенный труд устанавливается добавочный отпуск до 1 месяца. Точный размер компенсации работников, труд которых не поддается учету, устанавливается в порядке коллективных договоров.

50) Центральной Комиссией по назначению персональных пенсий при Наркомсвязи РСФСР, между прочим, назначены пенсии след. научным работникам в области медицины и их семьям: семье  $\dagger$  проф. С. Д. Михнова (Воронеж)— $\frac{1}{2}$  академ. пенсии, семье  $\dagger$  проф. Н. И. Березнеговского (Томск)— $\frac{3}{4}$  пенсии, семье  $\dagger$  проф. В. И. Резина (Астрахань)— $\frac{1}{2}$  пенсии, проф. Н. А. Миславскому (Казань)—150 руб. в месяц, вдове проф. П. В. Буржинского (Томск)—35 руб.

51) Коллегией Наркомпроса одобрен 10-летний план восстановления I Московского Гос. Университета. Общая сумма расходов, которая потребуется на постройку новых зданий, закупку предметов оборудования и т. д., исчислена в 25 милл. рублей.—Приветствуя этот план, не можем не обратить внимания представителей власти на плачевное положение других ВУЗ'ов Республики, в том числе в первую голову—Казанского Университета. Последний еще до войны, по донесению б. попечителя К у л ь ч и ц к о г о, «представлял из себя развалину», а с тех пор его положение еще более ухудшилось. Дело дошло до того, что когда, в 1926 г., возник вопрос о праздновании 100-летнего юбилея гениального Л о б а ч е в с к о г о,—празднования этого едва не пришлось отменить, так как в актовом зале Университета обрушился потолок.

52) Общество Красного Креста в РСФСР с каждым годом все больше развивает свою деятельность. В настоящее время на территории РСФСР существует 231 учреждение Кр. Креста, работающее по линии охраны материнства и младенчества, борьбы с социальными болезнями, оказания врачебной помощи наименее интеллектам и пр.: кроме того по «службе здоровья» юных пионеров работает 71 первичный пункт, 162 детских площадки и 12 врачебно-профилактических кабинетов.

53) С I/III по I/VII 1927 г. организуются 4-месячные курсы по туберкулезу при Московском Тубинституте, Ленинградском и Казанском институтах для усов. врачей. Число курсантов в Москве 35 (20 со стипендиями), в Ленинграде 50 (15 со стипендиями), в Казани 30 (15 со стипендиями). На курсы принимаются врачи, имеющие не менее 3 лет клинического или госпитального стажа или 1 года работы в тубучреждении (Бюлл. НКЗ, 1926, № 24).

54) В наступившем году открываются курсы: по санитарному просвещению, 2-месячные, с I/IV, при Гос. Институте Соц. Гигиены в Москве, количество слушателей 60 (25 со стипендиями); по усовершенствованию суд.-мед. экспертов, с I/III, 4-месячные, при Ленинградском Институте для усов. врачей; по усовершенствованию глазных врачей, с I/III, 4-месячные, при Ленинградском и Казанском институтах для усов. врачей, число курсантов в Ленинграде 15, в Казани 20, все со стипендиями (Бюлл. НКЗ, 1926, № 24).

55) В конце мая или в начале июня тек. г. предполагено созвать в Москве IV Всесоюзный Съезд Детских Врачей. Съезд будет продолжаться 6 дней. Программные вопросы: 1) Активная и пассивная иммунизация при острых инфекционных заболеваниях у детей (скарлатина, дифтерия, корь). 2) Эндокринный аппарат и развитие ребенка. 3) Методика рационального вскармливания грудного ребенка. 4) Формы и клинические типы тbc поражения легких в детском возрасте. Доклады с положениями и подробными авторефератами должны быть доставлены не позднее I/III д-ру Н. И. Ланговому (Москва, Пятницкая, 65, кв. 8), членские взносы (5 руб.)—казначейу д-ру Г. Г. Шолле (Москва, Покровка, Б. Успенский пер., 5). При Съезде будет организована выставка.

56) Назначенный на 25/I 1927 г. врачебный съезд перенесен на 21/II 1927 г.

57) В Сталинграде открыт пятый в Союзе и второй в Поволжье Физико-Терапевтический Институт им. Семашко, оборудованный выписанными из Германии новейшими аппаратами, с пропускной способностью по 300 чел. в сутки.

58) Харьковская психиатрическая лечебница реорганизуется в Украинский Институт клинической психиатрии и социальной психогигиены.

59) Центральная курортная клиника Наркомздрава в Москве постановлением Совнаркома переименована в Государственный Центральный Институт курортологии, являющийся центром, объединяющим всю научно-исследовательскую работу на курортах через периодически созываемые научные конференции.

60) При Томском Физио-Терапевтическом Институте открылось отделение для лечения злокачественных новообразований радием (приобретено 50 mgr. бромистой соли) и рентгеном.

61) А. Абиндер, разбирая вопрос об академической подготовке молодежи по данным испытательных комиссий на страницах «Научного Работника» (1926, № 11), приходит к крайне безотрадным выводам. Особенно плохо подготовленными являются воспитанники школ 2-й ступени. К таким же выводам приходит и другой автор, П. П. Аносов, на основании своего опыта в качестве экзаменатора.

62) В психиатрическую лечебницу-санаторию д-ра Усольцева (в Петровском парке, в Москве) был помещен на излечение сотрудник Солесиндиката Макаревич. Через некоторое время М. был найден в санатории повесившимся. Жена М. предъявила к Усольцеву иск в размере разницы между получаемой ею сейчас пенсией от страхкассы и заработком мужа. На основании судебной экспертизы, данной видными московскими профессорами, суд пришел к заключению, что умерший М. был болен неизлечимым органическим психозом, что трудоспособность его не могла быть восстановлена, и что, следовательно, он не мог являться для семьи лицом, дающим средства к существованию. Суд поэтому отказал М. в иске, несмотря на то, что Усольцевым действительно не было принято достаточных мер по надзору за душевнобольным. Верховный суд согласился с выводами губсуда и утвердил решение без изменений, оставив кассационную жалобу М. без последствий.

63) 4 декабря истекшего года Уфимское Общество Врачей в торжественном заседании чествовало своего бессменного председателя д-ра мед. Дмитрия Ивановича Татаринова по поводу 25-летия его научной врачебно-общественной деятельности. Родившись в 1877 г., Д. И., по окончании курса в Московском Университете в 1901 г., посвятил себя хирургии и был последовательно ординатором, а затем ассистентом в клинике проф. Дьяконова. Здесь им был написан целый ряд ученых трудов, доставивших ему степень д-ра мед. и звание приват-доцента. В 1912 г. Д. И. вынужден был оставить клинику и переселиться в Уфу, где и по настоящее время работает в Терапевтической больнице, так как заболевание глаз лишило его возможности работать в области хирургии. Русским хирургам имя д-ра Т. особенно известно, благодаря предложенному им, вместе с д-ром Заблудовским, способу дезинфекции рук спиртом и танином.

64) 24 декабря (ст. ст.) 1926 г. исполнилось 50-летие врачебной деятельности ветерана земской медицины в б. Казанской губ., д-ра Николая Викентьевича Ковалевского, ранее около 40 лет прослужившего в Козмодемьянске (ныне Марийской обл.), а теперь живущего в Спасске (Тр.). Редакция «Каз. Мед. Ж.» просит уважаемого юбиляра принять ее искренние поздравления с днем полувекового служения врачебной науке и родине.

65) 30 января в Перми состоялось торжественное чествование заведующего Пермским Городским Родильным домом и преподавателя Пермского Медтехникума д-ра К. П. Звягина по поводу исполнившегося 35-летия его врачебной деятельности.

66) Саратовское Общество Невропатологов и Психиатров имени Л. О. Даркшевича 16 января, в годичном своем заседании, чествовало своего председателя, проф. Н. Е. Осокина, по поводу исполнившегося 25-летия его врачебно-научной и преподавательской деятельности.

67) В ноябре истекшего года исполнилось 45-летие литературной, врачебной, научной и общественной деятельности редактора журнала «Практический Врач», д-ра С. Б. Оречкина. Редакция «К. М. Ж.» сердечно поздравляет маститого юбиляра и желает ему еще много лет столь же успешно, как и ранее, работать на поприще медицинской литературы.

68) В 1926 г. исполнилось 60-летие со времени изобретения максимального термометра, изобретенного Ehrlich (ум. в 1917 г.) (Моск. М. Ж., 1926, № 12).

69) 22 мая 1926 г. происходило чествование крупнейшего из современных французских физиологов Ch. Richet по случаю 50-летия его научно-преподавательской деятельности.

70) В виду недостатка врачей во французских колониях туда назначаются русские врачи-беженцы, которым запрещена практика во Франции и которые ведут там тяжелое существование. В частности, 16 русских врачей-беженцев назначены во Французскую Западную Африку и 8—в Экваториальную Африку. Врачи эти должны будут состоять под наблюдением французских врачей, не имеют права



частной практики и будут получать лишь по 15.000 франков в год, что, при низком курсе франка, является очень небольшим вознаграждением (Клин. Мед. 1926, № 12).

71) Во Франции правительство решило выдавать каждой семье, имеющей 4 детей моложе 18 лет, 300 франков пособия ежегодно; на каждого следующего ребенка будет отпускаться еще 366 франков пособия (Ж. для усов. вр., 1926, № 11).

72) Число врачей в Германии в 1926 г. было 44,615, т. е. 8 врачей на каждые 10,000 жит. Около  $\frac{2}{5}$  этого числа составляли врачи-специалисты. Женщин-врачей в этом числе было 1627 (Пр. Вр. 1926, № 12).

73) В Берлине скончался проф. Eberth, открывший в свое время возбудителя брюшного тифа.

74) В Вене недавно покончил самоубийством, в возрасте 50 л., бывший профессор Венского Университета, известный биолог Р. Каммергер. Убеденный марксист и материалист, он в последние годы подвергался нападкам со стороны представителей разных оттенков витализма. Спасаясь от последних, он переехал в СССР, где устраивал лабораторию при Комакадемии в Москве. В Вене он был в отпуску (Клин. Мед., 1926, № 12).

75) По сведениям, помещенным в «Днепр. М. Ж.» (1926, № 11—12) курение табаку детьми приняло в Голландии ужасающие размеры, —30% мальчиков курят уже в возрасте до 6 лет!!

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ \*).

1) Через сколько времени после произведенного аборта в 1½—2 мес. наступает полная регенерация слизистой оболочки матки (или: возможна ли регенерация слизистой матки на 6-й день после аборта)? *М. Клячкин.*

**Ответ.** Насколько мне известно, исследований, точно устанавливающих ход обратного развития матки и, в частности, регенерации ее мукозы после абортов, — не имеется; после срочных родов, как это устанавливает одна из наиболее солидных работ по денному вопросу, принадлежащая W o r m s e r 'y (Arch. f. Gyn., Bd. 69), полная регенерация слизистой происходит лишь к концу 3-й недели после родов; однако а) сам W o r m s e r отмечает, что в различных случаях процессы регенерации разыгрываются с различной быстротой; б) можно думать, что после искусственного аборта, произведенного путем выскабливания, регенерация мукозы может идти быстрее, ибо тот слой deciduae, который после родов обычно омертвевает и отторгается (на что требуется 4—5 дней), здесь удаляется кюреткой; в) по J u n g 'y и E i s e n r e i c h 'y (D ö d e r l e i n 's H a n d b. d. G e b., 1924) после отторжения поверхностного, некротизирующегося слоя deciduae разрастание эпителия идет так быстро, что часто уже через 6—8 дней после родов на всем протяжении маточной полости образуется новый эпителиальный покров. Проф. В. Груздев.

2) Возможно ли теоретически и наблюдалось ли практически (имеются ли литературные данные) прикрепление плодного яйца в шейке матки? *М. Клячкин.*

**Ответ.** Если относить к шейке матки и т. н. isthmus A s c h o f f 'a («нижний сегмент маточного тела» по прежней номенклатуре), то имплантация плодного яйца здесь наблюдается нередко, —такой именно имплантацией и объясняется происхождение, если не всех, то многих случаев предлежания последа. Если же иметь в виду лишь прививку яйца в собственно-цервикальном канале (ниже isthmus'a), то такие случаи описаны в литературе лишь единицами, хотя все же описаны. Проф. В. Груздев.

3) Может ли последовать гнойный перитонит, как следствие аборта, без каких-либо изменений в матке и параметриях? *М. Клячкин.*

**Ответ.** На этот вопрос следует ответить отрицательно. Проф. В. Груздев.

4) Какие последствия или результаты могут получиться от приема рег ос на молоке терапевтического туберкулина D e n i s или старого туберкулина K o s c h 'a в дозе, предназначенной для подкожного впрыскивания и даже в двойной—тройной? *Н. Л—н.*

\*) *От редакции.* По желанию целого ряда подписчиков открываем этот отдел, прося подписчиков обращаться в редакцию с теми вопросами, на которые бы они желали получить ответы специалистов.



5) Существуют ли туберкулиновые препараты для внутреннего употребления с целью терапии и, если существуют, то какие и где их можно достать?

*Н. Л—н.*

**Ответ** (на вопросы 4 и 5). Различные препараты туберкулинов применяются только перкутанно, интракутанно и субкутанно, а также с диагностической целью при офталмореекции.

*Проф. В. Аристовский.*

6) Чем объяснить фармакотерапевтический эффект инъекций 5% раствора пептона при астме и мигрени?

*Н. Л—н.*

**Ответ.** Эффект этот связывается с десенсибилизирующим действием данного препарата при указанных заболеваниях, поскольку при последних идет дело об аллергическом состоянии организма.

*Проф. В. Аристовский.*

7) При каких еще заболеваниях применяются такие инъекции?

*Н. Л—н.*

**Ответ.** Пептон, наравне с другими высшими дериватами белков и белковыми телами, применяется при тех разнообразных заболеваниях, где имеются показания к применению протеинотерапии.

*Проф. В. Аристовский.*

8) Есть ли показания для обтирания детей, страдающих корью, раствором уксусной кислоты, какая концентрация более рекомендуется для этой цели, и какие противопоказания существуют для применения таких обтираний?

*Зав. лечотделом НКЗ'а Чувашской А. С. Республики Кузнецов.*

**Ответ.** Показание к обтиранию детей, страдающих корью, раствором уксусной кислоты может возникнуть при высокой  $t^{\circ}$  тела больного, причем обтирание имеет целью понизить  $t^{\circ}$  и освежить больного. Применяющийся обычно для этой цели уксус содержит около 6% уксусной кислоты. Противопоказанием могла бы явиться разве только субнормальная  $t^{\circ}$  тела больного.

*Проф. Е. Ленский.*

## Письма в редакцию.

*Глубокоуважаемый тов. редактор!*

Прошу не отказать в любезности поместить в Вашем уважаемом журнале нижеследующее письмо:

Всем редакциям и издательствам медицинской периодической и неперидической печати в СССР.

*Глубокоуважаемые товарищи!*

В прессе неоднократно отмечались трудности учета издающейся в СССР медицинской литературы, в частности периодической. До сего времени мы не имеем точных цифр выходящих у нас журналов, я уж не говорю о неперидической мед. печати (книги, брошюры, санитарно-просвет. издания). До сих пор такие учреждения, как Центр. Книжная Палата РСФСР и Центр. Мед. Библиотека НКЗ в Москве, не имеют возможности полностью учесть всех мед. изданий по всему Союзу.

Принимая во внимание всю важность учета издающейся в Союзе медлитературы как для истории развития медицинского издательства, так и для истории медицины вообще,—я обращаюсь с просьбой ко всем редакциям и издательствам медицинской печати дать следующие сведения:

**По периодической мед. печати, издававшейся в 1926 году.**

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1) Название журнала.             | 2) Тираж.                          |
| 2) Периодичность выхода.         | 3) Адреса издательства и редакции. |
| 3) Колич. вышедших №№ за 1926 г. |                                    |

**По неперидической печати, изданной в течение 1925 и 1926 г.г.**

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| 1) Автор.                                      | 2) Тираж.                   |
| 2) Название книги, брошюры, листовки, плаката. | 3) Объем в печатных листах. |
|  | 4) Адрес издательства.      |

Сведения эти войдут в систематический список русской периодической и неперидической медицинской печати, который будет опубликован в мед. прессе.

Сведения прошу направлять по адресу: Москва, Солянка, 12, ЦК Медсантруд, ред. журн. „Вестн. Современ. Медицины“, Е. И. Кватеру.

Примите уверения в глубоком уважении Е. И. Кватеру.

P. S. Убедительная просьба к редакциям других журналов перепечатать означенное письмо.

**ПОПРАВКА.** В реферате № 50 (№ 1 Журнала“ за тек. г.), где говорится об установлении расы у людей по М а н о й л о в у, имеется ссылка на реакцию последнего, описанную в реферате № 348 за истекший год. Между тем эта последняя реакция предложена М а н о й л о в ы м для определения пола, для определения же расы людей М а н о й л о в предложил (Munch. m. Woch., 1925, № 51) реактив, состоящий из постепенно прибавляемых 1% спиртового раствора метиленовой синьки, 1% спиртового же раствора Kressylviolett, 1/2—1% раствора AgNO<sub>3</sub>, 40% раствора HCl и 1% водного раствора KMnO<sub>4</sub>.

**ОПЕЧАТКИ** в статьях проф. В. Л. Боголюбова „В. П. Разумовский“ и проф. М. О. Фридриха „Новый способ артродеза плечевого сустава“ (К. М. Ж., 1927, № 1):

			<i>напечатано</i>	<i>следует</i>		
стран.	7	строка	14	снизу	Ch.	z. f. Ch.
”	9	”	7	сверху	Riedinger	Riedinger
”	10	”	2	сверху	Травматический	Травматологический
”	10	”	18	снизу	главные	новые
”	13	”	4	снизу	невысоко	высоко
”	15	”	21	снизу	Правления Мед. Ф-та	Правления и Мед. Ф-та
”	15	”	6	снизу	дело грядущих	дело для грядущих
”	16	”	5	снизу	первых	своих.
”	80	”	20	сверху	„subacromial’ный“	„subacromial’ный“
”	81	подпись под рис. 1.			„слева круглый опил, справа“	„справа круглый опил, слева“

## Златоустовский Окргдравотдел приглашает на службу:

### В г. Златоуст:

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

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

Одного педиатра, оклад 110 рублей.

Двух педологов в оборудованную профамбулаторию, оклад 110 руб.

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

### В рай.медучастки:

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

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

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

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

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

### В сельские районы (на оклад 120 рублей):

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

## ОТКРЫТА ПОДПИСКА на журналы в 1927 г.

Во Владивостоке с 1922 г. издается медицинск. журнал „Известия Общества Врачей Южно-Уссурийского края“, выходящий выпусками в 2 печатных листа раз в 2 месяца. Подписная плата на 1927 год с пересылкой 3 р. 60 к., отд. номер 60 к. Адрес редакции: Владивосток, Посьетская, 39. Просьба ко всем медиц. издательствам обмениваться изданиями.

Ежемесячный журнал **СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ**, посвященный вопросам психиатрии, невропатологии и смежных областей, под редакцией проф. В. М. Гаккебуша (Киев) и проф. Б. Н. Маньковского (Киев) (год издания 3-й). Цена по подписке на год 12 руб., на полгода 6 руб. Цена отдельного номера 1 р. 50 к., двойного—2 р. За границу—7 долларов. Допускается рассрочка в 2, 3 и 4 срока. Адрес редакции: Киев, ул. Гершуни (б. Столыпинская), № 15, кв. 8, проф. В. М. Гаккебуш. Оставшиеся комплекты журнала за 1925 и 1926 год продаются и высылаются редакцией по требованию наложенным платежом по 10 р.

**Журнал для усовершенствования врачей**, ежемесячный орган, посвященный вопросам практической и теоретической медицины, издается в Ленинграде при Государственном Клиническом Институте для усовершенствования врачей. Ответственный редактор проф. С. А. Бруштейн. Члены редакции: профессора Л. В. Блуменау, К. Н. Георгиевский, П. Н. Диатроптов (Москва), К. Э. Добровольский, П. Н. Петров, Д. Д. Плетнев (Москва), Л. А. Тарасевич (Москва) и Ф. Я. Чистович. Журнал ставит себе целью прийти на помощь русскому врачу, стремящемуся пополнить знания, знакомя его с новейшими достижениями в области медицины. В течение 1927 года подписчики получают: 12 книг журнала убористой печати и 6 бесплатных приложений: Б. Н. Хольцов, проф. Лечение мужской гонорреи.—А. Э. Мандельштам, прив.-доц. Современные биолого-химические методы исследования в гинекологии и акушерстве.—А. А. Немилов, прив.-доц. О свободной пересадке органов и тканей.—Б. М. Бродерзон. Интофорез. Под ред. проф. С. А. Бруштейна.—В. И. Феоктистов. Избранные отделы физики для врачей.—I. Schnarreg, проф. Расстройства кровообращения. Общая патология и терапия. Подписная цена на год с дост. и пер. 10 руб., на 6 мес. 6 руб. Допускается рассрочка: при подписке 3 р., к 1 мая 4 р., к 1 сентября 3 р. Групповая подписка по 1 руб. в месяц с подписчика, с покрытием до 1-го ноября 1927 г., при условии подписки на год и непосредственно в Гл. Конторе «Журнала для усовершенствования врачей», Ленинград, Кирочная, 41.

Ежемесячный журнал **МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ УЗБЕКИСТАНА** (объединившийся с Медицинским Журналом). Журнал субтропической, лечебной и профилактической медицины. 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 и монографиям в виде отдельных приложений. Ответственные редакторы: Замнаркомздрава д-р Ю. В. Левит, проф. А. Д. Греков (от Наркомздрава), проф. А. П. Крюков, проф. П. П. Сятковский (от Науч.-Мед. Об-ва). Подписная плата на 1926-27 год (по октябрь)—5 руб., цена отдельного номера 75 коп. Адрес редакции: Ташкент, ул. Кафанова, 81, Краевой Бактериологический Институт.

### Поступил в продажу 6-й выпуск серии монографий Медицинского факультета I МГУ.

С. А. Селицкий «Эклямпсия в клиническом отношении». 400 стр. с 84 таблицами. Цена 3 р. 50 к. Склад издания: I Моск. Гос. Университет, Моховая, 11. Выписывающие со склада за пересылку не платят.



ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ РТУТНО-КВАРЦЕВОЙ ЛАМПЫ  
ФОТОКВАНТИМЕТР изготавливается монопольно для всего СССР  
ФИРМОЙ „И. И. МАРКОВ“  
СКЛАД ОПТИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ  
Ленинград, пр. 25 Октября, 78. Телефон № 161-99.  
Иногородные заказы высылаются наложенн. платежом.  
===== ЦЕНА РУБ. 27. с пересылкой. =====

# Medizinische Literatur

Bücher und Zeitschriften in deutscher, englischer,  
französischer und italienischer Sprache liefert nach der  
U. d. S. S. R.

## HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

Kostenlose Zusendung von Katalogen auf Wunsch  
Geldübersendungen erfolgen durch die Gosbank zur weiteren  
Überweisung auf das Konto der Hirschwaldschen Buchhandlung  
bei der Garantie- und Kreditbank für den Osten Berlin NW7

Возможна корреспонденция на русском языке

## HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

Berlin NW7, Unter den Linden 68

Gegründet 1816







XXШ год

издания

## ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

XXШ год

издания

## КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ В 1927 г.

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

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

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

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

**В предстоящем 1927 году**

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

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

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

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

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

Подписная цена на „Журнал“ (с приложениями) остается прежняя, т. е. 6 руб. на год (12 №№), 3 руб. 50 коп. на 1/2-года (6 №№). Для годовых подписчиков допускается рассрочка в два срока (при подписке—и к 1 июня—по 3 руб.) и три срока (при подписке—к 1 апреля и к 1 августа—по 2 руб.).