

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

1926 г.

(Год издания XXII).

№ 9.

С е н т я б р ь.

КАЗАНЬ.
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Самарской Железнодорожной Терапевтической больницы.

Два случая *situs viscerum inversi* *)).

С. В. Кауфмана.

Превратное положение внутренностей у животных известно еще со времен Аристотеля. У человека первый такой случай был занесен в печать в 1643 г., а описан Riolan'ом в его *Opuscula anatomica* в 1652 г. В 30-х годах прошлого столетия Saint-Hilaire насчитывает уже 50—60 таких наблюдений и дает следующее, очень характерное определение данного порока развития: „Все органы, как грудные, так и брюшные, как парные, так и непарные, располагаются обратно сравнительно с нормой,—все те, которые лежат обыкновенно на правой стороне, ложатся на левую; располагающиеся же на левой переходят на правую, причем все вместе они представляют точное зеркальное изображение грудных и брюшных внутренностей человека“. В 1865 г. Грубер (*Du Bois-Reichert's Arch.*) насчитал уже 70 описанных случаев, а за время с 1865 г. до 1900 г. было описано их еще около 60. Наконец, до последнего времени всего в литературе описано до 230 случаев превратного положения внутренностей. В России, по статистике Покровского, до 1906 г. было описано 28 случаев данной аномалии, из них на русском языке 19, причем первый случай русской литературы был обнаружен при вскрытии и описан проф. Буяльским в 1829 г. Насколько редко встречается указанная аномалия, видно из того, что проф. Батуев у *situs inversus* встретился всего один раз на 3300 вскрытых им трупов. В Ленинградской Военно-Медицинской Академии за 100 последних лет описаны только 2 случая разбираемой аномалии.

Перемещение внутренностей может ограничиваться одним каким-нибудь органом, чаще всего сердцем, или той или другой группой их; наконец, все органы брюшной или грудной полостей могут оказаться перемещенными. В 90% перемещение касается как грудных, так и брюшных органов, в 10%—одних брюшных, кроме *oesoph.*, *colon ascendens* и *colon descendens*. В 75% далее перемещенными бывают органы обеих полостей, и только в 25% перемещается часть внутренностей, остальная же находится на нормальном месте. Чаще всего отступления от полного перемещения наблюдаются в органах иного эмбриологического порядка. По *Gutmann's situs viscerum inversus* чаще наблюдается у мужчин, чем у женщин.

Как относиться к такому извращению в положении внутренностей? Нужно ли считать его уродством? Мнения по этому поводу различны. *Küchenmeister* в своей монографии „*Die angeborene vollständige seitliche*

*) Сообщено, с демонстрацией больных, в Научном Обществе врачей г. Самары и на конференции врачей Самарского ж.-д. узла.

Verlängerung der Eingeweide“ предлагает считать полное извращение положения внутренностей разновидностью развития, а не уродством, и называть его *situs viscerum rarior* в противоположность нормальному, *situs viscerum solitus*. Другие авторы как *Quin*, *Müller* и пр., все случаи этой аномалии относят к порокам развития.

Для объяснения происхождения *situs inversi* предложено много различных теорий. *Virchow* в 22-м томе своего „*Archiv'a*“ объясняет встретившийся ему случай извращения положения внутренностей скручиванием пупочного канатика вправо (считая от плода). Но *Neugebauer* нашел в 38 случаях такого скручивания расположение внутренностей совсем не извращенным; кроме того, история развития показывает, что скручивание пуповины происходит гораздо позднее, когда расположение внутренностей уже является законченным.

Rindfleisch дает разбираемому явлению следующее объяснение: всякий столб жидкости, протекающий по упругой трубке под сильным давлением, претерпевает спиральное скручивание; то же происходит и в кровеносной системе зародыша,—первичный сердечный мешок спирально скручивается слева направо, а верхушка его направляется влево; в зависимости от этого находится расположение всех остальных внутренностей; если же первичное скручивание сердца произойдет вправо, и верхушка его направится вправо, то получится *situs inversus*, иногда же только *dextrocardia*.

По *Martinotti* и *Lochte* образование различного рода расположений внутренностей зависит от вен пупочно-канатиково-брыжжечных и пупочных: по мере развития зародыша вены эти на правой стороне исчезают, а левые остаются; если же остаются правые вены, то прежде всего получается поворот сердца в смысле обратного строения, а затем постепенно и обратное размещение всех прочих органов. Этой теорией полный *situs inversus* объясняется легко, но значительно труднее объяснить ее извращение частичное.

Küchenmeister полагает, что обратное размещение внутренностей зависит оттого, какое место зародыш занимает на поверхности яйца: если он развивается на верхнем полюсе, то получается обыкновенное размещение внутренностей, если же он оказывается на нижнем полюсе или на боковой поверхности, то этим дается толчок к обратному расположению.

Если мы посмотрим на непарные внутренние органы при нормальном их положении, то будет видно, какие из них имели в период развития преобладающее значение в деле распределения всех других, так как в этот период органы перемещаются, смещая друг друга путем противодействия и оттягивания в свою сторону связанных с ними. Наиболее важную роль в этом отношении играет печень, смещение которой в правую сторону является главным механическим моментом для перемещения связанных с нею непарных органов. Как известно, печень развивается в виде выпячивания из лежащей по средней линии кишечной трубки, с которой она связана желчным протоком. При передвижении вправо она оттягивает вправо часть кишечника, а именно, будущую *duodenum*. Благодаря своему разрастанию вверх, она отдавливает, затем, влево другую часть первичной кишечной трубки, которая растягивается в виде желудка. Отодвинутый влево желудок тянет за собой нижнюю часть пищевода и

связанную с большой кривизной селезенку. В связи с большей величиной правой доли печени, правый свод диафрагмы стоит выше левого на один межреберный промежуток, правое легкое укорачивается книзу, но становится шире, а сердце смещается влево, куда отклоняется и его верхушка. То обстоятельство, что именно печень играет такую роль в перемещении всех других внутренностей, объясняется ее ранним развитием и быстрым ростом: у человеческого зародыша уже на 3-й неделе утробной жизни, когда он имеет в длину всего 2,5—3 мм., печень, по мнению Brotha's, уже представляет собой орган весьма заметный. Такая величина в свою очередь объясняется тем, что через печень проходят к сердцу вены последовательных периодов кровообращения.

Смещение печени именно вправо происходит из-за односторонних механических воздействий с левой стороны. Воздействия эти возникают после обособления зародыша при помощи перехвата от остальной части яйца, превращающейся в желточный пузырь. По мере углубления перехвата связь с желточным пузырем делается тоньше, и зародыш делает поворот нормально в левую сторону и ею ложится на желточный пузырь. Этот последний давит на левую сторону зародыша и вызывает прежде всего смещение большой, лежащей срединно и наиболее близко к передней стенке живота, печени. Если же зародыш повернется в противоположную сторону, то и распределение внутренностей будет обратное.

Какова же причина поворота зародыша, и почему он происходит именно в левую сторону? Раньше печени развивается сердце, первоначально в виде зачатков, которые вначале 3-й недели утробной жизни сливаются между собой в орган, имеющий форму трубки. При быстром росте трубка эта изгибается и превращается в петлю, имеющую переднее колено артериальное и заднее—венозное. Переход между коленами, т. е. верхушка петли, направляется вниз и, встречая на месте соединения зародыша с желточным пузырем препятствие, отклоняется обычно вправо, зародыш же, чтобы уступить ей место, отклоняется по продольной оси в левую сторону. Таким образом видно, что первоначально правостороннее положение занимает сердечная петля, которая вызывает поворот зародыша влево и смещение поэтому печени вправо. Печень же, войдя в связь с венами, благодаря этому быстро увеличивается и смещает не только органы, о которых уже шла речь выше, но и лежащее над ней сердце в левую сторону.

Dareste объясняет это механическим влиянием правого сердечного зачатка, большего по величине; если же получит преобладание левый сердечный зачаток, то поворот всей сердечной петли произойдет влево, и таким образом, путем соответствующих перемещений, возникает situs inversus. Большая величина правого (resp. левого) сердечного зачатка, по Dareste'у, зависит от неравномерного нагревания зародыша, как это пытались доказать в своих опытах Fol и Warinsky.

Такова одна из главнейших теорий, предложенная сначала Бэром и развитая затем Förster'ом и Dareste'ом. Этой теорией объясняют, между прочим, случаи обратного расположения внутренностей, наблюдавшиеся у сросшихся близнецов, а именно у правого, так как его зародыш ложится своей правой стороной на желточный пузырь, и таким образом получается обратное расположение внутренностей. Eichenwald и Taepfer, исследовавшие в 1871 г. сямских близнецов, нашли впрочем,

что обратное расположение имел как раз левый из них; в 1893 г. Fraser также нашел *situs inversus* у левого близнеца, а некоторые авторы, напр. Lochte, вообще не нашли означенной аномалии у исследованных ими сросшихся близнецов. Ahlfeld полагает, что, если близнецы значительно удалены один от другого и могут беспрепятственно прилегать к желчному пузырю, то и внутренности их будут иметь нормальное положение.

Все, что говорилось до сих пор о смещении внутренностей, не относилось к слепой кишке, а также к *colon ascendens et descendens*. Положение слепой кишки может не соответствовать как правильному, так и неправильному размещению других внутренностей. Перемещение ее в эмбриональной жизни очень сложно, причем часто встречаются остановки на том или другом месте по пути перемещения кишки, причем остановки не влекут за собою перемещения других органов. Первоначальным местом положения слепой кишки у зародыша является левая подвздошная ямка, где соесум возникает путем выпячивания из первичной кишечной петли; затем, благодаря вращению этой петли, она передвигается вверх и вправо через среднюю линию и ложится тотчас под печенью с правой стороны. В этом положении она также может задерживаться. С V месяца утробной жизни соесум начинает опускаться на свое обычное место. Одной из наиболее частых причин задержек передвижения слепой кишки является, по Testut, слишком раннее исчезновение ее брыжжейки. С другой стороны некоторую роль играет здесь, повидимому, и печень, которая при своих передвижениях увлекает, хотя и не всегда, первичную кишечную петлю и вместе с нею соесум.

Изолированные положения других органов,—желудка, печени, сердца и пр.,—зависят, повидимому, от неправильностей развития, происходящих в более поздний период, чем образование полного извращения.

Несмотря на большое количество теорий, предложенных для объяснения данной аномалии, остается совершенно неясным, почему происходит то или другое уклонение, влекущее за собой извращение положения. Наследственность, повидимому, здесь роли не играет, так как, напр., Ruppert в 1883 г. описал случай рождения ребенка с *situs inversus* от совершенно нормальных родителей, а с другой стороны Gutmann, в 1876 г., описал рождение нормального ребенка от матери, у которой было констатировано извращение положения внутренних органов.

При исследовании случаев *situs inversi* было нераз отмечено искривление позвоночника (сколиоз) влево, в противоположность нормальному искривлению вправо. Bichat объясняет это тем, что мышцы левой стороны преобладают в своем развитии, но Sabatier, в 1791 г., дает совсем иное объяснение этому факту: в развитии организма неоднократно отмечается влияние расположения сосудистой системы на искривление частей тела, в данном случае позвоночника; так как нормально аорта лежит влево от позвоночника, то и нормальный изгиб его получается вправо, при *situs inversus* же получается обратное, так как аорта лежит справа от позвоночника. Bouvier, Böhling и Грубер поддерживают мнение Sabatier. Отмечено также, что большинство из описанных лиц с *situs inversus*—правши. В литературе есть один интересный случай, описанный Nogaуо, когда больной, имевший обратное размещение внутренностей и правша, в детство был левшей. Интересно также

аналогичное наблюдение P o s s e l t'a, у которого больной с situs inversus, правша имел, однако, по динамометру левую руку более сильную, чем правую. Отсюда видно, что преобладание в развитии мышечной системы в одной половине тела не зависит от положения внутренностей, а стоит в связи с преобладанием в развитии и функциях полушария большого мозга противоположной стороны, привычка же владеть той или другой рукой зависит как раз от преобладания мышц той или другой половины тела.

Перехожу теперь к описанию собственных случаев.

С л у ч а й I. Большой В., 27 лет, спешник, поступил в больницу с жалобами на приступы малярии, которые начались у него три недели назад. Никаких других жалоб не было.

Больной происходит из здоровой семьи, родителей своих не помнит, так как они умерли, когда ему было 3 года. У него есть взрослые брат и сестра, которые никаких ненормальностей внешне не представляют. В. женат, имеет 3 детей, дети живы и здоровы. По роду занятий он крестьянин, с 1915 г. до 1920 г. был на военной службе, в 1920 г. заболел тяжелой формой цинги и был освобожден от военной службы, с 1922 г. служит на железной дороге. Никаких жалоб, которые-бы указывали на какие-нибудь изменения во внутренних органах, он не высказывает. Из прежних болезней отмечает только цингу. Венерических болезней не было.

Больной среднего роста, правильного телосложения, слегка ослабленного питания. Левое плечо стоит чуть выше правого, левая ключица—тоже. Позвоночник в грудном отделе имеет изгиб в левую сторону. При дыхании обе половины грудной клетки расширяются равномерно. При перкуссии грудной полости, мною было обращено внимание, что притупления на месте обычного положения сердца не было, при выслушивании же сердечных тонов на нормальном месте, в V межреберье, на 1½ пальца кнутри от l. mammillaris sin., было констатировано почти полное отсутствие тонов. По мере приближения к грудине тоны становились все яснее, лучше же всего они выслушивались в V межреберье на 1½ пальца кнутри от соска (правого). Границы абсолютной сердечной тупости: верхняя—V ребро, правая—на 1½ пальца кнутри от соска, нижняя—V межреберье, левая—l. sternalis dextra. Сердечный толчок глазом не виден. При ощупывании находится в V межреберье, на 1½ пальца кнутри от правого соска. Звук над полудунным пространством T r a u b e, которое находится справа, притупленно-тимпанический. При выслушивании сердца тоны глуховаты, акцентов нет. Пульс ритмический, синхроничный на обеих руках, слабого напряжения и удовлетворительного наполнения. Кровяное давление, определенное прибором R i v a - R o s s i по слуховому методу Короткова на правой art. brachialis, max. 95, min. 65, на левой art. brachialis, max. 95, min. 70. Состояние левого легкого не дает никаких оснований для подобного смещения сердца. На месте обычной сердечной тупости ясный легочный звук. Нижняя граница правого легкого по l. parasternalis—V ребро, по l. mammillaris—V ребро, по l. axillaris—VIII ребро, по l. scapularis—X ребро. Левое легкое по l. parasternalis—VI ребро, по l. mammillaris—на VI же, по l. axillaris—на VII, по l. scapularis—на IX. При выслушивании и выстукивании на месте прилегания легких к грудной клетке никаких уклонений от нормы не замечается. При исследовании органов брюшной полости найдено: перкуторно селезенка в правом подреберье, верхняя граница ее по l. axillaris—IX ребро, нижняя граница—XI ребро, кзади тупость селезенки доходит до l. axillaris posterior. Нижний край селезенки ясно прощупывается, плотен, слегка болезнен. Печень перкуторно в левом подреберье, тупость ее начинается по l. parasternalis с VI ребра, по l. mammillaris—тоже, по l. axillaris—с VIII ребра, по l. scapularis—с X, по средней линии тупость печени на 2 пальца ниже мечевидного отростка, правая граница печени на 2 пальца правее. Пальпацией печень не определяется. Определение положения желудка, путем толчков после дачи больному ½ стакана воды, дало шум плеска справа от средней линии. Пульсация брюшной аорты определялась с большим трудом справа от позвоночника, Раздувание толстых кишек баллоном дало несовсем ясную картину, но показало, что вздутие начинается в левой подвздошной области; это указывало на то, что соесит находилась именно там. При выслушивании акта глотания, происходящие при нем шумы были слышны громче справа от остистых отростков грудных позвонков, чем слева; это указывало, что пищевод также перемещен и опускается по правой стороне позвоночного столба. Половые органы больного были нормальны,—

только правое яичко оказалось лежащим ниже левого. При рентгеноскопии оказалось, что положение сердца соответствовало данным перкуссии, т. е. сердце было расположено справа, причем верхушка его была обращена вправо. Желудок лежал справа, большая кривизна его была обращена в правую сторону, форма нормальна. Диафрагма с обеих сторон оказалась стоящею высоко, слева все же выше, чем справа. Подвижность диафрагмы с обеих сторон была достаточна. В легких рентгенизация дала нормальную картину,—лишь слева было получено несколько теней от бронхиальных железок.

Случай II. Второй аналогичный случай полного обратного размещения внутренностей наблюдался мною в той же больнице несколько месяцев спустя. Больной 27 лет, поступил также с приступами малярии. В смысле расположения внутренностей он оказался вполне тождественным с вышеописанным. До того, как ему было сказано в больнице о перемещении внутренностей, он ничего о своем пороке развития не подозревал. Был на военной службе. У этого больного обследованы мной 3 брата и 1 сестра, но отклонений от нормы у них не обнаружено. Отличается второй больной от первого тем, что у него левая рука по динамометру оказалась сильнее правой, хотя в то же время он являлся правшей. С этого больного была также снята рентгенограмма.

D-r S. W. Kaufmann (Samara). 2 Fälle des Situs viscerum inversus.

In beiden Fällen wurde diese Anomalie bei jungen (27 J.) Männern vorgefunden, welche sich an ärztliche Hilfe wegen der Malaria wendeten und keine andere Klagen vorgezeugt hatten. In dem einen und anderen Falle war sie nicht nur mittels Palpation, Perkussion u. a., sondern auch röntgenologisch festgestellt.

О лейкоцитарной формуле.

Лаборанта В. Б. Бланка.

Кровь является одним из наиболее тонких и чувствительных показателей, указывающих на функциональное состояние организма, отображающих картину борьбы его с внедрившимися вредностями и его реактивную способность. Подробное изучение картин красной и белой крови открывает перед нами возможность не только диагностической оценки состояния кроветворной ткани, реакции ее на вредное начало, но и возможность прогностической оценки состояния и развития защитных сил организма в деле освобождения организма от болезнетворных влияний.

Много внимания уделялось и уделяется изучению морфологии и количественных отношений одной из составных частей крови—белых кровяных телец. Количественное состояние последних варьирует в зависимости от продуктивной деятельности кроветворной ткани с одной стороны и потребления их—с другой. Та или другая степень лейкоцитоза может быть результатом обильного образования их и значительного расходования, что бывает при тяжелых инфекциях, а также слабого образования и слабого расходования—при легких инфекциях. С другой стороны энергичная защитительная реакция организма при благоприятно протекающих инфекциях даст такой же значительный лейкоцитоз, как и резкое токсическое воздействие на кроветворную ткань при неблагоприятно протекающих тяжелых инфекциях. Следовательно, при диагностической оценке степени лейкоцитоза необходимо помнить, как указывал Naegeli, что степень лейкоцитоза обуславливается не только тяжестью заболевания, но и реактивной способностью кроветворной ткани.

Количественное изменение лейкоцитов в сторону увеличения их при гнойных заболеваниях установлено было еще Curschmann'ом и затем подтверждено целым рядом авторов (Sonnenburg, Küttner, Rankow, Sauerbuch, Kohte, Blumenthal, Zangemeister и др.). По Curschmann'у уже одно насчитывание лейкоцитов в числе 25.000 позволяет заподозрить нагноительный процесс, в особенности в более позднем его течении. В настоящее время не подлежит никакому сомнению важность определения лейкоцитоза, как одного из показателей состояния защитных средств организма против инфекции.

Я считал-бы здесь уместным,—в виду существующих несколько сбивчивых обозначений увеличения или уменьшения количества лейкоцитов,—предложить более определенную классификацию лейкоцитов. Различные авторы различно обозначают состояние лейкоцитов. Нормальное количество последних в крови обозначается обыкновенно словом „лейкоцитоз“ в то время, как этимологически равнозначущее слово „лимфоцитоз“ обозначает увеличение количества лимфоцитов; с другой

стороны для обозначения уменьшения количества лейкоцитов употребляются терминны „гиполейкоцитоз“ и „лейкопения“, являющиеся синонимами. Еще более усложнили терминологию Holzer и Schilling, которые предложили называть нормальное количество лейкоцитов (6—8.000) — нормолейкией, количества от 8 до 10.000 — гиперлейкией и количества выше 10.000 — лейкоцитозом; далее, количество от 4 до 6.000 — гиполейкией, а ниже 4.000 — лейкопенией. Я опускаю здесь крайне сложную классификацию Arneeth'a. Во всех этих обозначениях не принимается в расчет вид лейкоцитов, и нет определенной системы в присвоении названия тому или другому состоянию числа последних.

Предлагаемая классификация в существенном сводится к следующему: под термином „лейкоцитоз“ понимается состояние лейкоцитов, независимо от их вида, увеличения или уменьшения количества; иными словами лейкоцитозом называется количество лейкоцитов в данной крови. Далее, согласно имеющимся пяти классам лейкоцитов, обозначение состояния каждого класса — также независимо от вида, увеличения или уменьшения количества — должно быть: 1) лимфоцитоз, 2) моноцитоз, 3) нейтроцитоз, 4) эозиноцитоз, 5) базоцитоз. Все эти обозначения, повторяю, относятся только к состоянию той или другой формы. Что касается увеличения или уменьшения количества лейкоцитов вообще, или той или иной их формы в частности, то к началу обозначения прибавляется частица „нормо“ — при нормальном количестве, „гипер“ — при увеличении количества, „гипо“ — при уменьшении, и „а“ — при полном отсутствии. Таким образом нормальное количество лейкоцитов обозначается термином „нормолейкоцитоз“, увеличение — „гиперлейкоцитоз“, уменьшение — „гиполейкоцитоз“ и т. д. Увеличение против нормы количества нейтрофилов — „гипернейтроцитоз“ (раньше нейтрофилия), моноцитоз — „гипермоноцитоз“ и т. д.

Таковыми обозначениями, этимологически равнозначущими, сразу и определенно создается понятие об увеличении или уменьшении лейкоцитов того или другого вида их. Тот же принцип можно применить при обозначении увеличения или уменьшения количества красных кровяных телец (гиперэритроцитоз и гипэрэритроцитоз).

Что касается качественного изменения состава лейкоцитов, то еще Schindler обратил внимание на то, что при некоторых инфекциях, наряду со зрелыми элементами лейкоцитов, в периферической крови появляются элементы, отсутствующие в норме и представляющие более молодые формы, причем он вывел заключение, что колебание в количестве этих незрелых форм может служить критерием токсического раздражения кроветворной системы, в данном случае костного мозга. Изучая не только количественные отношения, но и морфологический состав лейкоцитов, Schindler пришел к выводу, что при инфекционных заболеваниях изменения картины крови могут проявляться не только в количественных колебаниях лейкоцитов, но и в качественном составе их, — что на основании изучения качественного состава можно вывести более широкие заключения, чем при определении исключительно количественного состава, и что появление молодых форм в периферической крови объясняется истощением запаса зрелых форм и усиленной продуктивной деятельностью кроветворной ткани, причем падение количества лейкоцитов на высоте развития инфекции, наряду с появлением молодых форм, является тяжелым диагностическим признаком.

Arne'th'y принадлежит заслуга более точного изучения изменений нейтрофильной картины крови при патологических условиях, особенно при инфекционных болезнях. В своей тщательно и кропотливо составленной монографии и в других работах этот автор, подробно изучая строение и форму ядер, преимущественно у нейтрофильных лейкоцитов, пришел к заключению о громадном значении в жизни организма появления при инфекционных заболеваниях в периферической крови молодых форм лейкоцитов. Он положил в основу своих выводов утверждение, что более слабый полиморфизм ядра свидетельствует о более молодом возрасте клетки, и что присутствие в периферической крови большого числа клеток с неразвитым ядром указывает на повышенное потребление более зрелых, полиморфно-ядерных форм. На этом основании он разделил нейтрофильные лейкоциты на различные подвиды в зависимости от степени дельчатости и числа фрагментов ядра. При окраске мазков Arne'th употребляет триада Ehrlich'a, который недостаточно ясно дифференцирует ядерный абрис и тонкие мостики между отдельными фрагментами ядра, в силу чего Arne'th разделил лейкоциты в зависимости от количества отдельных ядер; так, для нейтрофилов он различает пять классов клеток и каждый класс в свою очередь разделяет на несколько подклассов, так что в крови здорового человека определяется до 20 видов лейкоцитов.

Мнение, что далеко зашедший полиморфизм ядра является признаком полной зрелости клетки, разделяется большинством авторов, но большому сомнению подвержено положение, что двусегментные лейкоциты моложе 3-сегментных, 4-сегментных и т. д. Parrenheim думает, что полисегментированное ядро возникает в подробностях своего строения так же одновременно, как и ядро с 2—3 сегментами (Крюков).

Появление при патологических условиях более юных форм с менее развитым ядром обозначается Arne'th'ом, как сдвиг влево, и увеличение числа лейкоцитов того или другого класса трактуется им, как определенный диагностический симптом. Теория Arne'th'a, связанная с важными в клиническом отношении предпосылками о функциональном состоянии костного мозга при лейкоцитозах или лейкопениях, вызвала большое количество проверочных исследований, из которых часть (Kohle-Sonnenburg, Paulicek) подтверждала заключение Arne'th'a, другая отрицала основной ее принцип (Broug'sch-Schilling, Politzer и др.) (Крюков). Особенно горячими противниками теории Arne'th'a выступили Michaelis, Grawitz и др.

Каковы, — спрашивается теперь, — особенности зрелых форм?

Признаками зрелости полинуклеарного лейкоцита являются ясно выраженный полиморфизм ядра, уплотнение ядерной субстанции и более грубая хроматиновая сеть, интенсивно красящаяся, а также уменьшение ядро-протоплазменного отношения, т. е. уменьшение объема ядра по отношению к объему протоплазмы. С другой стороны, чем менее сложна форма ядра, чем более оно приближается к округлой форме, чем нежнее становится его хроматиновая сеть и больше ядро-протоплазменное отношение, тем более молодой экземпляр мы перед собой имеем. Образование более сложных и сегментированных форм из более простых не подлежит сомнению.

По Heidenhain'y дифференцирование округлых ядер в фрагментированные происходит под влиянием т. наз. органических лучей, рас-

пространяющихся от центриоль к поверхности клетки. Крюков предполагает, что усложнение формы ядра в основе имеет физиологическую необходимость увеличения поверхности соприкосновения между веществом ядра и протоплазмы. Усиление обмена между ядром, при его полиморфизации, и протоплазмой, по наблюдениям некоторых авторов, не остается без влияния на усложнение формы ядра. Целый ряд авторов, как Усков, Löwit и в последнее время Weidenreich, трактует полиморфизацию ядра, как признак дегенерации; но эти воззрения не встречают сочувствия, и в настоящее время большинство придерживается мнения, что полиморфизация ядра является нормальным процессом созревания полинуклеарного лейкоцита.

В связи с возрастными различиями клеток и на основании различных форм ядра V. Schilling установил новые градации полиморфно-ядерных нейтрофилов, значительно более простые, чем у Arneith'a. Рядом остроумных и подробных исследований он подтвердил принципиальное клиническое значение метода Arneith'a, но значительно упростил и видоизменил регистрацию. Именно, он разделил нейтрофильные полинуклеары на 4 класса: 1) миелоциты, 2) юные формы, 3) палочкоядерные и 4) сегментоядерные. К последним относятся все нейтрофилы, части ядра которых где-либо имеют нитевидные соединения, среди которых различают истинные нити, которые действительно разделяют сегменты, от более широких мостиков, которые представляют более случайное сужение ядерного тела. Остальные несегментированные формы распадаются на следующие группы: клетки с вполне зрелым, иногда особенно темным, плохо обрисованным или расплывающимся ядром в виде подковы, буквы S, или клубка с более или менее широкими перетяжками,—палочкоядерные нейтрофилы; широкое колбасовидное ядро без перетяжек характеризует юные формы, и, наконец, миелоциты обладают круглым или овальным ядром, иногда со вдавлением.

Нормальная кровь содержит 4⁰/₀ палочкоядерных и 63⁰/₀ сегментоядерных форм. Увеличение числа палочкоядерных и появление юных форм и миелоцитов обозначается, как сдвиг влево.

Способ Arneith'a является в высшей мере кропотливым и требующим значительной затраты времени. Принцип классификации Schilling'a значительно проще и может быть введен в обиход клинических методов исследования, хотя он встречает некоторые возражения. Дело в том, что безупречная элективная окраска кровяных мазков в повседневной лабораторной практике является всегда достижимой, форма и строение ядра выявляются всегда с достаточной определенностью в каждом лейкоците, и, рассматривая недостаточно распластанное ядро, приходится тратить много времени и труда на распутывание ядерного узла и выявление посредством вращения микрометрического винта действительной конфигурации ядра, вследствие чего подсчет отдельных сегментов, как справедливо указывает Крюков, легко становится приблизительным и произвольным.

Сущность и значение сдвига влево сводится к установлению помолдения крови, как показателя усиленной работы кроветворных органов. Произведя большое количество подсчетов лейкоцитарной формулы по Schilling'у, я на основании своего материала пришел к выводу, что разделение нейтрофильных полинуклеаров на 4 класса по этому автору,

быть может, является в некоторых случаях методом, не оправдывающим затраченного на него времени. Полинуклеары эти можно разделить на 2 больших, различающихся между собою, группы, — на нейтрофилы с компактным ядром, обладающим более нежной хроматиновой сетью, овальной, круглой, бобовидной формы и формы с более глубокими вдавлениями, образующими более или менее широкие мостики между частями ядра, и нейтрофилы с фрагментированным ядром, где последнее хорошо и сильно красится и состоит из отдельных фрагментов, чаще соединенных тонкими нитевидными мостиками, реже совершенно обособленных. В первую группу входят, по классификации Schilling'a, первые три класса, а именно миелоциты, юные формы и палочкоядерные, во вторую — сегментоядерные.

Нормальное отношение нейтрофилов (в дальнейшем, как мы предлагали выше, мы будем их называть нейтроцитами) с компактным ядром к нейтроцитам с фрагментированным ядром равно 4:63, т. е. из 67% нейтроцитов 4% в норме приходится на нейтроциты с компактными ядрами и 63% — на нейтроциты с фрагментированными ядрами. Эти числа соответствуют формуле Schilling'a. Следовательно, нормальный нейтроцитарный показатель равен 4/63 или 0,06. В дальнейшем я остановлюсь на том, насколько приемлемо высчитывание лейкоцитарной формулы в процентах.

При инфекционных заболеваниях токсическое раздражение кровеносной ткани вызывает, как было указано, гиперпродукцию и появление в периферической крови более молодых элементов, обладающих компактным ядром, и это помолодение крови выражается в повышении процента содержания их выше нормы, что квалифицируется, как сдвиг влево.

Таким образом в некоторых — и притом, быть может, многих случаях — для определения сдвига влево достаточно определения лейкоцитарной формулы подсчитываем только двух групп нейтроцитов: с компактным и фрагментированным ядром и выведением нейтроцитарного показателя. Такое упрощение техники, не нарушая ни в чем существенном оценку картины крови, даст возможность значительно ускорить процесс подсчитывания формулы и, главное, даст возможность работникам с малой гематологической подготовкой пользоваться таким крайне важным диагностическим подсобным средством, как установление сдвига нейтроцитарной картины влево.

Для иллюстрации приведу пример трактовки картины по Schilling'у и по упрощенному способу.

По V. Schilling'у.

Заболевание	Количество лейкоцит.	Базофилы.	Эозинофилы.	Нейтрофилы.				Лимфоциты.	Моноциты.	Заключение.
				Миелоциты.	Юные.	Палочкояд.	Сегментояд.			
Sepsis	15.000	—	1	1	15	25	40	14	4	Гиперлейкоцитоз. Сдвиг до миелоцитов. Нейтрофилия. Гипэозинофилия.
				81						

По предлагаемому способу:

Заболевание	Лейкоцитоз.	Базоцитоз.	Эозиноцитоз.	Нейтроцитоз.		Лимфоцитоз.	Моноцитоз.	З а к л ю ч е н и е.
				С компактн. ядром.	С фрагмент. ядром.			
Sepsis	15.000	—	1	41	40	14	4	Гиперлейкоцитоз. Гипэозиноцитоз. Гипернейтроцитоз. Резкий сдвиг. Нейтроиндекс = 1. Гиполимфоцитоз. Нормомоноцитоз.
				81				

Holzer и E. Schilling рекомендуют степени сдвига влево и повышение коэффициента сдвига различать по степеням, причем нормальное отношение равно 0,06—0,1, сдвиг 1-ой степени 0,11—0,25, 2-й степени 0,26—0,4, 3-ей степени выше 0,4.

Обычным способом подсчитывания лейкоцитарной формулы является вычисление процентного отношения различных классов лейкоцитов один к другому. В редких случаях употребляется способ определения лейкоцитарной формулы в абсолютных цифрах. Между тем процентное отношение различных форм друг к другу не дает иногда нам исчерпывающего представления о состоянии кроветворных систем, что в конечном счете является наиболее существенным для диагноза. Если, с одной стороны, при инфекционных заболеваниях типа пневмонии, роже и пр. появление в крови миелоцитов указывает на начинающуюся несостоятельность кроветворных органов в деле образования защитительных клеток вследствие повышенного требования на них, то, с другой стороны, понижение количества лейкоцитов при заболеваниях, сопровождающихся гиполейкоцитозом, как малярия и брюшной тиф, следует отнести на подавление функциональной деятельности и недостаточную реакцию гематопластической системы в целом на данное раздражение вследствие специфического влияния инфекционного начала. Вычисление в этих случаях процентного отношения лейкоцитов не даст нам указания, какой именно компонент кроветворной системы подвергается наибольшей травме со стороны инфекционного начала. Для этого необходимо более подробно изучение лейкоцитарной формулы. Если увеличение количества нейтроцитарных элементов указывает на раздражение костного мозга, как главного очага кроветворной деятельности, то увеличение лимфоидных элементов укажет на определенное раздражение лимфоцитотворной ткани. Для того, чтобы составить более ясное представление о содружественной работе лейкоцитотворных тканей, предложено отношение нейтроцитов к лимфоцитам выявлять в форме коэффициента L. V. Q. (Leukocytenverteilungsquotient), причем нормальный такой коэффициент равен, по Holzer'у и E. Schilling'у, $67/23=2,9$. Дробь коэффициента распределения лейкоцитов или лейколимфоцитарного показателя (правильнее будет название „нейтролимфоцитарный показатель“, или, еще проще, „лейкоцитарный показатель“) выражается в процентах. Но, обращая внимание только на процентное отношение, можно получить ложное представление о разыгрывающихся в кроветворной ткани процессах. Так, напр., если при тифе с лейкоци-

тозом в 4.200 лейкоцитарная формула, выраженная в процентах, будет гласить: нейтроцитов—55%, лимфоцитов—40% и т. д., то отсюда вытекает заключение о значительном гиперлимфоцитозе, тогда как на самом деле перевод на абсолютные цифры даст для лимфоцитов число почти равное норме, а именно, 1680 (норма—1610) в кубическом миллиметре крови. Или, если взять ранее указанный пример с sepsis'ом и лейкоцитозом в 15.000, где при процентном исчислении окажется значительный гиполимфоцитоз (14%),—на самом деле число лимфоцитов в куб. мм. крови будет на $\frac{1}{3}$ превышать норму, а именно, будет равняться 2.100.

Исходя из изложенного, я настаиваю на необходимости выражать лейкоцитарную формулу в абсолютных цифрах, дающих действительно точное представление о состоянии соответствующих кроветворных систем. В частности, обращаясь к нейтролимфоцитарному показателю, отмечу, что последний, основываясь исключительно на абсолютных цифрах, дает точное указание уменьшения resp. увеличения количества того или другого вида лейкоцитов против нормы, причем я рекомендовал-бы изменить вычисления показателя в том направлении, что числитель должен показывать отношение количества нейтроцитов данного случая к нормальному количеству нейтроцитов, а знаменатель—те же отношения лимфоцитов. В норме, следовательно, нейтролимфоцитарный показатель будет равен $\frac{1}{1}$. При лейкоцитозе 16.100, нейтроцитозе 81% и лимфоцитозе

16%, коэффициент распределения лейкоцитов будет равен $\frac{81}{16}$, т. е. укажет на некоторое увеличение относительного количества нейтроцитов и падение числа лимфоцитов, причем можно будет вынести впечатление о незначительном раздражении (в 1,2 раза) миелоидной и подавлении (в 0,7 раз) лимфоидной системы. Если же данные указанного примера перевести на абсолютные цифры, то получится: лейкоцитоз 16.000, нейтроцитоз 12.684, лимфоцитоз 2.416, т. е. количество нейтроцитов окажется увеличенным против нормы в 3,3, число лимфоцитов также увеличено, именно в 1,7 раз, и, следовательно, нейтролимфоцитарный показатель будет равен $\frac{3.3}{1.7}$. Из этой дроби видно, что на самом деле раздражение миелоидной системы весьма значительно (в 3,3 раза против нормы), лимфоидная же система отнюдь не угнетена, а также раздражена (в 1,7 раз).

В клинике, где я работаю, для исследования крови и подсчета лейкоцитарной формулы употребляются листки с таблицей, предложенные Schilling'ом и несколько измененные и дополненные мною. Я считаю уместным рекомендовать эту форму, как в высшей степени удобную при практической работе. Применительно к последней я вместо разделения нейтроцитов на 4 класса по Schilling'у делю их только на 2 класса: нейтроциты с компактным и фрагментированным ядром.

Лицевая часть таблицы имеет следующий вид (см. стр. 998).

При подсчитывании в мазке по системе Meander'a (Schilling) отмечают каждый попадающий в поле зрения лейкоцит черточкой, причем, когда в вертикальном столбике количество подсчитанных лейкоцитов достигнет 10, переходят к следующему столбику. Всего подсчитывают 200 лейкоцитов. Затем подсчитывают итоги по горизонталям, сумму ста-

Назаникий Государственный Институт для усовершенствования врачей имени Л е н и н а.

Гемограмма была: из палаты № к истории болезни №

№	192	Г.	Калинический Диагноз																Итого	%	норм. %о	Кол. в 1 кв. мил. норма		
			10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	10	20	30	40	50	60					70	80
			Нейтроп.																					
			Компактновид.																					
			Фрагментовид.																					
			Эозиноциты (E)																					
			Базоциты (B)																					
			Моноциты (Mn)																					
			Лимфоциты (L)																					
			Общие свойства:																					
			Удельн. вес																					
			Вязкость																					
			Щелочность																					
			Свертываемость																					
			Седиментров																					
			Спектроскоп																					
			Стабильность зритель.																					
			Рефрактож. индекс.																					
			Лейкоциты:																					
			Количество																					
			Особые формы:																					
			Плазмацинты (P)																					
			Формы R i e																					
			d e r g a (B)																					
			Мизогласты (Mb)																					
			Мизоциты (Mc)																					
			Показат. сдвига КГ																					
			(Нейтроинд.) = 0,06																					
			Нейтролимфоцитар.																					
			индекс L. j = 67/23																					
			Эритроциты:																					
			Количество																					
			Особые формы:																					
			Нормогласты (Nb)																					
			Металогласты (Mb)																					
			Эритробласты (Eb)																					
			Полуглуные тела																					
			Анизотроп (An)																					
			Пойкилоцит. (P)																					
			Вазофильн. точеч-																					
			вость (Bs)																					
			Полихромаз. (Pch)																					
			Гамоглобин (Hb)																					
			Индекс (Q)																					
			Паразиты:																					
			Widal																					
			Wassermann																					
			Sachs-Georgi																					
			V.-d. Berg																					
			Минерохим. исследа:																					
			Кол. сахара																					
			" азота																					
			" остат. азота																					
			" мочевины																					
			Са																					
			Na																					
			К																					
			NaCl																					
			Mg																					
			Подпись																					

вят в графе „итого“, делят пополам, результат помещают в графу „ $\frac{0}{0}\frac{0}{0}$ “, число, указывающее процентное содержание данного вида лейкоцитов, множат на число лейкоцитов в куб. мм. крови без двух последних цифр и результаты записывают в графу „количество в куб. мм.“. Далее вносят в гемограмму результаты остальных исследований.

Для наглядного представления о состоянии крови и графического выяснения отклонений ее от нормы, мною рекомендуется записывать результаты исследования в гемодиаграммах, напечатанных на обороте употребляемой в нашей клинике формы (см. стр. 999).

Гемодиаграммы:

Примечание. Отклонение в сторону уменьшения (—) или увеличения (+) по отношению к норме (0) в $\frac{0}{0}\frac{0}{0}$ — заштриховать.

А. О б щ а я:

% ₀	—					+					
	50	40	30	20	10	0	10	20	30	40	50
Эритроциты											
Лейкоциты											
Гемоглобин											
Индекс											
Удельн. вес											
Вязкость											
Щелочность											
Свертываемость											
Седиментров.											
Стойкость эр.											

В. Морфологическая:

% ₀	—					+					
	50	40	30	20	10	0	10	20	30	40	50
Нейтроциты											
Эозиноциты											
Базоциты											
Моноциты											
Лимфоциты											

С. Нейтроцитная:

%	—					+					
	50	40	30	20	10	0	10	20	30	40	50
Компактнаядерн.											
Фрагментоядерн.											

Столбики, полученные при заштриховании соответствующих граф, дадут ясное представление об отклонениях крови от нормы, и при сравнении гэмодиаграмм, взятых в начале болезни, во время ее течения и в конце, выявится наглядно возвращение к норме в виде уменьшения соответствующих столбиков и приближения их к линии, отмеченной 0 и обозначающей отсутствие уклонения от нормы.

Подводя итоги всему сказанному, приходим к заключениям:

1) При определении сдвига нейтроцитной картины достаточно в большинстве случаев, с диагностической и прогностической точки зрения, подсчитывания двух форм нейтроцитов: компактнаядерных и фрагментоядерных.

2) Действительное значение имеет определение картины крови только тогда, когда исследование проводится систематически и повторно.

3) Однократное исследование крови дает возможность симптоматической оценки данного болезненного состояния, повторное исследование — прогностической оценки.

4) При подсчете лейкоцитарной формулы в первую очередь необходимо оперировать с абсолютными цифрами, дающими точное представление о работе кроветворных органов.

5) При выведении лейкоцитарного (нейтролимфоцитарного) показателя рекомендуется исходить из отношения абсолютных цифр данного случая к абсолютным же цифрам нормы.

D-r W. B. B l a n k (Kasan). Ueber die Leukocytförmel.

Schlussfolgerungen des Verfassers: 1) Bei der Bestimmung der Verschiebung des Neutrocytenbildes ist von dem diagnostischen und prognostischen Standpunkte das Zählen zweier Formen der Neutrocyten: kompaktkernigen und fragmentierkernigen im grössten Teil der Fälle genügend. 2) Wirkliche Bedeutung hat die Bestimmung des Blutes nur dann, wenn die Untersuchung systematisch und wiederholt fortgeführt wird. 3) Einmalige Untersuchung des Blutes gibt die Möglichkeit der symptomatischen Schätzung des betreffenden Krankheitszustandes, wiederholte Untersuchung — der prognostischen Schätzung. 4) Bei der Aufzählung der Leukocytenformel ist es in der ersten Reihe notwendig mit absoluten Zahlen zu operieren, welche genaue Vorstellung über die Arbeit der blutbildenden Organe geben. 5) Bei der Ausführung des leukocyitären (neutrolymphocyitären) Indexes wird es empfohlen aus dem Verhältniss der absoluten Zahlen des gegebenen Falls zu den absoluten Zahlen der Norm auszugehen.

Клиническое значение коллоидных реакций Darányi, Matéfy и урхромогенной реакции Weiss'a при tbc легких.

Б. С. Максудова.

Для целей диагностики активных форм tbc и об'ективного установления прогноза, помимо чисто-физических методов исследования, в последние десятилетия стали широко пользоваться различными химико-биологическими методами. Помимо общеизвестных реакций Pirquet, Mantoux, Calmette'a, здесь следует указать на реакции осаждения эритроцитов, на реакцию белой крови, различные реакции с мочей (Wildbolz'a, Ehrlich'a, Weiss'a и др.) и на всевозможные пробы над плазмой и сывороткой крови больного. Особенно расширилась в настоящее время область серологических реакций при tbc. Предложены различные способы серологического исследования, которые можно разделить на специфические и неспецифические; к первым относятся реакции связывания комплемента различными специфическими антигенами (способы Besredka, Calmette'a, Wassermann'a, Voquet и Nègre'a), а также реакция агглютинации (Fornet), ко вторым—реакции осаждения эритроцитов, определение липазы и целый ряд коллоидных реакций, основанных на явлениях выпадения белковых субстанций плазмы или сыворотки крови.

Коллоидные реакции „выпадения“ вызвали к себе особенный интерес, когда появились работы некоторых авторов (Langstein, Müller, Morawitz), указавших, что при некоторых инфекционных болезнях наступают изменения в белковых субстанциях жидкой части крови (сыворотка, плазма). По мнению перечисленных авторов изменения эти заключаются в том, что меняется количественное соотношение между глобулинами и альбуминами сыворотки в сторону относительного увеличения глобулинов. Иначе говоря, установлено изменение белкового коэффициента сыворотки крови. Подобного рода колебание последнего было констатировано впоследствии и у рожениц (Sachs и Oettingen), после инъекций различных антигенов и белковых препаратов (Reumann).

При tbc также разрабатывался вопрос о белковом коэффициенте и равновесии коллоидов сыворотки, и в настоящее время мы знаем, что, хотя общее количество белков сыворотки при tbc увеличивается очень мало (или совершенно не увеличивается), соотношение между количествами глобулинов и альбуминов сыворотки значительно изменяется. Так, напр., благодаря работам Alder'a, мы знаем, что, если у здорового человека количество глобулинов сыворотки можно считать равным 20—25% общего количества белков сыворотки, то у больного tbc содержание глобулинов может повыситься до 80%. Кроме того, установлено, что с распространением и усилением активности tbc нарастает и количество

глобулинов с параллельным уменьшением альбуминов сыворотки. Такое нарушение количественного взаимоотношения между белковыми телами сыворотки, понятно, расстраивает коллоидальное равновесие, и, как результат накопления грубо-дисперсной фракции, следует легкая выпадаемость или образование хлопьев (Flockung).

Подобного рода свойство глобулиновых фракций белков в последнее время вновь детально было доказано Grossa, который доказал рядом опытов, что наличие в коллоидальных растворах красок (Kongoroth) избыточного количества глобулинов ускоряет осаждаемость красок под влиянием различных электролитов (K_2SO_4 , chininum mur., NaCl); наоборот, избыток альбуминов замедляет и задерживает осаждаемость и образование хлопьев под влиянием той же концентрации электролитов.

Основываясь на фактах нарушения белкового коэффициента кровяной сыворотки и плазмы у тbc больных, многие авторы предложили целый ряд реакций в целях диагностики активного тbc по данным феномена выпадения белков. Среди них нужно указать на реакции, предложенные Mindel'em (с сернокислым аммонием), Sachs-Klopstok'om (с лецитином и хлористым кальцием), Sachs'om и Oettingen'om (с алко-голем, сернокислым аммонием и NaCl), наконец, на реакции Darányi и Matéfy.

Последние две реакции появились только в последние годы и пока еще неполне разработаны. По поводу их в иностранной литературе имеется впрочем несколько проверочных работ, но указания авторов на ценность этих реакций, как об этом будет сказано ниже, крайне разно-речивы. В доступной мне русской литературе я мог найти только работу Россиянской о реакции Darányi и Абраменкова—о реакции Matéfy у тbc больных. Между тем по своей простоте реакции эти могли-бы явиться легко доступным методом клинического исследования тbc.

В виду существования разногласия о значении этих реакций в ли-тературе и малой разработанности их вообще, я, по предложению проф-ессора М. Н. Чебоксарова, занялся проверкой этих серологических реакций на стационарном и амбулаторном материале Факультетской Тера-певтической клиники. Моей задачей было провести сравнительную оценку реакций Matéfy и Darányi и выяснить, насколько возможно, их ценность для диагноза, прогноза и для установления активности тbc. Кроме того, я вел параллельные исследования и реакции Weiss'a (урохромогенной) с мочей тех же больных, для сопоставления с данными двух предыдущих реакций.

Matéfy предложил свою реакцию в 1923 г. На большом мате-риале тbc больных он испробовал ее и пришел к заключению о ценности своего метода для диагностики тbc и для постановки прогноза. Методика его реакции заключается в следующем: кровь, взятая у больного утром, оставляется на сутки в холодном месте для получения сыворотки. К 0,2 последней прибавляют, в пробирке, 1 к. с. $\frac{1}{2}^0/_{00}$ раствора сернокислого алюминия и в течение $1\frac{1}{2}$ часов следят за образованием и выпадением хлопьев в растворе. При патологических условиях Flockung насту-пает уже в течение этих $1\frac{1}{2}$ часов, причем, по Matéfy, образование ясно видимых хлопьев в течение 15 минут указывает на сильно актив-ный тbc и образование токсинов и отмечается четырьмя плюсами, выпадение хлопьев через $\frac{1}{2}$ часа отмечается тремя плюсами и указывает на подострый тbc, выпадение через 1 час свидетельствует о цирротическом

субактивном процессе с небольшим распадом ткани, будучи отмечаемо двумя плюсами, наконец выпадение через $1\frac{1}{2}$ часа указывает на начальный tbc и обозначается одним плюсом. Более поздние сроки выпадения обозначаются, как отрицательный результат. В основу процесса выпадения хлопьев Matéfy ставит нарушение коллоидального равновесия белков сыворотки и осаждение глобулинов под влиянием раствора сернокислого алюминия.

Авторы, испробовавшие эту реакцию, не пришли к единодушной ее оценке. Так, напр., Krömeke считает реакцию подходящей для определения активности tbc и для постановки прогноза. Basch считает реакцию, наоборот, негодной ни для диагностики, ни для прогнозтики. Dietl, Masłowski, Hilgers, а также Абраменков, считают ее приемлемой наряду с другими методами объективного исследования. Наконец, Zwerg совершенно отрицает ценность реакции, с которой он получил 66% положительных результатов и у здоровых лиц.

Другая серологическая проба, которую я вел параллельно с упомянутой, была, как сказано выше, реакция Darányi, предложенная последним в 1922 г. В основу ее положены те же самые явления лабильности коллоидов сыворотки крови при образовании в организме токсинов или наличии тканевого распада. Реакция выпадения получается под влиянием воздействия на сыворотку крови нагревания и раствора алкоголя. Техника реакции заключается в следующем: в длинную, узкую пробирку (диаметром менее 1 сант.) наливается 0,2 сыворотки не более суточной давности, к сыворотке прибавляется 1,1 куб. с. смеси алкоголя с NaCl (1 куб. с. 96° спирта и 4,1 куб. с. 20% NaCl), затем, размешав в достаточной степени, помещают пробирку в водяную баню на 20 минут при 60°. По истечении 20 минут пробирка вынимается, оставляется при комнатной t°, и в ней определяется простым глазом образование хлопьев, причем отмечается начало Flockung через $\frac{1}{2}$ —1 час (++++), через 2 часа (+++), 3 часа (++) и через 24 часа (+). Чем активнее tbc процесс, тем быстрее наступает реакция; гомогенность сыворотки по истечении 24 часов указывает на отрицательный результат. По мнению Darányi реакция его бывает всегда положительной в случаях активного tbc, при наличии в организме воспалительных очагов, нагноений и при всякого рода распаде клеточных элементов.

Описанная реакция также была испробована некоторыми авторами, в том числе Kremer'ом, Tinozzi, Kruschen'ом, Baum'ом и Schumann'ом. Duzár'ом и A. Sohn'ом, причем и здесь, как и при проверке реакции Matéfy, мнения авторов получились различные. Так, Kremer, сравнивавший р. Darányi с количеством липазы в крови, нашел, что все tbc больные реагировали положительно, а здоровые — отрицательно, и что положительность реакции возрастает с распространенностью процесса. К таким же результатам пришел и Duzár, проводивший исследования среди tbc детей, — он подчеркнул диагностическую и прогностическую ценность реакции. Наоборот, исследования Tinozzi и появившаяся недавно работа Alb. Sohn'a указывают на явно отрицательные результаты р. Darányi, наблюдавшиеся ими при активных случаях tbc. Все же, однако, Tinozzi, заканчивая свое сообщение, говорит, что исчезновение положительной реакции при клиническом улучшении процесса указывает на прогностическую ценность реакции и выдвигает необходимость дальнейшей разработки р. Darányi в этом на-

правления. Д-р Россиянская в своей статье также указывает на ценность реакции, на удобства и простоту ее применения.

Помимо этих двух серологических проб, у тbc больных мною исследовалась, как сказано выше, и моча в отношении содержания в ней урохромогена. Предложенная Weiss'ом проба эта довольно-таки постоянно дает положительный результат в моче тbc больных и, на основании исследований Klare, Gemmens'a и Grossmann'a, имеет большое диагностическое и прогностическое значение. Как известно, урохромоген в моче здорового человека не встречается,—в норме здесь бывает урохром; в тех же случаях, когда окислительные свойства организма ослабевают, в моче появляется недоокисленный продукт последнего—урохромоген. К таким заболеваниям Weiss относит прогрессирующий тbc, тифы, корь, оспу, состояния сепсиса и декомпенсации сердца. По мнению Weiss'a и диазореакция Ehrlich'a зависит от присутствия в моче урохромогена. Лучшим способом для нахождения последнего в моче, по указанию Weiss'a, является 0,1% раствор марганцовокислого кали. Прибавляя к разведенной от 3 до 10 раз моче по каплям (до 3-х капель) раствора $KMnO_4$, можно получить, в случае наличия в моче урохромогена, канареечно-желтоватую окраску, причем, сравнивая с контрольной мочей, можно убедиться в разнице окраски.

Указанные выше три пробы были проведены мною на стационарном и амбулаторном материале нашей клиники, всего у 137 больных, из которых 110 были с тbc, а остальные 27 страдали другими болезнями. В основу распределения тbc больных на группы мною были положены распространенность процесса по классификации Turban-Gerhardt'a и активность его. Стационарный материал наблюдался не менее месяца в каждом отдельном случае, амбулаторный мог быть наблюдаем в некоторых случаях, при повторных посещениях, по несколько раз.

В нижеприводимой таблице указаны результаты всех трех проб в зависимости от стадии тbc по Т.-Г. и активности процесса, причем указана и интенсивность выпадения реакций:

Результат.	А			В			С			D		
	14 сл. акт. и субакт. тbc III ст. Т.-Г.			25 сл. акт. и субакт. тbc II ст. Т.-Г.			19 сл. акт. и субакт. тbc I ст. Т.-Г.			52 сл. компенсиров. тbc		
	P. Daranyi	P. Matéfy	P. Weiss'a	P. Daranyi	P. Matéfy	P. Weiss'a	P. Daranyi	P. Matéfy	P. Weiss'a	P. Daranyi	P. Matéfy	P. Weiss'a
Резко-положит.	14	1	12	22	1	12	11	2	—	—	1	—
Положительн.	—	6	1	1	20	7	7	11	—	—	20	—
Слабо-положит.	—	6	1	1	2	4	—	2	5	14	8	—
Отрицат.	—	1	—	1	2	2	1	4	14	38	23	35
% пол. результатов.	100%	93%	100%	96%	95%	92%	94%	78%	26%	27%	56%	—

Из приведенной таблицы видно, что в активных случаях тbc положительный результат всех трех проб получился у нас в довольно большом $\%$. Ясно бросается в глаза, что, помимо активности процесса, здесь имеет большое значение и распространенность последнего: тогда как в далеко зашедших случаях тbc р. Darányi оказалась положительною в 100 $\%$, р. Matéfy—в 93 $\%$ и р. Weiss'a—в 100 $\%$,—во II стадии по T.-G. цифры были 96 $\%$, 95 $\%$ и 92 $\%$, а в I стадии активного тbc—94 $\%$, 78 $\%$ и 26 $\%$. Кроме того, нужно сказать, что р. Darányi в случаях активного тbc выпадала большею частью в резко-положительной (++++) и положительной (+++) форме, т. е. Flockung наступало или через $\frac{1}{2}$ —1 час, или же через 2 часа; в случаях же неактивных, компенсированных и доброкачественных по течению (графа D) р. Darányi в 73 $\%$ дала отрицательный результат; впрочем в некоторых случаях реакция давала слабо-положительные результаты, обнаруживаясь через 3—24 часа.

Реакция Matéfy в далеко зашедших случаях и в случаях умеренного распространения процесса редко появлялась в первые 15 минут, т. е. была резко положительной,—она больше выпадала через $\frac{1}{2}$ часа (+++). При прогрессирующем тbc она давала больший $\%$ отрицательных случаев, чем р. Darányi; с другой стороны она оказалась положительной в 56 $\%$ при доброкачественных фиброзных процессах.

Наконец, урхромогенная реакция Weiss'a, оказалось интенсивно обнаруживается в далеко зашедших случаях тbc II и III стадий, когда имеется явный распад и значительное образование токсинов в организме; в случаях же свежих или когда процессе далеко еще не зашел, как это видно из графы С, р. Weiss'a была положительною только в 26 $\%$, а в остальных она выпадала отрицательно. В случаях, вошедших в графу D, р. Weiss'a была проделана у 35 больных, причем у всех она оказалась отрицательной.

Часть больных указанных четырех групп была повторно исследована, причем получились в разных случаях различные результаты. У некоторых больных, лечившихся как стационарно, так и амбулаторно, удалось проследить изменения в выпадении той или иной реакции параллельно с изменением клинической картины, а именно, с улучшением реакций ослабевала, или же они иногда выпадали при вторичном исследовании отрицательно. Это особенно было заметно по отношению к р. Darányi.

Наблюдались, однако, случаи, когда повторные исследования давали всегда одинаковые результаты. Это длительное постоянство реакций, в связи с отсутствием благоприятного эффекта от предприинятого лечения, давало основание ставить прогноз в неблагоприятном для больного смысле.

Среди исследованных мною больных шестеро не вошли в указанную выше таблицу,—они были отнесены к числу „подозрительных“ на тbc, потому что клинически у них не удавалось установить поражения легких. Фигурировали они как „анемичные“. Со стороны других органов отклонений от нормы у них также не было. У троих была в анамнезе малярия, но приступов ее в последние годы не наблюдалось. Жаловались они все на слабость, головные боли и отсутствие аппетита. Р. Darányi оказалась слабо-положительною у троих из них, р. Matéfy—положительною у четверых, р. Weiss'a—отрицательною у всех.

Получив такие результаты, мы могли-бы квалифицировать больных с положительной реакцией *Darányi* и *Matéfy*, как туберкулезных, или обратно, путем длительного наблюдения и повторных исследований. К сожалению, такие повторные исследования мне удалось произвести только у двоих больных.

В—ная У. Диагноз: anaemia, tbc? Редкий кашель, слабость аппетита, головокружения, усталость при ходьбе; питание ослабленное, бледность кожи и слизистых; в легких и в сердце отклонений от нормы не найдено; малярией не болела; селезенка не увеличена; гинекологических заболеваний не было и нет. *P. Darányi*—слабо-положит. (24 ч.), *p. Matéfy*—отриц., *p. Weiss'a*—отриц. Вторично исследована через 2 м. 10 дней, причем оказалось следующее: больная чувствует себя хуже, небольшой кашель; шероховатый тип дыхания в спине между лопатками и редкие влажные хрипы; φ 36,9—37,0; селезенка не увеличена, со стороны других органов отклонений от нормы не определяется. *P. Darányi*—положит. (через 1½ часа), *p. Matéfy*—положит. (40 минут), *p. Weiss'a*—отриц.

Аналогичные результаты были получены и во втором случае. Произвести еще несколько исследований и наблюдать в дальнейшем за состоянием этих больных мне, к сожалению, не удалось; но тот факт, что *p. Darányi* и *Matéfy* при вторичной постановке, при общем ухудшении состояния организма, дали явно-положительные результаты, указывает, что слабо-положительная *p. Darányi* вначале имела за собою некоторое основание и указывала на скрытый tbc. Все же квалифицировать каждый подозрительный случай, как tbc, основываясь только на указанных вышеуказанных реакций, вельзя: помимо повторного и длительного наблюдения здесь необходимо применение и других методов исследования.

Кроме tbc больных упомянутые реакции были проделаны мною и над другими больными. Результаты в общем таковы:

Часто рецидивирующая малярия дает по *Matéfy* и *Darányi* положительную реакцию, *p. Weiss'a* в некоторых случаях здесь тоже выпадает положительно; поэтому у tbc больных при толковании результатов реакции нужно исключить подострую малярию. Имеющаяся в анамнезе малярия, ничем не обнаруживавшаяся в последние месяцы, значения для выпадения реакций не имеет. Обе реакции (*Matéfy* и *Darányi*) оказываются, далее, положительными у отечных больных (сердечных и почечных). Гинекологические заболевания (воспалительные процессы) обычно также дают положительный результат реакций *Matéfy* и *Darányi*, и потому, опять таки, при оценке значения этих реакций у туберкулезных женщин приходится иметь в виду и состояние у них половой сферы. Кроме того, нужно сказать, что кровь, взятая в период *menses*, дает положительные реакции и по *Matéfy*, и по *Darányi*; во время же межменструальной паузы такого результата не получается (если женщина в остальном здорова). Подострый аппендицит и распадающаяся карцинома тоже дают положительный результат обоих серологических реакций, а в некоторых наших случаях рака и *p. Weiss'a* выпала положительно.

Подводя итог всему вышеизложенному, можно заключить, что: 1) реакции *Darányi*, *Matéfy* и *Weiss'a*—не специфичны для tbc; 2) *p. Darányi* в случаях активного tbc легких в громадном большинстве случаев дает положительный результат и выпадает отрицательно в случаях доброкачественного, неактивного процесса; 3) имеется параллелизм между распространенностью tbc процесса и положительным выпадением

дением р. Darányi; 4) повторные исследования при помощи этой реакции дают возможность судить о ходе болезненного процесса и тем самым получать некоторые данные для постановки прогноза; 5) в виду неспецифичности этой реакции, для целей ранней диагностики и определения скрытого тbc одна р. Darányi, без применения других методов исследования, является недостаточною; 6) реакция Matéfy, давая высокий процент положительного выпадения при активном тbc, дает до 63% положительного результата и в доброкачественных, компенсированных случаях, почему значение ее для определения активности процесса следует признать незначительным; 7) р. Weiss'a (урохромогенная) идет рука об руку с распространенностью процесса и потому имеет большое значение для определения активности и широты процесса; 8) реакция эта не подходит, однако, для целей ранней диагностики или определения скрытого тbc и слабо чувствительна в свежих случаях тbc, при незначительных анатомических поражениях; 9) наблюдается известный параллелизм между выпадением р. Darányi и Weiss'a в то время, как между р. Darányi и р. Matéfy параллелизм этот слабо выражен.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Reymann. Zeit. für Immunitätsforschung, 1924, Bd. 41, H. 3/4.—
- 2) Alder. Zeit. f. Tbc, 1919, Bd. 31, H. 1.—3) Brossa. Zeit. für Immunitätsforsch., 1923, Bd. 37, H. 3.—4) Sachs u. Oettingen. Münch. med. W., 1921, № 21.—5) Matéfy. Med. Klinik, 1923, № 21.—
- 6) Dietl u. Maslowski. Med. Klinik, 1925, № 31.—7) Krömeke. Deut. med. W., 1924, № 8.—8) Basch. Med. Klinik, 1924, № 12.—
- 9) Hilgers. Ibid., 1925, № 26.—10) Darányi. D. med. W., 1922, № 17.—11) Kremer. Zeit. f. Tbc, 1923, Bd. 38, H. 6.—12) Tinozzi. Ib., 1924, Bd. 39, H. 5.—13) Cohn. Ib., 1925, Bd. 42, H. 6.—
- 14) Weiss. Klin. Woch., 1922, № 14.

Dr. B. S. Makssudow (Kasan). Die klinische Bedeutung der Reaktionen Darányi u. Matéfy, sowie der urochromogenen Reaktion Weiss bei Lungentuberkulose.

Der Verfasser unterzog die Serumreaktionen Darányi und Matéfy sowie die urochromogene Reaktion Weiss am stationären und ambulatorischen Material der Medizinischen Fakultätsklinik einer Prüfung auf ihre klinische Bedeutung hin und gelangte auf Grund der Untersuchung von insgesamt 137 Lungentuberkulosefällen und mehrerer anderer Erkrankungen zu nachstehenden Ergebnissen: 1) Die Reaktionen Darányi, Matéfy und Weiss sind für die Tuberkulose nicht spezifisch. 2) Die Reaktion Darányi ergibt in Fällen aktiver Lungentuberkulose in der enormen Mehrzahl derselben ein positives Resultat und fällt bei einem gutartigen, nichtaktiven Prozess aus. 3) Es lässt sich ein Parallelismus zwi-

sehen der Ausdehnung des Prozesses und dem positiven Ausfall der Reaktion Darányi feststellen. 4) Wiederholte Beobachtungen des Reaktionsausfalles (Darányi) liefern die Möglichkeit, sich über den Verlauf des Lungenprozesses ein Urteil zu bilden und geben damit einige Datum für die Prognosestellung an die Hand. 5) In Anbetracht der Nichtspezifität der Reaktion Darányi diese ist für frühzeitige Diagnostizierung und Konstatierung latenter Tbc allein, ohne Anwendung anderer Untersuchungsmethoden, nicht genügend. 6) Die Reaktion Matéfy, die für den positiven Ausfall bei aktiver Tbc einen hohen Prozentsatz aufweist, gibt in einem grossen Teil der Fälle des gutartigen kompensierten Prozesses positive Resultate, und daher ist die Bedeutung dieser Reaktion für die Bestimmung der Aktivität des Prozesses gering. 7) Die Reaktion Weiss geht mit der Ausdehnung der Prozesses Hand in Hand und besitzt daher für die Bestimmung der Aktivität und Ausbreitung des Prozesses grosse Bedeutung. 8) Die Reaktion Weiss ist für frühe Diagnostizierung oder Konstatierung latenter Tbc untauglich und ebenso in frischen Tbcfällen mit geringer anatomischer Affektion nur schwach empfindlich. 9) Es lässt sich ein gewisser Parallelismus zwischen den Ausfällen der Reaktionen Darányi und Weiss erkennen, während ein solcher zwischen der Reaktionen Darányi und Matéfy nur schwach ausgeprägt ist.

Применение неосальварсана при малярии.

Д-ра М. Мильского (Г. Волочек, Тверской губ.).

Приводимые ниже случаи применения неосальварсана при малярии относятся к 20 больным, которым в общем было произведено около 40 вливаний. При значительной ценности препарата и небольшой статистике его употребления против малярии, я считаю далеко нелишним опубликование своих наблюдений—тем более, что они относятся к оригинальным, если так можно выразиться,—специфическим больным. Ктому же результаты, полученные мною, совершенно определены и позволяют сделать неоспоримые выводы, что крайне важно в виду противоречивости заключений различных авторов по затронутому вопросу и в виду противоречия даже разных наблюдений у одних и тех же авторов (напр., у Муфеля). Во всех случаях диагноз малярии был установлен путем микроскопического исследования, которое в сомнительных случаях производилось повторно.

I. М., молодой человек. Острая неправильная форма малярии, желтуха. В холодном периоде внутривенно влито 0,6 неосальварсана. После вливания сразу наступила сильная реакция с повышением t° до 39° и тяжелым самочувствием. Затем наступило кажущееся излечение, но спустя $2\frac{1}{2}$ недели появились рецидивы малярийных приступов, однако, более легкие, чем раньше.

II. Б., немолодая женщина (Туапсе). Хроническая неправильная форма малярии. В холодном периоде влито 0,3 Нео. Общее улучшение и в смысле состояния больной, и в отношении проявлений малярии. Рецидивы последней в дальнейшем если и появлялись, то в настолько слабой форме, что можно даже сомневаться в их малярийной натуре.

III. Б., молодая, здоровая женщина. Острая *m. tertiana*. Во время приступа внутривенно влито 0,6 Нео; приступ оборвался, и наступило общее улучшение, но через 4 дня наступил рецидив, и влито еще 0,3 Нео, после чего наступило как будто излечение, и больная вскоре уехала. Через 10 дней, однако, опять наблюдался приступ малярии; влито 0,15 Нео; больная опять сочла себя испеленной и выписалась.

IV. К., пожилая женщина. Больна острой формой неправильной малярии. Во время приступа влило внутривенно 0,6 Нео. Наступило резкое общее улучшение, и больная через несколько дней выписалась.

V. Н., 34-летняя женщина. Тропическая злокачественная форма малярии в острой форме. Во время приступа влило 0,6 Нео внутривенно, после чего t° на вторые сутки пала до нормы и в течение нескольких дней не поднималась. Перед вливанием у больной наблюдалось тифозное состояние, а через 3—4 дня после вливания она встала с постели и начала ходить. Хинное лечение до этого несколько не помогало при всевозможных способах применения хинина. Больная уехала, считая себя здоровой.

VI. У., молодая, полная, цветущая женщина, болевшая и раньше малярией. Во время приступа острой *m. tertiana* влило 0,3 Нео. Через $2\frac{1}{2}$ недели после кажущегося излечения—рецидив малярийных приступов в острой форме.

VII. Я., молодая, здоровая женщина. Острое заболевание неправильной формы малярией. Внутривенно влило 0,3 Нео. Наступило кажущееся излечение на $1\frac{1}{2}$ недели, затем болезнь возвратилась в первоначальном виде.

VIII. В., молодая, но изнуренная беженка с отеками на ногах и на лице вследствие голодания (без белка в моче). Неправильная малярия в острой форме.

Во время приступа внутривенно влило 0,3 Нео, после чего наступило быстрое общее улучшение. Через 11 дней рецидив, потребовавший, через 3 недели, нового вливания 0,15 Нео. Приступы прекратились, но через 9 дней опять возобновились. Больная отказалась от новых вливаний.

IX. С., молодой матрос. Неправильная форма острой малярии. В период небольшого повышения ¹⁰ влило 0,3 Нео. До этого никакие приемы хинина не давали результата. После вливания резкое улучшение, больной почувствовал себя „излеченным“ и выписался.

X. Н., молодая женщина. Хроническая малярия. Вне приступа влило 0,45 Нео внутривенно. Общее улучшение. Приступы малярии не повторялись в течение нескольких недель после вливания.

XI. М., девочка 8 лет. Ежедневные приступы малярии в течение многих недель. Хинин не действует. Вне приступа влило 0,1 Нео. Наступило „излечение“, — приступов не наблюдалось несколько недель.

XII. С., беженка 17 лет. *Malaria chronica*. Хинин не помогает и не помогал вообще. Влило 0,35 Нео. Больная, лежавшая больше недели в постели в тяжелом состоянии, не только сразу начала ходить, но даже через несколько дней выписалась, считая себя здоровой.

XIII. С., мальчик 12 лет, беженец. Ежедневные приступы тропической малярии. Хинин никакого действия не оказывает. *Status typhosus*. Влило 0,2 Нео. Больной сразу ожил, „выздоровел“, но через 2 недели наступил рецидив. Лечение хинином опять не дало результата. Через 10 дней после рецидива 0,15 Нео. Опять резкое улучшение. Спустя 6 дней больной выписался, чувствуя себя здоровым.

XIV. Л., мальчик 13 лет, беженец. *M. tertiana* в острой форме. Во время приступа влило 0,3 Нео. Резкое улучшение. Через 11 дней после вливания рецидив. Хинин эффекта не оказал, и через 18 дней после рецидива влило еще 0,15 Нео, после чего приступы прекратились на 13 дней. Затем опять рецидив.

XV. Б., беженка средних лет. По ночам ежедневные приступы малярии, не уступающие хинину. Влило 0,3 Нео. Больная почувствовала себя здоровой и через несколько дней выписалась.

XVI. П., беженец 15 лет. Ежедневные приступы малярии. Хинин не действует совершенно. Влило 0,3 Нео во время приступа, после чего приступы прекратились на неделю, когда болезнь вернулась. Хинин опять не оказывает никакого действия. На другой день после рецидива снова влило 0,15 Нео, и опять приступы прекратились. Через 4 дня после того опять рецидив, влило 0,15 Нео. Рецидивы прекратились на 8 дней, когда наблюдался снова приступ малярии.

XVII. С., девочка 3 лет, беженка. *Malaria chronica* со значительными повышениями ¹⁰. Хинин совершенно не приносит облегчения. После вливания 0,15 Нео приступы прекратились, но через 4 дня наблюдался опять приступ, во время которого влило еще 0,15 Нео. Наступило резкое общее улучшение, и больная выписалась.

XVIII. Б., беженка средних лет. Приступы хронической малярии, несмотря на приемы хинина, в течение 3 недель. Во время тяжелого приступа с резким упадком сил влило 0,15 Нео. На следующий день после вливания больная ожила, но ненадолго, — через 4 дня наступило опять ухудшение, и влило еще 0,15 Нео. После этого улучшение наблюдалось еще в большей степени, — больная из умирающей инвалидки превратилась в работницу.

XIX. Большой Г. Острая *m. tertiana*, хинин не дает улучшения, несмотря на употребление его в течение нескольких недель. Влило 0,3 Нео, после чего наблюдалось значительное улучшение общего состояния и работоспособности. Через 9 дней наступил рецидив малярии, но в дальнейшем болезнь имела менее тяжелое течение.

XX. М., рабочий. *Malaria tertiana acuta*. Хинин не действует. Во время приступа влило 0,3 Нео, после чего приступы исчезли на несколько дней, затем возобновились, почему во время одного из них влило еще 0,45 Нео. После второго вливания улучшение стало заметным еще резче. Через 1½ недели, во время одного из приступов, еще раз влило 0,6 Нео. Малярия исчезла и не проявлялась в течение года.

Из обзора приведенных случаев видно, что 1) применение Нео всегда приносило пользу при малярии, каковы бы ни были ее форма и проявления; 2) от него никогда почти не наблюдалось прочного излечения, которое было-бы установленным на протяжении долгого времени.

Neosalvarsan, — как я убедился в этих случаях, — действует быстрее, сильнее и эффектнее хинина. Особенно хороши результаты применения его при малярии в тех случаях, когда хинин не оказывает никакой помощи больному.

Надо заметить, что в большинстве наблюдавшихся мною случаев имели место тяжелые, упорные формы малярии у голодающих, изнуренных людей, бежавших от голода в одну из самых малярийных местностей, а именно, в г. Туапсе, Черноморской губ., где я производил лечение неосальварсаном в больнице для беженцев, расположенной в бараках Армавир-Туапсинской ж. д. Беженцы прибывали из менее малярийных местностей, по большей части из Саратовской и смежных голодающих губерний.

Применение вливаний оказалось одинаково успешным, производилось оно во время приступов болезни, или вне их. Во время приступов оно давало более сильный и резкий эффект вследствие быстрого улучшения общего состояния и ослабления всех проявлений болезни. Дозировка средства играла известную роль, давая больший эффект при большей дозе, но не влияя на конечный результат в том смысле, что и после больших доз наблюдались рецидивы. Вреда от применения неосальварсана я никакого не наблюдал, несмотря на тяжелое состояние больных, с которыми приходилось иметь дело.

Повторные вливания неосальварсана давали более продолжительный эффект в смысле более позднего появления малярийных рецидивов; если после однократных вливаний приступы болезни возобновлялись в среднем через 8 дней, то после повторных вливаний рецидивы наблюдались в среднем через 10 дней. Длительное освобождение от болезни в отдельных случаях наблюдалось также лишь после повторных вливаний. Т. о. я вынес впечатление, что, как правило, для терапии малярии неосальварсаном надо рекомендовать повторные вливания его с промежутками в несколько дней.

Во всех случаях мною применялся германский неосальварсан (марки Meister Lucius), причем для вливаний всегда брались концентрированные растворы.

Относительно микроскопических исследований, произведенных мною в описанных случаях, нужно отметить, что я выбирал настолько характерные случаи малярии, что микроскоп только подтверждал диагноз, не внося в него ничего нового, за исключением лишь определения отдельных форм болезни (*m. tropica*, *tertiana* и пр.)

В конце концов, сравнивая достигавшиеся от вливаний неосальварсана результаты с таковыми же от применения внутривенных и подкожных хинных вливаний, которые мне сотнями приходилось делать в той же больнице и в Армавирском и Пятигорском госпиталях, я должен определенно высказаться, что на неосальварсан надо смотреть, как на самое действительное средство для лечения малярии, особенно тяжелых, упорных случаев ее, где хинин оказывается недействительным.

D-r M. Milsky (Wolotschek, Gouv. Twer). Die Anwendund des Neosalvarsans bei der Malaria.

Bei Anwendung von Neosalvarsaninjektionen in 20 Fällen von schweren, der Behandlung mit Chinin nicht nachgebenden Malaria, fand der Autor, dass das Neosalvarsan sich als das wirklichste Mittel bei dieser Krankheit, welche Formen und Erscheinungen auch nicht wären, erweist. Aber bei Cupierung auf einige Zeit der Mallariaanfälle gibt er fast niemals dauernde Heilung, welche während einer langen Zeit festgestellt werden könnte.

К вопросу о дисфагии.

Проф. В. Г. Божовского (Тобольск).

Тот отдел пищеварительного канала, где, по нашим представлениям, происходит лишь чисто-механическая работа по проведению и проталкиванию пищевой массы из полости рта в желудок,—пищевод— в отношении изучения других своих функций обращает на себя сравнительно мало внимания как физиологов, так и клиницистов. Лишь тогда, когда тот или иной болезненный процесс с более или менее выраженными признаками начинает разыгрываться в пищеводе или в его соседстве, мы невольно вынуждены бываем сосредоточивать свое внимание на этой области, изыскивая и применяя как способы распознавания, так и способы лечения, причем конечные результаты и тех, и других зачастую оказываются малоутешительными. Даже рентген, который при заболеваниях опухольного характера, при наличии инородных тел или при анатомических аномалиях строения пищевода (дивертикулы) может давать отчетливые картины, помогающие распознаванию, нередко оказывается уже запоздавающим. Поэтому, мне думается,—физиология и патология этого далеко некороткого отрезка пищеварительной трубки заслуживают неменьшего нашего внимания, чем физиология и патология других—более, повидимому, важных в многообразном акте пищеварения—отделов ее.

В заведующую мною Городскую Советскую больницу почти одновременно поступило два больных с заболеванием пищевода, истории болезни которых как с точки зрения симптоматологии, так и с точки зрения патогенеза, течения и исхода заболевания представляют, мне кажется, немалый интерес, особенно, если их сравнить между собою.

I. Первым поступил 30/ХII 25 г. больной Н., житель г. Березова, 63 лет от роду, с заявлением, что вот уже месяцев 8, как у него по пищеводу совершенно не проходит твердая пища, а подчас с трудом проскальзывает и жидкая; часто пища, задерживаясь, по указаниям больного, на уровне II—III ребер, вызывает болезненные ощущения и ощущение задержки ее преимущественно справа и несколько книзу от рукоятки грудины. Когда пища выкидывается обратно, больной сразу чувствует значительное, почти полное облегчение, хотя ощущение какой-то неловкости продолжает оставаться и некоторое время после срыгивания пищи. Острых же болей ни при проглатывании пищи, ни вне приемов ее больной не испытывает. Н. заявил, далее, что он очень ослабел, причем слабость эта из-дня в день прогрессирует, хотя потребность в еде, и очень живая, у него сохранилась. В бытность его, в октябре месяце, в Обдорске он обращался к местному врачу, которому не без затруднений удалось провести лишь тонкий (в карандаш толщиною) зонд, причем во время зондирования больной особенной болезненности не испытал.

Н. был мною обследован, по его просьбе, еще в августе 1925 г., причем на основании полученных при исследовании данных я остановился на артериосклерозе, по поводу которого ему тогда было назначено соответствующее лечение (режим, воздержание от алкоголя и табаку, внутрь *t-ra jodi*). При этом моем первом осмотре больной ни одним словом не обмолвился о том, что испытывает какое-бы

то ни было затруднение в прохождении у него пищи по пищеводу, — очевидно, с этой стороны дело тогда обстояло вполне хорошо. В прошлом у него были значительные злоупотребления алкоголем, но лues и другие половые заболевания отрицает. Ни тbc, ни каких-либо опухолевых процессов у него в роду не было. Большой женат свыше 40 лет, но детей не имел, много курил, курит умеренно и сейчас. Большую часть своей жизни промышлял пушниной и рыбой, живя почти безвыездно в Березове и его ближайших районах.

При объективном исследовании 30/XII получились следующие данные: больной ростом 175 сант., сухощавый, с бледными кожными покровами и слизистыми оболочками, с ввалившимися глазами и втянутыми щеками, дряблой, вялой мускулатурой и с полным отсутствием подкожного жирового слоя; костяк в порядке, лимфатическая система также. Лопаточные показатели (треугольники): малый 9—9—13 сант., большой 25—24—17 сант. На рукоятке грудины, на уровне I и II ребер, в вертикальном положении тела получается ясная тупость, длина которой на уровне нижнего края I ребра равняется 9,5 сант., на верхнем краю II ребра 10—11 сант.; тупость заходит влево от срединной линии и образует заметную выпуклость кнаружи в первом межреберье справа; в области IX межреберья тупость на 1½ сант. вправо от рукоятки, а влево — 2½ сант. Правая граница сердца сант. на 1½ кнаружи от l. sternalis dex., левая — на 2½ сант. влево от l. mammillaris sin. Первые тоны, особенно у основания сердца и еще больше на аорте, акцентированы, вторые глуховаты; на мечевидном отростке, чуть влево от него, слабый систолический шум. Пульс на прощупываемых артериях с ясным характером p. celeris. В яремной ямке, при приподнятых плечах и втянутой шее, отчетливой пульсации не замечается. Симптом Oliver'a-Cardagelli отрицательный. При каждой пульсации получается ясное сотрясение всей верхней половины туловища и головы. Сосуды все резко склерозированы, извилисты. Феномен Dugosier отсутствует. В лежащем положении обе границы тупости (правая и левая) заметно уменьшаются, а в области рукоятки грудины получается тупость лишь сосудистого пучка, но и в этом положении шумы не выслушиваются. Со стороны легких — ослабление дыхательного шума с жестким оттенком. Органы пищеварения и др. не привлекли на себя моего особенного внимания. Т° все время в пределах 36,0°—36,5°.

За время пребывания в больнице у Н. ничего нового замечено не было. Одно время лишь (с 4/I по 6/I) в левом межлопаточном пространстве можно было отчетливо выслушивать акцентированные сердечные тоны. Кроме того, с 14/I по 16/I у него обнаружился небольшой отек левой ступни, который бывал и раньше, также на короткое время. Иногда у больного наблюдались периоды — и довольно длительные, — когда в желудок проходила и задерживалась там не только жидкая и кашцеобразная пища, но больной мог делать попытки глотать смоченный мягкий белый хлеб. Отчасти благодаря этому, Н. за время пребывания в больнице заметно поправился, прибыл в весе, у него появился на щеках небольшой румянец, и общее самочувствие заметно улучшилось.

Распознавание: arteriosclerosis, dysphagia ex aneurismate aortae thoracicae (lusoria) intermittens, insufficientia v. tricuspidalis. Лечение: в первое время infusum condurango из 6,0 на 200,0, по 3 стол. ложки в день, а с 15/I t-ra jodi по 1—7 кап. 3 раза в день.

II. История болезни второго больного, крестьянина К., 35 л., такова: поступив в больницу 4/I 26 г., он сообщил, что болен 6 месяцев, причем жаловался на постоянные острые боли под ложечкой, особенно при глотании; последнее вообще затруднено, причем твердая пища совершенно не проходит, жидкая же проходит, но иногда с трудом и вскоре срыгивается; кроме того, К. жаловался на общую слабость, резкое исхудание и длительные запоры (по неделям). Аппетит есть. Определенных указаний на какие-либо заболевания в прошлом при сборании анамнеза собрать не удалось. Объективное исследование: кожные покровы и слизистые бледны, резкое исхудание, foetor ex ore, живот втянут, влево и чуть кверху от пупка небольшая опухоль, величиной с вишню, сидящая в стенка живота, неподвижная и неболезненная; в подложечной области констатировалась заметная болезненность, но никакой опухоли при самом тщательном прощупывании определить не удалось.

Как ни незначительны были данные этого исследования, я без больших колебаний должен был остановиться на распознавании у этого больного тоже дисфагии, но на почве злокачественной опухоли пищевода, — вероятно, карциномы с локализацией в верхней трети oesofagi, что отчасти подтвердилось и последующим течением болезни. Т°, бывшая у больного нормальной (36°—37°С) в первые дни, с 10/I стала давать постепенно возрастающие повышения, а 15/I достигла

39,7°, но 18/I пришла к норме с тем, чтобы до конца жизни его колебаться в пределах между 36,2° и 37,8°. 10/I у больного, далее, внезапно появились острые боли в правом боку, затруднившие дыхание, развился кашель с небольшим количеством вонючей мокроты, и в нижних отделах правого легкого стало определяться заметное притупление звука. В дальнейшем тупость эта стала подниматься и достигла постепенно уровня III—IV ребра, причем боль в правой половине грудной клетки потеряла свою остроту, с 23/I больной получил возможность проглатывать кусочки хлеба и сахара, но кашель с обильной вязкой, вонючей мокротой темно-серого цвета, с значительной примесью крови, не давал ему покоя, а одышка временами достигала сильных степеней. Больной стал буквально таять на наших глазах, общая и сердечная слабость быстро стали прогрессировать, развились отеки на стопах и голених, и 19/II Н., вскрикнув, скончался без особых мучений, при ясном почти сознании.

В этом случае дисфагия на почве канкрозного новообразования в пищеводе с метастазом в правое легкое была ясна. К сожалению, вскрытия за отсутствием при больнице секционной произвести нам не удалось. Почти такой же случай мне пришлось наблюдать в 1924 г. в Факультетской Терапевтической клинике Ярославского Университета, где больной после операции по поводу рака пищевода, в верхней его трети, на другой день после операции умер; на вскрытии диагноз подтвердился, и был обнаружен метастаз в верхней доле правого легкого, с ихорозным распадом легочной ткани, заполнившим больше половины этой доли.

Оба этих случая в первое время казались в патогенетическом отношении одинаковыми, и, когда больной Н. впервые явился ко мне на амбулаторный прием, я на основании первого своего исследования остановился на предположении у него тоже рака пищевода,— правда, под вопросом,—но затем, после поступления больного К., сравнивая между собою обе картины болезней, должен был отказаться от первоначального предположения и искать другого. Не располагая никакими вспомогательными диагностическими средствами и даже желудочным зондом,— введение которого у Н. я впрочем считал противопоказанным,—я вспомнил о проглотом, хотя и неособенно надежном, способе выслушивания акта глотания по Hamburger'y и Meltzer'y.

Hamburger'y тщательными исследованиями удалось установить, что у нормального человека со свободной проходимостью пищевода, при выслушивании шейной части последнего, на уровне подъязычной кости, во время проглатывания пищи можно услышать громкий, с металлическим оттенком, звук клокотания, а в грудной части пищевода, если выслушивать сзади и влево от позвоночника, можно слышать вплоть до уровня VIII грудного позвонка т. наз. шум проскальзывания. Если проходимость пищевода нарушена, то в указанных местах получаются различные другие звуки: то с характером трения, то шипящий или шелестящий, то звуки разбрасывания, а при полной непроходимости oesofagi в местах непроходимости наблюдается отсутствие всяких звуковых явлений, под местом же сужения—звук клокотания. По Meltzer'y во время акта глотания выслушиваются 2 звуковых явления, которые лучше всего определяются сзади и слева от мечевидного отростка. На основании наблюдений самого Meltzer'a и Th. Rosenheim'a первое из этих явлений наблюдается редко, появляется тотчас же после акта глотания и носит свистящий характер,—это, по Meltzer'y, „шум вливания“ (Durchspritzgeräusch), Ewald'ом названный первичным шумом глотания; звук этот диагностического значения не имеет. Второе звуковое явление наступает через 6—7 сек. после начала глотания,—это т. наз. „шум полоскания“ или шум проглатывания пищи (Durchpressgeräusch Meltzer'a или вторичный шум глотания Ewald'a).

Что касается наших больных, то у обоих на уровне под'язычной кости, лучше слева, отчетливо выслушивался первый шум *Ham burger'a*, который, думается нам, может иметь диагностическое значение при локализации стенозов в этой части пищевода. Ни второго шума *Ham burger'a*, на уровне IX—X ребер, ни обоих звуковых явлений *Meltzer'a* нам при повторных попытках глотания больными молока или воды определить не удалось. Основываясь отчасти на данных этого исследования, а главным образом на приведенных в обеих историях болезни данных, мы имели полное основание установить и у Н., и у К. дисфагию, только с различной этиологией.

С диагностической и патогенетической сторон нас больше интересовал первый из этих больных, у которого имело место затрудненное временами глотание, доходившее иногда до полной непроходимости пищи, при отсутствии во время акта глотания болевых ощущений, с обратным выведением пищи (то, что называется регургитацией и жвачкой—руминацией). Дисфагия у этого больного, как показали наши длительные наблюдения, была периодическая, перемежающаяся: то целыми неделями, даже месяцами она почти ничем не давала о себе знать, то была столь резко выражена и так длительна, что вызывала резкое истощение, заставлявшее думать о наличии злокачественного новообразования пищевода.

Подобные дисфагии обычно называют люзорными или, как предложил *Ham burger*, иллюзорными. Название *dysphagia lusoria* было впервые введено в обиход *Bufford'*ом, причем, по *Schönleir'u*, дисфагия эта обуславливается теми — конечно, редкими — случаями, когда *a. subclavia dex.* идет между пищеводом и позвоночником: по *Hurtl'u* же в основе люзорной дисфагии лежит вообще ненормальный ход этой артерии. Насколько удачно такое название, и что может быть иллюзорного в такой анатомической аномалии, которая к тому же может вести к нарушению общего питания, сказать трудно; я думаю, целесообразнее было-бы совершенно отказаться от такого обозначения, заменив его выражением *dysphagia intermittens*. Как показывает первый наш случай, характерными для данной формы дисфагии являются: 1) затруднение глотания перемежающегося характера, 2) отсутствие болезненности при акте глотания и 3) сохранившийся аппетит.

Вообще же дисфагия характеризуется тем, что при ней мы имеем затрудненное глотание или даже полное непрохождение пищи, всегда сопровождаемое регургитацией или руминацией, причем выслушивание по ходу пищевода дает, как указывают *Zenker* и *Ziemssen*, целый ряд звуковых явлений: 1) полное отсутствие глотательных шумов или значительное их ослабление, 2) внезапное исчезновение их на определенном месте, 3) короткие или продолжительные шумы клохтанья, бульканья или трения, 4) значительное укорочение глотательного акта и 5) отдачу глотательного шума вверх по пищеводу, или даже по сторонам. В особом сложном инструментарии для своего распознавания дисфагия пожалуй, не нуждается. Рентген, где он есть, конечно, уточняет наше распознавание, но чего безусловно надо требовать еще для установки диагноза дисфагии, — это обязательного микрофотографирования срыгиваемых масс (кусочки опухолей).

Патогенез дисфагий может быть самый разнообразный. Обуславливающие дисфагию сужения просвета пищевода в том или другом месте

его могут быть 1) врожденными, 2) возникающими вследствие прижатия чем-либо извне, 3) возникающими вследствие закупорки каким-либо инородным телом, 4) развивающимися на почве стриктур и 5) судорожными.

Врожденные сужения пищевода, хотя и наблюдаются весьма редко, все же должны быть принимаемы во внимание при патогенетическом дифференцировании отдельных случаев. Из литературы мне известно 3 случая, где глотание было затруднено с раннего детства, но больные умерли в пожилом возрасте: двое от общего истощения, один — от рака привратника. В одном случае (Everard'a Ohm'a) дело шло о женщине 59 лет, у которой при вскрытии позади первого кольца дыхательного горла было обнаружено правильное кольцеобразное сужение пищевода; во втором случае (Cassin'a) имелась почти полная атрезия входной части пищевода, и тем не менее больной прожил до 77 лет; в третьем случае (Zenker'a) у пивеи 66 лет существовало врожденное сужение пищевода, но какой степени, — указаний я не нашел. Интересно отметить, что атрезии пищевода в анатомическом смысле никому до сих пор наблюдать не приходилось (Conheim).

Дисфагии вследствие прижатия обуславливаются смещением или увеличением соседних органов, причем здесь они обычно носят интриттирующий характер (иллюзорный по Bufford'y) и, в зависимости от вызывающей их причины, могут давать и благоприятный прогноз *quoad vitam*. Опухоли, аневризмы аорты, околопищеводные абсцессы, наполненные пищевыми массами дивертикулы — вот те причины, которые могут, сдавливая в той или иной степени просвет пищевода, обуславливать различную степень его непроходимости. Эта группа дисфагий представляется наиболее интересной, так как, считаясь с значительным количеством органов, располагающихся по соседству с пищеводом, а с другой стороны имея в виду разнообразие и пестроту картины болезненных явлений, которые при этом могут наблюдаться, мы должны твердо помнить, что от точной и своевременной установки именно такого патогенеза дисфагии зависит если не полное устранение ее путем соответствующего вмешательства, то продление жизни больного, с субъективным и объективным улучшением его состояния, как это мы и наблюдали у нашего первого больного. Правда, больной этот находится постоянно под Дамокловым мечем, но все же пока он в состоянии есть, пить, спать, гулять, заниматься легкой работой.

Сужения пищевода могут быть, далее, вызваны закупоркой его различными *посторонними телами* — дянными стебельчатыми полипами, спускающимися сюда из полости рта, массами *soog'a* и, наконец, опухолями, исходящими из стенок самого пищевода, большей частью ракового характера. По указанию Rosenheim'a, в 90% сужение пищевода зависит именно от рака его, тогда как на долю всех остальных причинных моментов падает лишь 10%.

Могут, затем, дисфагии зависеть от *структурных изменений самих стенок пищевода* — их рубцового перерождения и, может быть, гипертрофии мышечных слоев стенки. Последний момент, впрочем, берется некоторыми авторами под сомнение, значение же первого несомненно, причем стягивающие пищевод рубцы могут возникать на почве сифилиса, tbc, после ожогов, — особенно минеральными кислотами и щелочами, — при острых инфекциях и т. д.

Последние две формы дисфагии—это дисфагия *спастического* характера, т. наз. эзофагоспазм со всем присущим ему симптомокомплексом, и дисфагия *паралитическая* когда акт глотания бывает затруднен и даже может быть совершенно невозможен вследствие утраты пищеводными мышцами способности к перистальтическим сокращениям. При обоих формах бывает поражен нервно-мышечный прибор пищевода в зависимости от заболеваний, локализирующихся где-нибудь в головном или спинном мозгу. Спастические дисфагии в большинстве случаев могут быть названы иллюзорными, так как обычно, благодаря принятым лечебным мероприятиям, такие дисфагии не носят угрожающего жизни больного характера и могут быть излечены. По Schlesinger'у, явления спастической дисфагии чаще разыгрываются в верхней трети пищевода.

В заключение приведу классификацию дисфагий, предложенную одним из видных старых клиницистов, именно, Oppolzer'ом, который, совершенно не упоминая о врожденных сужениях пищевода, обуславливающих дисфагию, различает лишь следующие ее формы: *dysphagia inflammatoria, spastica, paralytica, organica et lusoria.*

Prof. W. G. B o s c h o w s k y (Tobolsk). Zur Frage über die Dysphagie. Zum Grund dieser Mitteilung sind zwei von dem Autor beobachteten Fälle der Dysphagie gelegt, wobei in einem von ihnen die Ursache der Dysphagie das Aneurisma der Aorta thoracica war, in dem anderen—cancer oesophagi mit Metastasen in die rechte Lunge. Bei anfänglicher Untersuchung haben sich beide Fälle pathogenetisch identisch vorgestellt und nur in weiterem gelang es dem Autor aufzuklären, dass die Dysphagie in einem und anderem Falle von verschiedenen Ursachen abhängt.

К вопросу об остром расширении желудка.

Ассистента клиники Н. Д. Ниптенко.

До настоящего времени нет еще полного согласия во взглядах на острое расширение желудка, являющееся тяжелым осложнением после самых различных операций, некоторых внутренних заболеваний, а изредка—даже самостоятельным страданием. Чаще всего острое расширение желудка наблюдалось после операции в брюшной полости, но имеются также указания на наступление этого осложнения и после операций на конечностях (Paug, Дитерихс, Курганов), после перелома бедра (Henderson), после операций на позвоночнике, а также при различных терапевтических заболеваниях (Hartman, Leséne), катетеризации (Braun), после бурного смеха (Smorl) и др.

В Ортопедической клинике Гос. Института для усовершенствования врачей мы имели возможность наблюдать 10 случаев острого расширения желудка у 9 больных, из которых один был оперирован дважды и оба раза дал картину острого расширения желудка. В 8 случаях это осложнение имело у нас место после операций на тазобедренном суставе и по соседству с ним (на 108 таких операций), в 1 случае—после ампутации бедра и в 1—после внутриягодичного впрыскивания гвоздичного масла (из многие тысячи подобного рода инъекций). Привожу краткие выдержки из историй болезней наиболее интересных случаев.

Случай I. Больная Ч., 17 лет, поступила в клинику 20/IX 1923 г. по поводу неросшегося перелома шейки бедра. В 13-летнем возрасте, после сыпного тифа, образовались контрактуры обоих бедер. Во время насильственного исправления этих контрактур отцом (простым крестьянином) произошел перелом шейки бедра, неросшийся до настоящего времени. Слабое телосложение. Со стороны желудочного-кишечного тракта отклонений от нормы нет. 3/X артропластика под смешанным хлороформно-эфирным наркозом. Гипсовая повязка на бедро с полукорсетом. 4/X № 37,30—37,10, пульс 148—160, слабого наполнения, больная жалуется на тяжесть под ложечкой и тесноту полукорсета; обильная и частая рвота после операции не прекращается; подавленное состояние, задержание мочи, бессонница; гипс разрезан, после чего оказалось, что живот в области левого подреберья шарообразно вздут; при перкуссии тимпанический звук; терапия: подкожное вливание 600 куб. ст. физиологического раствора, подкожное впрыскивание морфия 2 раза в день; моча выпущена катетером. 6/X температура держится в пределах 37,10—37,5°, пульс 116—120, рвота реже, живот вздут немного больше, газы отходят через газотводную трубку; задержание мочи; терапия та же. 7/X температура 37,40—37,90, пульс 112—116, вздутие живота уменьшилось, рвота прекратилась больная мочится сама. 8/X все пришло в норму, гипсовый полукорсет укреплен добавочными бинтами.

Случай II. Больной П., 42 лет, поступил в клинику 6/III 1924 г. по поводу застарелого вывиха тазобедренного сустава. Слабое телосложение, слабо развитые мускулатура и жировой слой, со стороны желудочно-кишечного тракта изменений нет. 15/III кровавое выправление вывиха под эфирно-хлороформным

наркозом; после операции постоянное вытяжение конечности. 16/III t° 36,4⁰—36,9⁰, пульс 110—116, жалобы на ощущение тяжести в области желудка, частая, довольно обильная рвота, вздутие живота вверху, главным образом в области желудка; тимпанит; общее состояние удовлетворительно; задержание мочи; терапия: морфий под кожу, катетеризация. 17/III t° 37,3⁰—37,9⁰, пульс 124—120, вздутие распространилось почти до пупка, тимпанит, при ощупывании плеск; рвота реже и не так обильна; задержание мочи: самочувствие сравнительно удовлетворительное; терапия та же. 18/III t° 37,4⁰—37,8⁰, пульс 96—92, вздутие живота значительно уменьшилось, рвоты нет, мочится сам. 19/III все явления со стороны желудка прекратились.

С л у ч а й III. Больной К., 35 лет, поступил в клинику 18/V 1925 г. по поводу контрактуры коленного сустава под углом в 80° после флегмоны бедра; слабое телосложение; жалуются на хронический катарр желудка. 25/V под эфирно-хлороформным наркозом редрессация до угла в 130°. 30/V повторная редрессация под наркозом до угла в 170°; гипс; вскоре после операции гипс разрезан вследствие растройства кровообращения в ноге; к вечеру в подколенной впадине образовалась громадная гематома, и началась гангрена стопы; в 12 ч. ночи операция с целью перевязки разорванных сосудов и удаления гематомы; перевязка сосуда не сделана, т. к. крупные сосуды целы, а разорванный мелкий не найден; ампутация бедра, в виду сильного упадка сердечной деятельности, отложена; физиологический раствор (1000 куб. ст.) под кожу, грелки. 3/VI в виду улучшения общего состояния больного произведена ампутация бедра под эфирным наркозом. 4/VI t° 37,2⁰—37,6⁰, пульс 140—152, слабого наполнения; частая обильная рвота, вздутие живота в верхней части, тимпанит, подавленное состояние, задержание мочи и газов; терапия: физиологический раствор (1000 куб. ст.) под кожу, морфий 2 раза в день под кожу, катетер, газоотводная трубка; грелки вокруг тела. 5/VI t° 37,8⁰—38,4⁰, пульс 136—142, слабый; вздутие распространилось ниже пупка, рвота реже, плеск, задержание мочи, газы отходят через газоотводную трубку. 6/VI t° 37,8⁰—38,1⁰, пульс 120, рвота прекратилась, вздутие живота значительно меньше, мочится сам. 7/VI почти все явления со стороны желудка пришли в норму.

С л у ч а й IV. Больная 18 лет, поступила в клинику 23/IX 1925 г. по поводу тяжелой двусторонней соха вага и двустороннего genu valgum; слабое телосложение, со стороны желудочно-кишечного тракта отклонений от нормы нет. 30/IX под эфирно-хлороформным наркозом osteotomia subtrochanterica et osteotomia supracondylarica; гипс на всю ногу с полукорсетом. 1/X t° 36,9⁰—37,3⁰, пульс 110—124, жалобы на тугость повязки в верхнем отделе; гипс на животе разрезан, найдено вздутие живота в подложечной области; отрыжка, редкая рвота небольшими количествами, задержание мочи; терапия: морфий под кожу, катетер. 2/X t° 36,6⁰—37,0⁰, пульс 120—124, вздутие живота немного увеличилось, рвота редкая, задержание мочи, общее состояние сравнительно удовлетворительное. 3/X вздутие живота почти прекратилось, рвоты нет, мочится сам; гипс укреплен. 2/XII под эфирно-хлороформным наркозом редрессация правого колена и остеоклазия бедра в верхней трети; гипс на всю ногу с полукорсетом. 3/XII t° 37,0⁰—37,2⁰, пульс 120, жалобы на тяжесть под ложечкой; отрыжка, редкая рвота; гипс разрезан, обнаружено небольшое вздутие в левом подреберье. 4/XII t° нормальна, пульс 112—120, вздутие живота увеличилось, рвота 2 раза. 5/XII почти все явления со стороны желудка прекратились; гипс укреплен.

С л у ч а й V. Больной 32 лет, врач, поступил в клинику 18/II 1926 г. по поводу tbc спондилита; болен 5 месяцев; боли в пояснице; поражены XII грудной и I поясничные позвонки, со стороны внутренних органов—tbc легких II стадии; отмечает, что изредка бывает тяжесть в подложечной области, которая в виде опоясывающих болей распространяется кзади; хорошо упитан; терапия: постоянное вытяжение в Глисоновой петле, подкожные инъекции в ягодичку 30% раствора гвоздичного масла в ol. amygdalar. dulc. по 4,0—15,0 2 раза в неделю¹⁾. 20/II впрыснуто в ягодичку подкожно 4 куб. ст. 30% гвоздичного масла. 21/II улучшение

¹⁾ В виду того, что лечение костного tbc инъекциями эфирных масел, как метод, применяется в нашей клинике, согласно предложению проф. М. О. Фридлянда, впервые, считаю необходимым, впредь до специального сообщения на эту тему, указать здесь вкратце методику лечения: инъекции 20%—30% гвоздичного или эвкалиптового масла в миндальном масле производятся 2 раза в неделю в постепенно возрастающих дозах, от 5 куб. ст. до 20 куб. ст., подкожно в ягодичную область; всего производится 10 инъекций.

самочувствия и уменьшение болей. 23/II вприснуто 8 кб. ст. 30% гвоздичного масла. 24/II t° 35,5^o—36,0^o, пульс 120—132, слабый; уже к вечеру 23/II усилились боли в позвоночнике, появилось ощущение тяжести в подложечной области. Утром 24/II живот вздут почти до пупка, тимпанит, отрыжка, рвота в виде срыгивания, язык сухой, подавленное состояние, газы и моча не отделяются; при осмотре бросаются в глаза очень частые характерные глотательные движения с заглатыванием воздуха и последующей отрыжкой (аэрофагия); больному предложено воздерживаться от заглатывания воздуха, что он и сделал; терапия: морфий под кожу 2 раза в день, газоотводная трубка; вечером моча спущена катетером, после чего стали отходить газы. 25/II t° 37,3^o—38,3^o, пульс 120; вздутие живота увеличилось и доходит до середины расстояния между пупком и лобком; редкая рвота в виде срыгивания; мочится сам. 27/II все прошло в норму. 1/III вприснуто в ягодицу 5 кб. ст. 30% гвоздичного масла. 2/III осложнений нет. 4/III вприснуто 8 кб. ст. 30% гвоздичного масла. 5/III ощущение тяжести под ложечкой, но вздутия и рвоты нет; пульс учащен и доходит до 120, слабого наполнения, при нормальной t° .

Кроме приведенных 6 случаев острого расширения желудка, имевших место у пяти больных, острое расширение желудка наблюдалось нами еще в 4 случаях, которых я не привожу в виду полной аналогии их с вышеприведенными.

Интерес всех этих случаев заключается в том, что острое расширение желудка произошло здесь после операций на нижней конечности, т. е. в области, отдаленной от желудка, а в одном случае—после такого незначительного лечебного вмешательства, как подкожное впрыскивание гвоздичного масла в ягодицу.

В первых 4 случаях причиной острого расширения желудка, видимо, был наркоз. Здесь пониженный тонус мускулатуры желудка, как обычное явление после наркоза, мог легко повести к острому расширению этого органа. Особенно это относится к случаю III, где больной был ослаблен тремя тяжелыми операциями, произведенными в короткий промежуток времени. Случай IV поражает необыкновенной легкостью симптомов и склонностью к повторению после каждой операции. В случае V, где острое расширение желудка развилось после инъекций гвоздичного масла, причиной его несомненно была аэрофагия; здесь также можно отметить склонность к повторному расширению желудка после одной из следующих инъекций, если принять за признаки его частый, слабый пульс при низкой температуре с ощущением тяжести в области желудка (а что такое предположение можно сделать, — подтверждает случай *Bochard'a и Hartman'a*, где упадок сердечной деятельности был единственным симптомом острого расширения желудка, окончившегося смертью и подтвержденного вскрытием) (*Дитерихс*).

Как видно из приведенных историй болезней, картина острого расширения желудка развивается таким образом, что в первые дни после операции у больных появляется ощущение тяжести в области желудка и рвота—в одних случаях небольшими порциями в виде срыгивания, в других—частая, обильная; дальше замечается шарообразное вздутие живота в области желудка, распространяющееся быстро книзу; при перкутировании области вздутия получается тимпанический звук, при ощупывании—плеск. Обычно уже с самого начала заболевания, иногда даже, как первый симптом, наблюдается резкий упадок сердечной деятельности, в виде частого, слабого пульса при низкой t° . Нередко имеется подавленное общее состояние, задержание мочеиспускания и отхождения газов. Картина, наблюдавшаяся у наших больных, в общем ничем не отличается от картины, описанной авторами (*Дитерихс*). В некоторых

из описанных в литературе случаев, как и в наших, острое расширение желудка было доброкачественным, неособенно тяжелым заболеванием, в других оно проявлялось гораздо более тяжко, оканчиваясь смертью, причем у одних больных смерть наступала от вторичного артерио-мезентериального сужения *duodeni*, у других — и без такого сужения, от одного расширения желудка. Подобные случаи были описаны *Henderson*ом и *Кургановым*, причем последний приводит даже протокол вскрытия.

В случаях смертельного исхода на вскрытии находят большое расширение желудка и *duodeni*, доходящее до места перекрещивания 12-перстной кишки с *art. mesenterica super.*; дальше *duodenum* и тонкие кишки представляются бледными, спавшимися, отдавленными растянутым желудком вниз, желудок атоничен и наполнен жидкостью и газами, на брюшине явлений перитонита не обнаруживается (*Дитерихс*). В случае, описанном *Кургановым*, желудок оказался растянутым до симфиза, *pylorus* — проходимым, 12-перстная кишка, все тонкие и толстые кишки — пустыми, в 12-перстной кишке явлений сдавления не оказалось.

Что касается патогенеза острого расширения желудка, то в настоящее время принята та точка зрения, что надо различать и строго дифференцировать два совершенно самостоятельных заболевания: острое расширение желудка и артерио-мезентериальное сужение 12-перстной кишки, причем как при первом может вторично развиваться артерио-мезентериальное сужение 12-перстной кишки, так, наоборот, при втором может вторично развиваться расширение желудка (*Гессе*). Вторичное развитие артерио-мезентериального сужения 12-перстной кишки после острого расширения желудка наблюдается тогда, когда желудок, сильно растянутый находящимися в нем жидкостью и газами, отдавливает тонкие кишки вниз, натягивает *arter. mesenterica super.*, отходящую от аорты и образующую вместе с нею как-бы вилку, в которой лежит *duodenum*. Благодаря этому происходит сдавление *duodeni* суженными натяжением брыжжейки ножками вилки, что влечет еще большее расширение желудка.

Относительно причины первичного острого расширения желудка у авторов нет согласия. Существует несколько разных теорий. По *Наберегу* причиной его является шок, зависящий как от непосредственного повреждения желудка, так и от рефлекторного раздражения его нервных сплетений. *Наберег* описывает случай острого расширения желудка после резекции тазобедренного сустава с обнажением брюшины, причем введенный тампон касался ее; по удалении тампона расширение желудка прекратилось. Многие видят причину острого расширения желудка в наркозе, который особенно пагубно действует на запустевший, вследствие голодания, желудок и приводит его в паретическое состояние, длящееся и после наркоза (*Раур*). *Спасокукотский* и *Краузе* склонны видеть причину острого расширения желудка в появлении отрицательного давления в брюшной полости: благодаря последнему, происходит присасывание стенки желудка брюшной стенкой напрягающейся подложечной области. Подобного рода явления наблюдались *Спасокукотским* после операций на желудке. *Lardennois* объясняет часть случаев острого расширения желудка аэрофагией. Последняя имеет место у нервных людей, страдающих болезненными ощущениями в желудке и чувством давления под ложечкой, вследствие чего подобного рода больные делают частые, бессознательные глотательные движения, приводящие к загла-

тиванию значительных количеств воздуха. Вслед за заглатыванием воздуха происходит отрыжка, облегчающая больного, но проглоченный воздух с отрыжкой выделяется не весь. Таким образом при часто повторяющейся аэрофагии создаются благоприятные условия для острого расширения желудка, особенно в послеоперационном периоде, когда рот и язык сухи, больной истощен операцией, наркозом и предшествовавшим голоданием, и тонус мускулатуры желудка ослаблен. В таких случаях вялые стенки желудка легко растягиваются, что может повести к закрытию *cardiae* и образованию клапана, открывающегося только в одну сторону. Подобные случаи описаны *Mathieu* и *Кургановым*.

Так как ни одна из этих теорий, будучи взята в отдельности, не объясняет всех случаев острого расширения желудка, то можно думать, что последнее в ряде случаев происходит вследствие одновременного действия нескольких причин в различных комбинациях.

Гораздо реже бывает первичное артерио-мезентериальное сужение 12-перстной кишки с вторичным расширением желудка. Очень трудно представить себе картину артерио-мезентериального сужения 12-перстной кишки, зависящего от сдавления ее *art. mesenterica sup.*, так как для этого необходимо допустить, что натяжение брыжжейки книзу может обуславливаться свисанием пустых, маловесящих тонких кишек, тяжесть которых, по исследованию *Albrecht'a*, не превышает 500 грамм. Однако наблюдения показывают, что подобного рода сдавления все-таки бывают. Для этого необходимы анатомические условия в виде врожденного порока развития брыжжейки, а именно, чрезмерной длины ее (*Ombredanne*), в виде энтероптоза (*Glenard*), сколиоза позвоночника. стеноза *pylori* у нервных больных (*Codman, Kellog*), или, как это наблюдал однажды *Haberger*, в виде хронического сдавления *duodeni* большой пупочной грыжей.

Для дифференциальной диагностики описанных двух осложнений необходимо знать, что: 1) острое расширение желудка—болезнь доброкачественная, редко оканчивающаяся смертью, артерио-мезентериальное же сужение—тяжелое осложнение, ведущее часто к летальному исходу (*Гессе*); 2) при остром расширении желудка перистальтики желудка нет, вследствие его первичной атонии, при артерио-мезентериальном же сужении вначале имеется часто просматриваемая перистальтика желудка, а потом, когда разовьется вторичная атония желудка, и мышцы его не в состоянии преодолевать нижележащие препятствия,—перистальтика исчезает (*Гессе*); 3) при остром расширении желудка промывание дает улучшение общего состояния и выравнивает пульс, при артерио-мезентериальном же сужении этого нет (*Haberger*); 4) при артерио-мезентериальном сужении *duodeni* во время операции обнаруживается резкая граница между пустой и переполненной частью кишечника, чего нет при остром расширении желудка (*Гессе*).

Относительно терапии острого расширения желудка можно сказать то же, что и о патогенезе, а именно, что здесь нет точно установленного лечебного метода. Большинство авторов рекомендует бороться с атонией желудка многократными промываниями его теплым $1/2\%$ раствором соды, но *Raug* и *Albrecht* предостерегают от подобных промываний, так как они еще больше способствуют паралитическому состоянию желудка и, кроме того, вредно действуют на психическое состояние больных.

Затем хорошим средством считается перемена положения больного из спинного на положение на боку и *à la vache* (Schnitzler), что, кстати сказать, противоречит взгляду, высказанному Спасокукотским, так как положение *à la vache* способствует понижению внутрибрюшного давления, в каком-то моменте он видит как раз причину острого расширения желудка. Дитерихс к этому еще присоединяет наклонное положение кровати с приподнятым ножным и опущенным головным концом. Краузе после операций на брюшной полости советует применять давление на область желудка; этим имеется в виду предупредить влияние отрицательного давления в брюшной полости. Одновременно надо бороться с упадком сердечной деятельности вливаниями физиологического раствора, камфорой и т. д. Нужно ли оперировать больного в тех случаях, когда подобное лечение не дает эффекта? Большинство держится того взгляда, что *gastro-enterostomia* здесь не только бесполезна, но и отнимает у больного последние силы. В нашей клинике лечение сводилось к подкожному введению морфия, а в некоторых случаях—к подкожному вливанию физиологического раствора, и всегда с хорошим исходом. Что касается введения морфия, то оно в наших глазах оправдывалось наличием шока, сопутствующего острому расширению желудка. Есть основание думать, что более легкие случаи протекают благоприятно и без всякого специального вмешательства.

При сопоставлении наших случаев острого расширения желудка с случаями, приведенными в литературе, невольно бросаются в глаза сравнительная доброкачественность наших случаев и то обстоятельство, что с тех пор, как мы стали обращать внимание на описываемое страдание, оно имеет место у нас сравнительно не так уж редко. Это, в свою очередь, заставляет думать, что легкие случаи острого расширения желудка имеют место значительно чаще, чем это до сих пор описывалось. Целью настоящей работы и является стремление обратить внимание на эти легкие формы, так как они, несомненно, входят в общую цепь картины страдания, будучи его начальными звеньями. На другом полюсе этой цепи сосредоточены те тяжелые формы, которые, кончаясь летально, впервые привлекли внимание исследователей и составляют главную массу литературной казуистики.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Алексеев. Каз. Мед. Журнал, 1925, № 5.—2) Braun. Zentr. f. Chir., 1904.—3) Дитерихс. Послеоперационный период. Москва, 1924,—4) Греков. Русский Врач, 1910, № 46.—5) Haberer. Erg. f. Chir. u. Orthop. 1913, Bd. V.—6) Hartmann. Presse med., 1920, № 64—7) Henderson. Journ of orthop. surg., 1921, III.—8) Kleinschmidt. Erg. f. Chir. u. Orthop., Bd. V.—9) Курганов-Мюллер. Моск. Мед. Журн., 1922, № 10--12.—10) Краузе. Доклад на XVI Съезде Хирургов 1924,—11) Paug. Zentr. f. Chir., 1904.—12) Спасокукотский. Врач. Дело, 1923, № 18.—13) Соколов. Прения по его докладу в 17 засед. Р. Х. О. им. Пирогова I/II 1922 г. Вест. Хир. и Попр. Обл. 1923, т. III, кн. 7.—14) Wilms. Münch. med. Woch., 1901.

D-r N. D. Kiptenko (Kasan). Zur Frage über die acute Erweiterung des Magens.

Der Autor hat 10 Fälle der acuten Erweiterung des Magens, meistens nach den Operationen an unteren Extremitäten, beobachtet. In 1 Falle übrigens hat sich die Complication nach einer solchen geringen Vermittelung, wie subcutane Injektion des Nelkenöls entwicckelt. In allen Fällen verging die Erkrankung vollkommen gutartig und zur Entfernung derselben war es genügend das Morphium anzuwenden und bei manchen Kranken—subcutane Injektion der physiologischen Lösung. Nach der Meinung des Autors kommen solche leichte Fälle der acuten Magenerweiterung, welche manchmal ohne irgend welche Behandlung vergehen, viel öfter vor, als bis jetzt es beschrieben wurde.

Внутрипеченочные камни.

Проф. М. А. Чалусова.

Вопрос о внутрипеченочных камнях довольно плохо освещен в литературе, а между тем он имеет и теоретическое, и отчасти немало-важное практическое значение. Каждый мясник знает, что при обработке печени животных в ней иногда можно встретить желчные камни различной консистенции и в различных количествах. Веер указывает, что 8,3% печеночных желчных камней встречается при вскрытиях. Bland-Sutton в своей работе дает рисунок (привожу по С. П. Федорову, стр. 71), где видно, как печеночные ходы наполнены камнями различной величины.

Но как часто внутрипеченочные камни встречаются в печени человека при операциях над желчным пузырем и желчными протоками? Какое они имеют отношение вообще к пузырно-желчнокаменной болезни? Встречаются ли камни одновременно и в печени, и в желчном пузыре? Какая связь существует между внутрипеченочными и пузырными камнями? Какое отношение имеют внутрипеченочные камни к рецидивам желчных камней в протоках и в желчном пузыре?—вот вопросы, которые не только различно решаются разными авторами, но часто и вовсе не затрагиваются. А между тем незнание с вопросом о внутрипеченочных желчных камнях ставит хирурга иногда в неловкое положение как в смысле диагноза, так особенно в смысле прогноза. Посмотрим впрочем, что имеется на этот счет в литературе вопроса.

Проф. С. П. Федоров в своей монографии „Желчные камни и хирургия желчных путей“ говорит: „Мне пришлось однажды удалить через гепатикотомию 60 камней, а также и пузырь, набитый такими же камнями. Благодаря дренажу печеночного протока, в послеоперационном периоде отошло еще 5 камней“.

До 1911 г. наиболее полно вопрос этот был разработан Noguchi, который в одном из своих случаев поставил клинический диагноз „желчного камня в d. choledochus или hepaticus“; при операции, к своему удивлению, он в предполагаемых местах камня, однако, не нашел, а нашел его в веществе печени, на ее нижней поверхности; через гепатикотомию камень был удален; он как-бы плавал в желчи, был очень хрупкой консистенции и был вычерпан ложкой. Больной страдал, по словам Noguchi, настоящими припадками желчнокаменных коликов.

Как проф. С. П. Федоров, так и Noguchi в своих работах ссылаются на авторов, которые встречались с внутрипеченочными камнями или при операциях по поводу печеночных абсцессов, или на секционном столе, причем во многих случаях, как в случае Kocher'a, можно было и ранее заподозрить возможность внутрипеченочного камня. Hawkes определил присутствие такого камня путем рентгенодиагностики.

Конечно, не только Kehr'y, Robson'y, С. П. Федорову, но и многим другим известно, что после полного удаления желчного пузыря при дренировании протоков наблюдается выход желчных камней: в подобных случаях это явление объясняется,—если не ошибаюсь, с легкой руки Кehr'a—по шаблону: „эти камни суть те камни, которые остались незамеченными в протоках при операции“; при истолковании рецидивов камней путаница еще больше: „рецидивы камней—это камни, ускользнувшие при операции вверх по протокам и оставшиеся незамеченными“. Так-ли это,—это, как увидим ниже, еще большой вопрос.

Haasler говорит о внутрипеченочных камнях: „...Nicht nur die groben Veränderungen, wie Leberabscesse und drohende Perforationen, auch andere Arten cholangitischer Herde können unter der Kapsel bemerkbar sein und einen Eingriff erfordern. Auch intrahepatische Steinherde, meiner Ansicht nach ein Hauptursache der Steinrecidive im choledochus. kann man auffinden und zu beseitigen versuchen“...

Поэтому Haasler совершенно справедливо рекомендует при всякой операции на печени, желудке и смежных с ними областях обследовать печень пальпацией, каковое обследование, по Haasler'y, полезно не только в смысле определения внутрипеченочного очага, но и в смысле определения консистенции и величины печени, что нередко служит важным моментом при выработке правильного прогноза.

Из цитируемой мною статьи Haasler'a невидно, встречался-ли он сам с внутрипеченочными желчными камнями, или составил свое мнение на основании только литературных данных. Зато W. Mayo встретил три подобных случая; он говорит: „In all one or more stones were found in the gallbladder or in the adjacent liver border“... G. Connell утверждает, ссылаясь на Hawkes'a и др., что конкреции встречаются и могут быть удалены из любой части желчного аппарата. I. Erdmann, разбирая вопрос о наличии множественных камней одной величины в протоках и желчном пузыре, говорит: „We are all aware of the presence of hepatic stones, and in view of this established fact, I advance the above argument as to the possible migration from the liver to the gallbladder“. Не менее определенно выражается Walton, указывающий на то, что нередко наблюдается одновременное присутствие мелких камней или известкового песка высоко в печеночном протоке (или протоках), в пузыре, в d. cysticus и d. choledochus; эти мелкие конкременты, этот песок, по его мнению, и служат ядрами для образования нижележащих камней. Körte, узнав от проф. Benda, что при застоях желчи патолого-анатомам нередко приходится встречать в желчных ходах печени различные конкременты, стал держаться такого мнения: „Ich halte dieselben für einen Beweis, dass die Concrementbildung nicht nur in der Blase, sondern unter gewissen Bedingungen auch in den Gallenwegen der Leber vor sich gehen kann, und halte ich dieselben für die Anfänge neuer Gallensteine“.

Не желая заромождать свою статью дальнейшими цитатами, перейду к описанию своего случая, который, мне кажется, довольно ярко освещает многие стороны вопроса о внутрипеченочных камнях; кроме того, случай этот интересен тем, что здесь дело шло об одновременном присутствии солитарного камня в желчном пузыре и камней на перифе-

рви печени, вдали от пузыря; подобных случаев я не встречал в доступной мне литературе.

Больная С., 45 лет, замужняя, поступила в Самарскую Центральную Советскую больницу имени Н. И. Пирогова в 1925 г. Считает себя больной лет 12, когда у ней стали появляться боли в правом боку под ребрами; боли эти иногда совсем проходили, иногда появлялись вновь то сильнее, то слабее, тяжесть же и какаля-то неловкость под ребрами чувствовалась почти постоянно, особенно при работе. За последние две недели у больной развились сильные боли в правом подреберье, рвота, затрудненное дыхание и резкая слабость, заставившие ее пролежать в постели три дня. С. всю свою жизнь страдает ревматизмом, причем лет 10 тому назад у ней сильно распухали суставы. Перенесла крупозную пневмонию. Желтухи никогда не наблюдала.

Больная ниже среднего роста, подкожный жирный слой у ней развит очень слабо, мускулатура тоже. В крупных суставах хруст. Сердечный толчек смещен кнутри и книзу. На первом тоне слабый шум, перебои. В правой доле легкого ослабленное дыхание. Правая половина живота вздута, правое подреберье выпячено. Печень прощупывается на два пальца ниже подреберья; в области желчного пузыря определяется опухоль с $\frac{1}{2}$ кулака величиною, при пальпации болезненная. Селезенка не прощупывается. Поперечно-ободочная кишка болезненна; стул задержан, t° нормальная. Диагноз *cholelithiasis, cholecystitis chronica*.

3/II 25 г. операция под местной инфильтрационной анестезией 1% раствором кокаина. Разрез по краю правого подреберья. Печень темно-сизого цвета, значительно увеличена; желчный пузырь в сращениях, достигающих величины кулака; последовательное отделение сращений с желудком, салынником, с печенью и поперечно-ободочной кишкой. Сам пузырь значительно увеличен, темнокрасного цвета, стенки его плотны, толсты и напряжены; через них прощупывается камень величиною с грецкий орех. *Dd. cysticus, hepaticus* и *choledochus* свободны. При пальпации печени на ее наружно-верхней поверхности, приблизительно по *lin. m. m. millaris dex.*, у края ребер, прощупывается узел величиною и формой с миндалем; через разрез печени удалена целая цепочка камней; печеночная рана закрыта швами, кровотечение ничтожно, желчи незаметно. Желчный пузырь удален, дренаж желчного протока, изолирующая полоска марли по ходу дренажа; рана живота, кроме места выхода дренажа и полоски, зашита наглухо. Повязка. Больная перенесла операцию без единой жалобы; пульс слабый, как и до операции, тошнота.

4/II. Больная слаба; t° нормальна. *Ol. camphorae* под кожу.

5/II. Рвота; пульс слаб и част, иногда больная теряет сознание; t° нормальна. Промыт желудок, в котором оказалось много желчи; после того рвота и тошнота прекратилась. *Ol. camphorae* под кожу.

6/II. Больная еще слабее, пульс частый, малый; вприснуто 10,0 камфарного масла и 3 литра физиологического раствора. Несмотря на это слабость продолжала прогрессировать, и в 6 ч. веч. наступила смерть; вскрытие, вследствие несогласия родственников, произведено не было.

Солитарный камень, удаленный из пузыря, во влажном виде был почти черного цвета; местами на нем, особенно по его малой окружности, выступали вкрапления беловато-желтоватого цвета подобно бородавкам на коже. Наибольшая окружность камня—7 сант., наименьшая—6 сант., вес $2\frac{2}{3}$ золотника. Тот же камень в сухом виде был серого цвета, вкрапления же своего цвета при высыхании не меняли. Цепочка камней из периферии правой доли печени состояла из 17 камней различной величины и причудливых форм, беловато-желтоватого цвета; все свойства их,—форма, цвет и консистенция,—ничем не отличались от таковых же свойств вкраплений в солитарный камень желчного пузыря, ибо эти вкрапления можно было без труда выковырять из почти черной массы большого камня и подвергнуть изучению.

Оставляя в стороне разбор вопроса о причине смерти больной, постараемся проанализировать нашу находку по возможности со всех сторон. Прежде всего спросим себя, одновременно-ли образовались большой камень пузыря и камни желчных протоков в периферии печени? Очевидно, нет: большой камень с поверхности оказался состоящим из почти черной массы, да и величина камней не говорила в пользу одинакового возраста их,—ясно, что камень пузыря был старше. По своему строению этот

камень оказался пигментно-холестеариновым, маленькие же камешки в периферии печени были известковые. Большой камень на распиле обнаруживал радиарное расположение основной пигментно-холестеариновой массы, за исключением периферического слоя, бывшего в 1—1,5 мм. толщиной и во влажном состоянии представлявшего почти черным (слой этот, очевидно, был самым молодым); маленькие камушки состояли из равномерной известковой массы без пигмента. В большом камне в темный периферический слой его были вкраплены камешки различной величины известкового характера, мало чем отличавшиеся от камешков с периферии печени.

Откуда,—спрашивается теперь,—взялись эти вкрапления в большой камень? Может быть только два решения этого вопроса, а именно, что эти вкрапления или образовались на месте, в желчном пузыре, или они принесены с потоком желчи из печени. В первом случае мы должны предположить, что в однообразной химической среде (желчь в пузыре) в одно и то же время образуются по крайней мере два вещества—черный пигмент, отлагающийся равномерным слоем на периферии, и выпадения извести, в виде вкраплений оседающие в то же время и в том же пигменте. Но подобное объяснение—по меньшей мере натяжка; гораздо проще, естественнее и логичнее думать, что желчные камни могут образоваться и одновременно, и в разное время, всюду по желчным путям, где есть для того подходящие условия, нам почти неизвестные; по желчным путям с током желчи камни могут передвигаться вниз по *d. hepaticus*, причем могут заходить с желчью в пузырь или проходить прямо по *d. choledochus* в *duodenum*, с током желчи из пузыря по *d. cysticus* передвигаться в *d. choledochus* и т. д. Могут-ли они естественными силами, т. е. сокращением желчного пузыря, действием жема Oddi, перистальтикой *duodeni* и других кишек и т. п. быть загнаны высоко в желчные ходы против тока желчи, который обуславливается теми же силами,—это большой вопрос.

За то понимание природы процесса, которое я хочу здесь выкристаллизовать, говорит целый ряд фактов. Внутрпеченочные камни, прежде всего, совсем не так редки, как об этом принято думать. Не нагромождая цитат, я беру только работу Miyake. Этот автор и его товарищи установили, что желчнокаменная болезнь встречается в Японии гораздо реже, чем в Германии; при этом на 56 операций над желчным пузырем и прот-ками внутрпеченочные камни встретились ему всего 3 раза, т. е. в 5,4%; из этой же работы Miyake видно, что на 257 вскрытий лиц, имевших желчнокаменную болезнь, внутрпеченочные камни встретились 22 раза, т. е. в 8,5%,—цифра, почти совпадающая с цифрой Veer'a. Однако и сумма этих цифр, 13,9%, еще не выражает частоты внутрпеченочных камней, хотя и эта сумма сама по себе почтенна и заслуживает внимания.

Изучая истории болезней того же Miyake, мы на 56 случаев его материала находим, что у 26 больных камни были только в *d. choledochus* или *d. hepaticus*, или и тут и там; о *d. cysticus* и желчном пузыре часто говорится: „никаких патологических изменений не имеют“. Как разрешить эту загадку? Повидимому, это можно сделать трояко: 1) камни образовались и росли в пузыре и затем были изгнаны отсюда, причем попали не только в *d. choledochus*, но и в *d. hepaticus*; 2) камни обра-

зовались и росли до момента операции или в *d. hepaticus*, или в *d. choledochus*; наконец, 3) это—внутрипеченочные камни, образовавшиеся в печеночных желчных ходах и постепенно продвигавшиеся вниз вместе с током желчи. Известно, что пузырь остается нормальным при камне только тогда, когда этот камень находится в нем очень недолго и при особо благоприятных условиях; обычно же налицо имеются изменения одной или всех стенок пузыря; поэтому принять „особо благоприятные условия“ для 26 больных вряд-ли возможно. Далее, допустить рост камней в *d. hepaticus* или *d. choledochus* возможно только при их ущемлении—или полном, или частичном, что возможно для камней чаще всего средней величины (маленькие же проходят в большинстве случаев беспрепятственно и незаметно); но для допущения образования и длительного роста камней в *d. hepaticus* или *d. choledochus* до момента ущемления надо создать особые условия; надо думать, что эти условия и создаются появлением внутрипеченочных камней и в *d. hepaticus*, и в желчном пузыре, и в *d. choledochus*, и даже в *d. cysticus*.

Таким образом, если только часть этих 26 находок,—ну, хоть только 10%,—прибавить к 13,9%, то мы получим общую частоту внутрипеченочных камней около 25%. Надо думать все-таки, что они фактически встречаются еще чаще.

Если изучать внутрипеченочные камни в связи с клиническими историями больных и с точки зрения химического их состава, то во многих случаях нетрудно убедиться, что в том или ином конгломерате имеется вкрапление, пришедшее из другого места. Особенно большой материал в этом отношении представляют т. н. комбинационные камни, а также ущемленные камни пузыря и протоков; эти последние камни на стороне, обращенной к току желчи, имеют часто острые, бугристые вкрапления, которые вполне подобны внутрипеченочным конкрециям, наблюдавшимся в моем случае; в комбинационных камнях нередко ядро или ядра тоже допускают их внутрипеченочное происхождение.

Особенно много данных в пользу нашего взгляда доставляет путаница по вопросу о рецидивах желчнокаменной болезни. Обычно различают истинный и ложный рецидив; „под ложным,—говорит проф. С. П. Федоров,—разумеют возврат колик на почве камней незамеченных и оставленных при операции, а под истинными—образование вновь камней после несомненного удаления прежних из желчных путей“. Нельзя настаивать, чтобы это определение отличалось большой законченностью. Такой авторитет, как Кehr, категорически говорит: „Was die echten Recidive anlagt, so freue ich mich versichern zu können, bisher auch nicht ein einziges beobachten zu haben“... Riedel, хотя сам, как и Кehr, не видел их, но допускает их возможность. Mayo на первые 1500 оперированных наблюдал один истинный рецидив. Проф. Федоров,—повидимому, с неохотой—допускает истинные рецидивы камней, особенно в тех случаях, где „единственная“ лаборатория камней, желчный пузырь, удален; он склонен камни, появляющиеся после операции, и колики—точно такие же, или более интенсивные, или менее интенсивные, чем до операции,—считать следствием оставленных случайно по тем или другим причинам камней при операции. Другими словами говоря, истинные рецидивы он склонен отождествлять с ложными рецидивами.

Неприятно, что проф. Федоров и др. этот вопрос рассматривают с точки зрения успехов желчной хирургии, между тем как надлежащая

постановка его не может угрожать или поколебать сколько-нибудь завоевания хирургии желчных путей. Обращаясь к фактам, я возьму маленькую работу Kocher'a и Matti. По приводимым в ней историям болезней легко установить возврат симптомов колик, спустя различное время после операции, на 100 случаев 17 раз т. е. в 17⁰/₁₀₀; на эти 17 случаев однажды, т. е. в 5,8⁰/₁₀₀, отмечен камень в протоках при полном удалении пузыря и дренаже желчного протока. Я не буду приводить других работ; проф. Федоров указывает на подобные же случаи Körte, Steinhäl'a, Vakes'a и др. Во всех этих и подобных случаях существует большая склонность авторов объяснять все явления колик оставлением камней при операции даже в тех случаях, когда после операции прошло много времени, иногда до года. На основании того, что я сказал выше, необходимо большую часть этих ложных и истинных рецидивов отнести не на счет оставленных камней, а на счет или продвижения внутрипеченочных камней, уже ранее образовавшихся, или образования их в печеночных ходах. Лишь ничтожное количество таких случаев можно отнести за счет послеоперационных срощений, причем в большинстве случаев боли после срощений все-таки носят иной характер.

На основании всего вышеизложенного я могу придти к следующему ряду выводов, которыми не мешаю пользоваться при операциях над желчным пузырем и желчными путями:

1) Внутрипеченочные камни встречаются при желчнокаменной болезни в более, чем 25⁰ %, всех случаев.

2) Одним из диагностических признаков их является увеличение печени.

3) При всякой операции в области печени необходимо тщательно пальпировать этот орган во всех доступных местах.

4) При множественных мелких камнях желчного пузыря, независимо от их химической природы, особенно при слабых патолого-анатомических изменениях его стенок, необходимо думать о возможности внутрипеченочных камней.

5) При крупных гладких камнях в желчном пузыре имеется меньше оснований думать о внутрипеченочных камнях.

6) При крупных камнях с неравномерными наростаниями, шипами, вкраплениями лучше иметь в виду возможность присутствия внутрипеченочных камней.

7) В громадном числе случаев рецидивы желчнокаменных коликов при целом или удаленном желчном пузыре есть результат обычного „неудачного“ прохождения по протокам внутрипеченочных камней.

8) При указанных выше находках, при увеличении печени, перигепатитах—прогноз надо ставить, в смысле рецидивов, с осторожностью.

9) Признание важности вопроса о внутрипеченочных камнях несколько не подрывает ценности нашей хирургической терапии желчнокаменной болезни; наоборот, наш взор из желчного пузыря привыкнет глубже и вернее проникать в сущность процесса, и, может быть, недалеко то время, когда мы пойдем в глубину вещества печени более смело.

10) При крупных и мелких камнях, встречающихся одновременно в желчном пузыре, когда крупные и мелкие камни „несколько“ различ-

ного строения, надо думать, что эти мелкие „несколько“ иного строения камни суть, вопреки мнению Романцева, ничто иное, как внутрипеченочные камни, попавшие в пузырь из печени; благодаря своей причудливой форме, камни эти могут вполне симулировать „мелкие обломки“ прежде бывшего в пузыре большого камня.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Проф. С. П. Федоров. Желчные камни и хирургия желчных путей. 1918 г.—2. Романцев. Цит. по С. П. Федорову.—3. Noguchi. Arch. f. klin. Chir., B. 96, H. 3.—4. Haasler. Ibid. B. 83, H. 4.—5. Ehrhardt. Ibid., 83, H. 4.—6. Miyake. Ibid., B. 101, H. 1.—7. Körte. Ibidem. B. 89, H. 1.—8. Exner und Heyrovsky. Ibid., B. 86, H. 3.—9. Kocher und Matti. Ibidem, B. 81, H. 1.—10. Erdmann. Annals of surg., 1914. № 6.—11. Moyinham. Ibid., 1909, № 6.—12. Mayo, Ibid., 1906, № 2.—13. Connel. Ibid., 1908, № 4.—14. Walton. Ibid., 1911, № 1—2.—15. Beer. Arch. f. klin. Chir., B. 74, H. 1.

Prof. M. A. Tschalusoff. (Samara). Die Lebersteine.

Auf dem Grunde theils eigener Beobachtungen, theils — der Literaturangaben, kommt der Verfasser in dieser Frage zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Die Lebersteine kommen bei Cholelithiasis mehr als in 25⁰/₀ aller Fälle vor. 2) Als ein der diagnostischen Merkmale erscheint die Vergrößerung der Leber. 3) Bei jeder Operation in der Region der Leber ist es notwendig sorgfältig in allen zugänglichen Stellen dieses Organ zu palpieren. 4) Bei Mehrzahl der Steine der Gallenblase unabhängig von ihrer chemischen Natur, besonders bei schwachen pathologisch-anatomischen Veränderungen der Blasenwände muss man an die Möglichkeit der Lebersteine denken. 5) Bei grossen, glatten Steinen in der Gallenblase gibt es weniger Gründe an die Lebersteine zu denken. 6) Bei grossen Steinen der Gallenblase mit ungleichmässigen Auswachsen, Zapfen, Einschlüssen, ist es besser die Möglichkeit der Anwesenheit der Lebersteine in Aussicht zu haben. 7) In sehr grosser Zahl der Fälle sind die Recidive der Gallensteinkoliken bei ganzer oder entfernter Gallenblase ein Erfolg des Durchgehens der Lebersteine durch die Gänge. 8) Bei oben bezeichneten Funden, bei Vergrößerung der Leber, Perihepatiten — muss man die Prognose in dem Sinne der Recidive mitstellen. 9) Die Anerkennung der Wichtigkeit der Frage über die Lebersteine untergräbt nicht im geringsten den Wert unserer chirurgischen Therapie des Cholelithiasis, im Gegenteil unser Blick aus der Gallenblase gewöhnt sich tiefer und richtiger in das Wesen des Processes durchzudringen und vielleicht ist nicht weit die Zeit wenn wir dreister in die Tiefe der Lebersubstanz gehen werden. 10) Bei grossen und kleinen Steinen, die man zu gleicher Zeit in der Gallenblase zusammentrifft, wenn diese grosse und kleine Steine einen verschiedenen Bau haben, muss man denken dass diese kleine Steine nichts anderes sind als Lebersteine, die aus der Leber in die Blase gerathen waren, aber nicht die Bruchstücke des früher in der Blase gewesenen grossen Steines.

К вопросу об оживлении больных впрыскиваниями адреналина в сердце *).

Главного врача больницы П. П. Вартминского.

На XVII Съезде Российских Хирургов Лисицын (Ленинград) сделал доклад о технике интракардиальных инъекций адреналина на основании собственных анатомических и экспериментальных изысканий. Успенский (Тверь), подтвердив прекрасные результаты от применения этого средства при хлороформной остановке сердца, выдвинул предложение о необходимости иметь под рукою в каждой операционной шприц и официальный раствор адреналина, дабы не бегать за ним в каждом отдельном случае, так как при промедлении более 5—6 минут после остановки сердца впрыскивание адреналина, как правило, не достигает уже цели вследствие стойкого отравления нервных центров углекислотой или непоправимого изменения структуры их от нарушения питания.

Лисицын упоминает о 2 своих неудачных случаях из клиники В. А. Опеля, Успенский сообщил о трех случаях с одним стойким результатом. Просматривая литературу по этому вопросу за последние годы, я нашел в *Zentralblatt für Chirurgie* за 23, 24 и 25 г. ряд рефератов, посвященных впрыскиванию адреналина в сердце, которые позволяют себе кратко привести.

Bauman имел 2 случая остановки сердца. В одном из них, с хлороформной остановкой сердца у ребенка 6 месяцев, было впрыснуто $\frac{3}{4}$ кб. сант. 1:1000 раствора адреналина с удачным результатом; второй случай: у $2\frac{1}{2}$ -месячного ребенка с тяжелым коклюшем внезапно остановилось сердце; на $5\frac{1}{2}$ сант. от левого края грудины, под V хрящ, в расчете попасть в левое сердце, впрыснута такая же доза, и опять с успехом.

Guret собрал 19 случаев из литературы, из них в 13 получился успех, в 3—неполный результат (сердце начало работать, а затем опять остановилось), и в 3—результата не было. Все это были случаи остановки сердца под влиянием хлороформа; впрыскивался 1,0 официального раствора в IV межреберье слева у края грудины.

Exs also применил данный способ у ребенка 6 мес., оперированного под хлороформом по поводу ангиомы правого предплечья; было впрыснуто, с успехом, 0,7 кб. сант. Этот автор считает максимальной дозой у новорожденных 0,5, у взрослых—1,5.

Servini при наложении искусственного пневмоторакса имел остановки сердца. Все примененные средства остались без успеха. Тогда впрыснуто 1,0 адреналина интракардиально, после чего, через несколько

*) Доклад Уральскому Медицинскому Обществу 17/III 26 г.

минут, появилось дыхание, и больной поправился. Впрыскивание было сделано в V интеркостальный промежуток вниз в направлении к верхушке сердца. Подобный же случай был описан Hollweg'ом.

Le Normand считает необходимым впрыскивать адреналин не позднее 10 минут с момента остановки сердца, в IV промежуток слева от грудины, и приводит 2 собственных случая: в одном адреналин был впрыснут через 2 минуты, и получился длительный эффект, в другом — впрыскивание сделано через 12 минут, и эффект оказался преходящим. Для впрыскиваний бралось 2 и 4 куб. сант.

Bassianelli наблюдал остановку сердца у 68-летнего старика, оперированного под люмбальной анестезией. Было впрыснуто 5 куб. сант., после чего немедленно сердце начало работать. Впрыскивание произведено 4 сант. отступя влево от края грудины, в IV межреберный промежуток

Masotti имел тяжелую картину остановки сердца у 68-летнего старика, оперированного под люмбальной анестезией при ущемленной грыже. Было впрыснуто 10,0 раствора адреналина в сердце, причем получилось настолько хорошее состояние, что автор благополучно закончил операцию, и больной поправился.

Новиков (Врач. Обозрение, 1924, № 8) собрал из литературы 27 случаев применения адреналина при остановке сердца (повидимому, в эту статистику попала и часть случаев, собранных Турет) и прибавил свой случай женщины, оперированной по поводу аппендицита под хлороформом. Остановка сердца. Адреналин впрыснут у левого края грудины. Полный успех. Новиков определяет цифру успеха в случаях подобного рода в 56%.

Перейду теперь к описанию собственного случая.

24/XII 1925 г. в больницу была доставлена больная А., 25 лет, 1½ суток тому назад родившая в срок девочку. Послед задержался, попытка бабушки удалить его не увенчалась успехом, и послед был оставлен на месте. С задержавшимся последом женщина 1½ суток пролежала на печи, пока жел.-дорожный врач не снял ее с печи и не доставил в больницу в крайне обескровленном состоянии. При обследовании оказалось, что больная бледна, как полотно, слизистые оболочки с сильно синюшным оттенком, пульс почти не прощупывается, матка ниже пупка на 2 пальца, из вагины торчит пуповина; кровотечения нет вследствие с одной стороны крайнего падения кровяного давления, с другой — вследствие закупорки канала шейки матки частично отделившимся последом. Применено впрыскивание 0,1 сапфогати 5,0, вливание 400 куб. сант. физиологического раствора с 5 каплями официального раствора адреналина и положение с высоко приподнятым тазом, после чего пульс сделался отчетливым, и одновременно из рукава показалась кровь. Больная взята на стол для ручного выделения плаценты, каковая операция и была в несколько секунд сделана под хлороформным наркозом (7,0) моим ассистентом д-ром К а з а н ц е в ы м. Вслед за плацентой показалось значительное количество алой крови из матки, и пульс немедленно ушел. Приподняв маску, я увидел мертвенную бледность лица, расширенные, не реагирующие зрачки; дыхание отсутствовало, прощупать пульс и выслушать тоны сердца было невозможно. Через несколько секунд больная открыла рот, пытаясь захватить в себя воздух, как это обычно делают умирающие, затем, через довольно продолжительный срок, она вновь сделала такую же попытку схватить воздух, и больше это движение не повторялось. Перед нами лежал труп. Впрыснуты камфора, кофеин, начато вливание солевого раствора с адреналином, и я приступил к искусственному дыханию, но безрезультатно. Сильно утомившись, я предложил продолжать искусственное дыхание моему ассистенту и только тогда вспомнил о разговорах по поводу интракардиальных инъекций адреналина на XVII Съезде Хирургов. Нужно было послать за адреналином в другой конец корпуса и ждать, пока его принесут. Я не могу точно

сказать, сколько времени прошло от остановки сердца до впрыскивания адреналина, но думаю, что во всяком разе не менее 10 минут, а, вероятно, более. Я набрал в 10-граммовый шприц L u e r g'a не менее 1,5 официального раствора адреналина, вколот иглу перпендикулярно до отказа, слева от грудины, в IV межреберный промежуток, и впрыснул раствор. Продолжая затем искусственное дыхание, я после 2-кратного приведения локтей к грудной клетке почувствовал ясное и сильное мышечное сопротивление, вслед за которым больная зашевелилась и сделала попытку лечь на бок. Полный ясный пульс и восстановление дыхания демонстрировали пред изумленными окружающими буквально воскрешение ее из мертвых.

После родов в течение 10 дней больная лихорадила, причем t° поднималась у ней до 39° . Это заставило нас 3-4 раза сделать ей внутривенные вливания хлористого кальция (хлористый кальций в большинстве случаев хорошо помогает при послеродовых лихорадках, даже иногда в тех случаях, где обнаружены стрептококки в крови) и применить постоянное орошение. Несмотря на все это, t° держалась на 40° в течение недели. Сердечных средств, однако, не потребовалось, затем лихорадка исчезла, но значительные явления малокровия держались довольно долго. Впрочем, через три недели по поступлении родильница получила возможность выписаться из больницы, и в настоящее время у нас имеются сведения, что она жива, здорова и вполне работоспособна.

Таков наш случай. На основании этого случая и целого ряда других, опубликованных в литературе и зарегистрированных в моем сообщении, можно было-бы сделать следующие выводы:

1. Показания к внутрисердечному впрыскиванию адреналина должны быть расширены.

Если на XVII С'езде Российских Хирургов говорилось о применении этого средства только при хлороформном снупоре, то теперь можно говорить о борьбе с остановкой сердца этим путем и при других обстоятельствах. Как мы видели, Bassianelli и Masotti успешно боролись этим путем с остановкой сердца при спинно-мозговой анестезии, Servini и Hollweg—при наложении искусственного пневмоторакса, Ваишап—при коклюше, наш случай демонстрирует борьбу с остановкой сердца на почве острейшего малокровия. Эти случаи сами по себе уже расширяют показания к применению адреналина, и можно было-бы сказать, что во всех тех случаях, где сердце останавливается не в силу окончательного перерождения мышцы или стойкого разрушения сердечных нервных центров, можно применять адреналин с большой надеждой на успех. Может быть, недалеко время, когда мы будем в некоторых очень острых случаях малокровия, когда нет надежды успеть доставить больную на стол для производства экстренной операции, профилактически впрыскивать адреналин, конечно, применяя его со всяческой осторожностью.

2. В вопросе о технике впрыскивания существует разногласие, и необходимо приветствовать поэтому появление таких точных исследований по этому вопросу, как исследование Лисичина, рекомендующего такие правила:

У молодых субъектов игла вкалывается в IV межреберный промежуток, у пожилых—в V. Игла вводится по краю грудины справа у субъектов с длинно-узкой грудной клеткой и слева—при коротко-узкой, отступя на 0,5—1,0 см. от края грудины (art. mammaria); у субъектов с коротко-широкой и длинно-широкой грудной клеткой ее надо вводить отступя до 1 см. от края грудины справа. Во всех случаях вкалывать иглу обязательно в средину межреберного промежутка. При узких грудных клетках игла вводится на глубину 5-6 ст., при широких—на глубину 3,5-4,5 ст., в зависимости от упитанности субъекта. Направление иглы

—перпендикулярно к сердцу при узкой грудной клетке, под небольшим углом к средней линии, тогда как при широкой игла направляется сверху вниз под острым углом.

Весьма желательно, чтобы эта схема была принята всеми хирургами, — тогда легче будет делать выводы об успехах метода на основании сводных статистик. Схема эта должна быть принята, так как она основана как на анатомических, так и на экспериментальных изысканиях.

D-r P. P. Wartminsky (Troitzk). Zur Frage über die Belebung der Kranken mittels der Adrenalininjektionen ins Herz.

Der Autor beschreibt ein Fall, wo bei Chloroformnarkose bei einer äusserst entbluteten Gebärenden das Herz stehen blieb während der händlichen Entfernung der zurückgehaltenen Nachgeburt und wo die Injektion ins Herz 1,5 der 1% Adrenalinlösung die Wiederherstellung der Herz-tätigkeit hervorrief, obwohl von dem Moment des Herzstillstandes nicht weniger als 10 Minuten vergingen.

К вопросу о перистальтическом движении матки во время нормальных родов.

А. В. Александрова.

Под названием „перистальтического движения“ понимается видимое глазом изменение формы, обнаруживаемое во время работы каждым полым органом человеческого тела, стенка которого построена из гладких мышечных волокон. Движение это обуславливается характерным именно для гладкомышечных органов расположением мышечных пучков и последовательным распространением сокращения от одного сегмента органа к другому.

При ближайшем знакомстве со строением этих органов мы видим, что мышечная стенка их состоит из двух слоев, к которым иногда присоединяется и третий. Мышечные пучки этих слоев проходят во взаимно-перпендикулярном направлении, образуя одни—наружный продольный, другие—средний круговой и третьи—внутренний продольный слои, причем сильнейшим обычно является круговой слой.

Имеются определенные указания на то, что различные слои работают попеременно, т. е. в то время, когда сокращается продольный слой, расслабляется круговой, и наоборот (Данилевский). Первым вступает в работу обычно продольный слой, затем он расслабляется, и начинает сокращаться круговой. Так, Rehfisch, в 1908 г., для сердца указывал, что продольные пучки, и особенно папиллярные мышцы, сокращаются раньше, чем поперечные. В сосудах мы также различаем раздельную работу констрикторов и дилаторов. Для кишечника Саппо установил, что спазмы происходят сокращения продольного мышечного слоя, которые длятся в течение $\frac{1}{2}$ ч. и более, затем уже после них в этом же участке кишки начинаются сокращения круговых волокон, и так периодически идет смена одних движений другими.

В зависимости от попеременного сокращения мышечных слоев различным образом изменяются и внешние очертания органа. Внешне эта смена движений и форм дает картину волнообразного или червеобразного движения органа.

Целью перистальтического движения является опорожнение гладкомышечного полого органа от его содержимого, что достигается таким образом, что содержимое передвигается в определенном направлении и через пути, подготовленные для его опорожнения. По Нёдоп'у, попеременные сужения и расширения кишки перемещаются мало по малу по ее длине в направлении движения пищи, причем сокращения продольных пучков как-бы готовят (расширяют) путь для поступающей сверху пищевой кашцы, а круговой слой постепенно выжимает пищевой

комков через подготовленные пути. По Данилевскому, сокращения в мочеточниках происходят также в виде волны, от почечной лоханки к пузырю.

Сократительная волна проходит в различных органах с неодинаковой скоростью: по пищеводу—в 8—10 сек., по желудку—в 20—22 сек.; в тонких кишках волна сокращения идет со скоростью 5 сант. в секунду, в мочеточнике—22 мм. в секунду, через всю матку волна сокращения проходит в течение 20—30 сек. (Landois, Данилевский).

Смена формы полого органа будет зависеть от продолжительности периода сокращения того или иного слоя мышц.

В каждом гладкомышечном органе существуют те или иные анатомические или физиологические условия, в силу которых опорожнение этого органа совершается в определенном направлении. Так, при опорожении желудка спазматически сокращается *cardia*, и открывается *pylorus*, при рвоте—наоборот. В мочевом пузыре и матке имеется по одному выходному отверстию, в сторону которого и совершается опорожнение органа. Для кишечника описан особый рефлекс, благодаря которому пищевой комков при перистальтическом движении не может отойти кверху,—выше этого комка круговые волокна спазматически сокращаются, и он идет книзу, где в это время круговые волокна расслаблены—(правило *Bayliss'a* и *Starling'a*). Аналогично этому *Schroeder* устанавливает для матки два отдела: верхний—активный полый мускул и нижний—пассивный сегмент.

Указанная деятельность гладкой мускулатуры не обособлена, но связана с сокращениями поперечно-полосатых, произвольных мышц. Так, глотание осуществляется при содействии мышц, поднимающих подъязычную кость, акт рвоты не может совершиться без участия мышц брюшной стенки, усиленное выдыхание требует содействия со стороны мышц туловища, дефекация и мочеиспускание осуществляются с помощью мышц тазового дна и брюшной стенки.

Особенно заметна вспомогательная роль поперечно-полосатой мускулатуры в акте родов. К началу родов матка, выполнив роль плододвместительницы, приводит в действие свою мускулатуру с целью изгнания плода, и клиническая картина родов во многом зависит от характера сокращений маточной мускулатуры. Понятны поэтому тот интерес и внимание, которые были уделены исследователями вопросу о строении и работе маточной мускулатуры во время родов. Здесь нужно назвать работы *Bayeга*, *Иванова*, *Werth'a* и *Груздева*, *Kreutzer'a*, *Попова* и др. Однако работы эти не привели к согласным результатам, и некоторые из них находятся в противоречии друг с другом (*Витт*, *Вар*).

Работы эти показали, что мускулатура матки не имеет столь отчетливого строения, как мускулатура прочих полых органов,—по типу своему ход мышечных волокон в матке представляет нечто среднее между ходом мышечных пучков в сердце и мочевом пузыре. Если в кишечнике слои продольный и круговой можно отсепаровать друг от друга, то в матке можно проследить, как мышечные волокна одного слоя переходят в другой слой, и пучки различных слоев переплетаются между собой. Однако, как и в прочих гладкомышечных органах, и в матке можно различать продольно и поперечно идущие пучки, а также косо

идущие, тяга которых, в зависимости от угла, под которым они проходят по отношению к оси матки, будет происходить или в продольном, или в поперечном направлении; словом, и в матке мы имеем комбинацию действующих во взаимно-перпендикулярном направлении мышечных пучков.

Особо, из работы И в а н о в а, следует отметить, что он отвергает деление матки на активную и пассивную части и утверждает, что все части матки активны во время родов. Это обстоятельство нашло себе подтверждение в работе Schmidt'a, который наблюдал нижний сегмент на живой матке во время операции кесарского сечения. Все авторы, однако, сходятся на том, что в области нижнего сегмента тела и шейки мускулатура матки анатомически слабее выражена, чем в теле, причем слабость мускулатуры в этом отрезке компенсируется относительным преобладанием эластических волокон. В среднем толщина для стенки маточного тела составляет 8—10 мм., нижнего же сегмента 3—4 мм. (Schmidt). В силу этой разницы при сокращении верхнего полого мускула содержимое матки должно идти книзу, в сторону более слабой части органа; здесь анатомически созданы те условия, которые в кишечнике рефлекторно осуществляются по правилу Bayliss'a и Starling'a. Следует также упомянуть об описанных И в а н о в ы м продольных петлевидных мышечных пучках в шейке, которым автор придает определенное физиологическое значение, называя их дилататорами шейки.

Сокращения маточной мускулатуры во время родов и опорожнение матки издавна сравнивали с сокращениями и опорожнением других полых гладкомышечных органов. Так, еще в 1851 г. Snow-Beck полагал, что сокращения матки по своему характеру напоминают сокращения сердца и кишек. Kehrger в 1863 г. различал в матке следующие три вида сокращений: 1) продольные сокращения, при которых происходит укорочение полового канала, 2) поперечные сокращения, при которых наблюдается сужение просвета родовых путей, и 3) сокращения, направленные как по продольной, так и по поперечной оси канала—одновременное сокращение всей матки, tetanus матки. По этому автору сокращения захватывают последовательно один участок органа за другим,—совершается прогрессирующее сокращение, то, что Ястребов называл перистальтическим, вперед идущим тетанусом. Если сокращения не распространяются дальше места своего возникновения, то получается стриктура, или частичная судорога по Витт'у. Одновременное сокращение в поперечном направлении мы имеем, по Груздеву, при uterus arcuatus, где в периоде изгнания работа одной системы циркулярных мышц до известной степени парализует работу другой системы, действуя во взаимно противоположном направлении.

Продолжительность маточного сокращения составляет, по Landois, 20—30 сек., причем кривая схватки немедленно поднимается, остается на одной высоте около 8 секунд и затем падает в течение 5—25 сек. Приблизительно те же величины выводит и Малиновский.

Витт опорожнение матки сравнивает с опорожнением пищеварительного тракта и мочевых органов. Он указывает, что волна сокращения на человеческой матке слишком быстро распространяется по всему органу и потому недоступна непосредственному наблюдению, как это удается на матках животных, у которых, как указывает Бар, сокраще-

ния начинаются на брюшном конце трубы и идут оттуда, как контракционные волны, к наружному зеву Ваг полагает, что во время лапаротомии у женщин также можно проследить распространение волны сокращения с труб на матку и обратно. Курдиновский полагал, что многие факты, наблюдаемые на изолированной матке, свойственны ей наравле с другими гладкомышечными органами; отсюда видна связь физиологии матки с физиологией гладкомышечной ткани вообще. Maugrier и Schwaab также считают, что матка сокращается перистальтически, причем волна сокращения идет от дна матки к шейке; механизм изгнания плода они сравнивают с мочеиспусканием и дефекацией. Аналогичные указания мы находим и у Döderlein'a.

Как мы сейчас видели, существует согласие в определении маточных сокращений, — их называют перистальтическими, но точного определения этого понятия в смысле анатомическом и физиологическом до последнего времени не было дано. Как известно, всякая работающая мышца изменяет свою форму, работающий полый гладкомышечный орган также изменяет свою форму, давая волнообразное или червеобразное движение, т. е. попеременные укорочения или удлинения органа, и, когда движение матки во время родов определяют, как перистальтическое, то здесь следует разуметь: 1) возникновение волны сокращения в отдельном волокне и распространение ее на весь мышечный слой и на всю матку (Кегер, Ястребов, Витм. Ваг), 2) изменения формы матки, зависящие от направления мышечных пучков (Иванов), — изменения, которые в матке наступают и чередуются чрезвычайно медленно во время родов, значительно быстрее — в последовом периоде и очень быстро — в послеродовом, в зависимости от содержимого матки (плод и воды, послед и кровь, лохии) и имеющих препятствий (таз и мягкие родовые пути, внутренний зев, шейка), а также, в каждом отдельном случае, в соответствии с функциональными особенностями маточной мускулатуры. Ваг указывает на то, что у животных при укорочении и утолщении (во время сокращения) продольного мышечного слоя соответственно удлиняется круговой, и эти два процесса всегда находятся в оппозиции друг к другу и следуют один после другого. Возможно или одновременное расслабление обоих слоев, или разновременная их работа, — один сокращается в то время, как другой расслабляется. У женщин, по Вагу, происходит нечто аналогичное, — известные слои становятся короткими и широкими (толстыми), другие извиваются (удлиняются), и в результате происходит изменение формы органа.

Эти физиологические соображения были подтверждены клиническими наблюдениями Вербова, представленными им в его докладе Ленинградскому Акушерско-Гинекологическому Обществу в 1911 году. Отсылая читателей за подробностями к книге Вербова „Матка женщины“ (изд. 1913 и 1924 г.г.), я приведу здесь наиболее важные из его выводов: 1) в периоде открытия дно матки неуклонно, но очень медленно понижается и к концу периода открытия занимает наименее положение, причем очертания органа приближаются к шаровидным; 2) в периоде изгнания матка становится узкой и длинной, дно ее повышается по направлению к диафрагме и выше всего стоит в момент прорезывания головки; 3) указанные изменения формы матки зависят от направления мышечных пучков; 4) перистальтика есть движение, осуществляе-

мое попеременной работой продольных и поперечных мышц; 5) различная форма матки соответствует различным моментам родов, послеродового и послеродового периодов; 6) в периоде открытия брюшная стенка, не испытывая никакого воздействия со стороны матки, пассивна, в периоде же изгнания матка, удлиняясь, изгибается дугою впереди и сильно надавливает на брюшную стенку, и последняя или активно сокращается, или подвергается пассивному растяжению. причем страдают и фасции, и мышцы брюшной стенки, 7) брюшная стенка является опорой для сокращающейся матки, решающая же роль в акте родов принадлежит маточной мускулатуре.

Нашей задачей было—проверить выводы Вербова на клиническом материале Института и связать их с доступными литературными данными.

Еще у Феноменова мы находим указания на то, что сокращения матки оказывают влечение на область зева. Побединский указывает, что раскрытие шейки матки происходит под влиянием только маточных сокращений. На основании анатомических данных нам представляется наиболее вероятным следующий механизм раскрытия зева: петлевидные дилататоры, описанные Ивановым, будучи тесно связаны с продольной мускулатурой матки, при сокращении этой последней укорачиваются и сначала сглаживают шейку, а затем при дальнейших сокращениях растягивают края наружного зева. Губарев указывает, что настоячивые сокращения продольных волокон, являющихся антагонистами кольцеобразных волокон внутреннего зева, должны иметь перевес над ними, и отверстие должно расширяться: „мышечные волокна тела матки,—говорит этот автор,—растаскивают во все стороны круговые волокна шейки.“ Stoekel полагает, что в периоде открытия работает преимущественно продольная мускулатура, которая, оказывая влечение на круговые волокна шейки и, растягивая их, таким образом раскрывает шейку. В руководстве Груздева имеется также указание, что открытие шейки осуществляется тягой продольных мышц.

Нами было прослежено в данном отношении свыше 100 роже-ниц, среди которых половина были первородящие. При этом мы воочию убеждались и демонстрировали это окружающим, что по мере увеличения открытия, через каждые 1—1½ часа, дно матки опускается все более книзу, а поперечник ее увеличивается; к концу периода открытия дно опускалось на 3—4 пальца ниже мечевидного отростка. Это явление с постоянной правильностью, но с различными индивидуальными колебаниями, повторялось почти в каждом случае прослеженных нами родов. Лишь в единичных случаях заметного понижения дна или совсем не происходило, или оно было очень незначительным; обыкновенно это бывало или при большом плоде; или при многоводии.

По примеру Вербова мы производили измерения длины и ширины матки тазомером. Для лучшего контурирования матки измерения производились во время схватки, и ножки циркуля плотно прижимались к коже живота, чтобы по возможности исключить толщину брюшной стенки. Из многочисленных измерений привожу здесь несколько для примера:

№ 1456, II роды.

	длина	ширина	уровень дна
6 ч. 30 мин.	24	19	2½ пальца
7 ч. —	24	19½	3 пальца
7 ч. 30 мин.	23	20	3 пальца
8 ч. 45 мин.	20	20	4 пальца

Как мы видим, с течением родов диаметры матки, продольный и поперечный, здесь сравнялись, матка приняла почти шаровидную форму, дно ее к концу периода раскрытия оказалось стоящим на 4 пальца ниже мечевидного отростка.

№ 833, I роды.

	длина	ширина	уровень дна под мечев. отростк.
6 ч. 45 мин.	27	18	
7 ч. 45 мин.	27	18	
10 ч. 30 мин.	25	25	3 пальца

Через 15 мин. внутренним исследованием было установлено полное открытие.

По понятным причинам данные измерения длины и ширины матки, полученные тазомером, не могут быть признаны достаточно точными, и демонстративными эти измерения будут лишь в тех случаях, когда разница между длиной матки в начале и конце периода открытия будет значительной. Практически вполне достаточно заметить ощупыванием высоту стояния дна при поступлении роженицы с тем, чтобы в дальнейшем течении родов отметить последующие изменения. Когда мы видели, что дно неуклонно уходит книзу, то предполагали, что открытие прогрессирует. К моменту полного открытия дно матки у роженицы занимает самое низкое положение (в случаях недоношенных или очень малых плодов, а также при маловодии, дно матки и в начале периода открытия может находиться посередине между пупком и мечевидным отростком). Открытие шейки и формирование пузыря обусловлены всецело сокращениями маточной мускулатуры. Здесь происходит бережное и равномерное напояивание шейки на упругий конус пузыря: процесс этот можно уподобить действию продольной мускулатуры прямой кишки и мышц тазового дна при дефекации.

Для периода изгнания можно установить также определенную форму матки. Еще Schroeder говорил: „после излития вод плодвоместинище суживается, матка становится длиннее, дно ее поднимается выше, чем стояло ранее“. Fehling путем измерений на живых пришел к выводу, что матка уплощается по мере своего опорожнения все более и более в направлении спереди назад, благодаря чему тело плода выпрямляется, и расстояние между его головой и ягодицами увеличивается с 25 до 35 сант.; поэтому головка может опуститься ниже без того, чтобы ягодицы покинули дно матки. Вербов показал, что описанные изменения формы матки зависят не от движения плода, а от активных сокращений маточной мускулатуры, именно, поперечных пучков, вследствие чего содержимое матки сжимается с боков в поперечном направлении. Вследствие этого и плод должен выпрямиться и удлиниться, как это заметили Schroeder и Fehling, и как это подтвердил с помощью Röntgen'овских лучей Warnekros. Völker путем рентгеноскопии отметил, что мочевой пузырь при мочеиспускании также принимает удлиненную колбасовидную форму. Груздев в своем учебнике подтверждает, что в периоде изгнания, несмотря на значительное смещение головки плода книзу, дно матки долго остается на одном уровне, т. е. упирается в подреберье. Французские авторы указывают, что в периоде изгнания матка принимает цилиндрическую форму, причем вертикальный диаметр ее увеличивается. Иванов отмечает, что во время каждой

схватки длинник матки увеличивается, а поперечные размеры уменьшаются, и матка принимает форму башни, причем купол башни образуется дном матки.

Наблюдения над роженицами показали нам, что к моменту наступления потуг дно матки постепенно, но все же довольно быстро начинает отходить к мечевидному отростку, и скоро мы убеждались, что между дном матки и мечевидным отростком уже нельзя было уложить даже и одного пальца там, где за $\frac{1}{2}$ ч. до этого укладывались 3—4 пальца, или даже целая ладонь. В это время у некоторых рожениц наступает рвота, которая, повидимому, вызывается раздражением желудка со стороны дна матки. Привожу некоторые измерения:

	период открытия		период изгнания	
	длина	ширина	длина	ширина
№ 477	21	23	25	20
	25	20	27	19
№ 608	23	22	27	20
№ 737	24	19	27	15
№ 689	18	20	27	19
			позже 32	18

В некоторых случаях разница в диаметрах матки для периода изгнания была особенно заметной:

	длина	ширина
№ 681	27	19
№ 868	30	22
№ 917	28	14
№ 689	32	18
№ 285	26	18
№ 289	26	19
№ 698	20	15

В то время, как для периода открытия характерна почти шаровидная форма матки с приблизительно-равными диаметрами, в периоде изгнания матка принимает заметную для глаза вытянутую цилиндрическую форму. При дальнейших наблюдениях мы и разграничивали период открытия от периода изгнания, руководствуясь лишь вышеописанными изменениями формы матки, независимо от степени открытия зева и времени излития вод. Таким образом каждому периоду соответствует работа того или иного направления мышечных пучков.

Указанные изменения формы матки в иных случаях нарастали медленно, в других же в течение одной схватки форма матки быстро изменялась описанным образом, особенно, если это происходило при разрыве пузыря и полном открытии зева.

Наблюдения за изменением формы матки при тазовых предлежаниях показали, что в периоде изгнания в момент схватки дно так же, как и при черепных предлежаниях, отходит под диафрагму, и так продолжается до выхождения тела плода до пупка. Затем, вне схватки дно оказывается стоящим уже посредине между пупком и мечевидным отростком, но с наступлением схватки матка опять вытягивается в длину.

При извлечении плода, когда в матке остается незначительный сегмент головки, орган быстро спадается и сильно уменьшается в объеме, в это время начинают действовать и силы ретракции, так как полость матки почти освобождена от плода, задних вод при этом бывает очень мало.

В общем наши наблюдения позволяют нам присоединиться к определению перистальтического движения матки во время родов, даваемому Вербовым, так как: 1) оно предполагает анатомическое строение матки по типу других гладкомышечных органов, которым свойственно перистальтическое движение; 2) оно включает в себя поочередную работу продольного и поперечного слоя; 3) этим определением устанавливается одинаково важная физиологическая роль как продольной, так и поперечной мускулатуры; 4) оно определяет конечную цель этого движения—опорожнить орган через подготовленные пути; 5) оно объясняет изменения формы органа, то укорачивающегося, то удлиняющегося и изгибающегося дугой.

Возникает вопрос, достаточно-ли одних маточных сокращений для изгнания плода, и нет-ли здесь необходимости в особом приспособлении, которое сжимающую по существу энергию маточной мускулатуры превращало-бы в толкающую. Насколько ясно выжимание воздуха из легких, выжимание крови из сердца, выжимание мочи из пузыря и дефекация, настолько сомнительно, чтобы одна лишь сжимающая сила поперечных слоев мускулатуры матки могла вытолкнуть плод. Здесь совершенно необходимо отметить важное значение для изгнания плода задних вод. Витт отожествляет их действие с действием пара в цилиндре машины, причем роль поршня играет тело плода. Stöckel тело плода сравнивает с поршнем шприца. Губарев также отмечает, что задние воды передают плоду давление стенок матки. Важную роль в акте родов приписывает задним водам и Груздев.

Когда произойдет разрыв пузыря, то природа, как-бы предупреждая опасность излития всех вод из полости матки, создала особое приспособление в виде „внутреннего пояса соприкосновения“ (Schroeder, Витт, Stöckel), благодаря которому матка замыкается снизу, и задние воды не могут излиться из нее, или, по Stöckel'ю, могут лишь понемногу просачиваться из нее при каждой схватке, что в свою очередь лишь облегчает работу поперечных волокон. При замыкании задних вод резко повышается внутриматочное давление (Витт, Малиновский), сопротивление для маточной мускулатуры увеличивается, в соответствии с чем повышается энергия мышечных сокращений (в работу вступают поперечные пучки, и начинаются потуги). Schroeder указал, что сильные потуги (а, значит, и маточные сокращения) являются лишь после излития вод. Можно думать, что в образовании „пояса соприкосновения“ наиболее активную роль играют мышечные пучки внутреннего зева, и что вместе с замыканием задних вод и начинается изгнание плода. Теперь вся сила маточной мускулатуры целиком передается на поверхность плода и, главным образом, на головку, закупоривающую выход из матки. Вместе с тем воды не позволяют матке грубо охватывать тело плода, а ведут к постепенному вытеснению его из матки.

В периоде изгнания практически важно разграничивать сокращения гладких мышц матки (схватки) от сокращений (произвольных и рефлексорных) поперечно-полосатых мышц брюшного пресса, грудной клетки, тазового дна, гортани (голосовая щель) и диафрагмы (потуги). Если в первом периоде мы имеем только схватки, то во втором периоде мы имеем и схватки, и потуги, причем схватки начинаются раньше и кончаются позже, чем сопровождающие их потуги: оттого в периоде открытия рука, положенная на живот роженицы, не ощущает никакого толчка со стороны

сокращающейся матки, в периоде же изгнания мы испытываем со стороны матки давление значительной силы, как за счет повышающегося внутрибрюшного давления, так и за счет непосредственного давления матки. Сокращения косых и поперечных мышц живота способствуют повышению внутрибрюшного давления при одновременном понижении диафрагмы, и все это вместе с окружающими органами брюшной полости подкрепляет сокращения маточных стенок; кроме того, при этом напрягаются влажная прямых мышц живота (Liermann), усиливая их сокращения, имеющие задачей фиксировать грудную клетку по отношению к тазу. Весь грудобрюшной пресс, по Вербову, играет роль опоры для сокращающейся матки. Непосредственные наблюдения за роженицами дают следующую картину: наступающая схватка улавливается в виде крика, стона или гримасы на лице роженицы, или, наконец, определяется ощущением, роженица не стонет, а матка твердеет. Если зайти сбоку и наблюдать в это время за контуром живота, то видно, как матка „становится на дыбы“ (Витт) и приподнимает переднюю брюшную стенку, сильно ее растягивая. В это время, как уже было указано, матка удлиняется, дно ее постепенно достигает диафрагмы и через нее начинает давить на легкие; роженица делает глубокий вздох, — диафрагма опускается книзу, в это же время замыкается голосовая щель, и воздух из легких выйти не может; дну матки, таким образом, противопоставляется препятствие в виде пневматического буфера, поддержанного активными сокращениями выдыхательных мышц грудной клетки. При открытой голосовой щели потуга ослабевает, и маточное сокращение тратится на максимальное удлинение органа, т. е. схватки являются мало продуктивными.

Продолжающиеся сокращения еще больше удлиняют матку, и она начинает изгибаться дугою кпереди, так как сверху встречает сопротивление со стороны легких, сзади препятствует позвоночник, а отклониться вбок ей не позволяют маточные связки. В это время матка дает фигуру полуволны, т. е. с внешней стороны получается элемент волнообразного, червеобразного движения. Вербов указал, что образующуюся дугу матки возможно прощупать сквозь брюшные покровы. Мне это удавалось сделать несколько раз в конце потуги в случаях, где брюшная стенка была дряблой (venter propendens), а матка еще находилась в состоянии сокращения. Вот эта дуга матки приподнимает и растягивает переднюю брюшную стенку.

В ответ на механическое раздражение как со стороны самой матки, так и со стороны повышающегося во время потуги внутрибрюшного давления, мышцы брюшной стенки рефлекторно сокращаются. Наблюдая в профиль, мы видим, что после вздымания живот роженицы вновь уплотняется, грудная клетка притягивается в сторону симфиза, и туловище роженицы характерно сгибается за счет тяги прямых мышц живота. Таким образом рефлекс для потужного движения идет от матки, при своем удлинении давящей на диафрагму и на брюшную стенку, и чем больше будет удлинение матки, тем сильнее будет потуга. Матка будет тем сильнее сокращаться, чем значительнее препятствие. „Всю колоссальную силу своих круговых мышц матка может показать при узком тазе“, говорит Вербов. Schroeder указывает, что „степень силы потуг возрастает со степенью встречаемого ими сопротивления“.

Описанная картина изменения контуров живота во время потуги проверена мною и путем измерений, которые показали, что расстояние

между мечевидным отростком и симфизом во время потуги укорачивается. Так, мы видели:

	пауза	потуга
№ 948 (I роды)	30	26
№ 470 (II роды)	28	23—25
№ 1674 (повт. роды)	39	43—38

Так обычно бывает у первородящих и некоторых повторнородящих с нерастянутой предыдущими беременностью и родами брюшной стенкой. Это—нормальный механизм работы брюшного пресса во время родов. Здесь между диафрагмой и передней брюшной стенкой с одной стороны и наружной поверхностью матки—с другой образуется особый, как-бы „внутренний пояс соприкосновения“, благодаря которому энергия маточных сокращений бывает направлена в сторону выхода таза, т. е. используется наиболее продуктивно.

Наблюдения над большинством повторнородящих дают иную картину: с началом схватки мы видим, что живот приподнимается и до самого конца потуги так и остается приподнятым, уплощения его не происходит, передняя брюшная стенка при этом растягивается максимально, туловище роженицы не сгибается. В этих случаях расстояние между симфизом и мечевидным отростком во время потуги увеличивается.

	пауза	потуга
№ 949 (II роды)	39	43
№ 437 (II роды)	35	38

Здесь известная часть силы маточных сокращений тратится на максимальное растяжение передней брюшной стенки, которая только после этого и делается неподатливой опорой; остаток маточной энергии бывает направлен на изгнание плода. Если фасции и мышцы брюшной стенки не растянуты (многоплодной беременностью, многоводием или предыдущими родами), то в процессе родов они смогут противостоять напиранию на них с большей силой матке, и борьба между брюшной стенкой и маткой окончится вничью, а изгнание будет прогрессировать. Если борьба эта решается не в пользу брюшной стенки, то изгнание замедляется, а брюшная стенка подвергается еще большему растяжению.

Непосредственное наблюдение, подкрепляемое измерениями, позволяет нам судить о степени достаточности брюшного пресса в периоде изгнания.

Резюмируя все вышесказанное, мы определяем период изгнания, как совместную работу поперечно идущих мышечных пучков матки и грудобрюшного пресса, с учетом важного гидродинамического значения „внутреннего пояса соприкосновения“ и задних вод.

По совету Вербова мы всегда предоставляем самой роженице принять удобное именно для нее положение во время родов, а не придаем ей такового по вкоренившемуся трафарету. На течении родов это сказывается самым лучшим образом.

После изгнания плода и излития задних вод размеры матки быстро и во всех направлениях уменьшаются, и изменения ее формы в последовом периоде уже не так демонстративны. Все же ощупыванием мы убеждались, что после рождения плода матка под влиянием силы ретракции быстро спадается и принимает приблизительно треугольную форму, широким основанием кверху. Дно матки по поверхности равняется кисти руки и стоит приблизительно на уровне пупка у повторнородящих и на 1—2 пальца ниже пупка у первородящих (Pinar d). Маточная мускула-

тура в это время пребывает в покое, мышечные пучки всех направлений расслаблены (*Ваг—période d'inertie physiologique*). Теперь выступают силы ретракции, присущие полым органам, подвергающимся большому растяжению со стороны своего содержимого; это особенно наглядно выступает на мочевом пузыре и матке (Данилевский, *Bumh, Schroeder*).

По Груздеву, полость матки к концу беременности возрастает больше, чем в 500 раз, по сравнению с полостью небеременной матки; в послеродовом периоде мы видим, как быстро столь растянутая матка возвращается к нормальным своим размерам; сопутствующий процесс дегенерации мышечных волокон способствует этому. Сила ретракции проявляется в противоположном мышечной тяге направлении; мышцы при сокращении напрягают эластическую ткань и накопляют в ней потенциальную энергию, которая освобождается тотчас по расслаблении мышцы.

Необходимо при этом отметить, что ретракция отличается от мышечных сокращений тем, что она, начавшись, непрерывна и не перемежается паузами. *Maugrier* и *Schwab*, в полном согласии с *Bumh*'ом, полагают, что беременная матка все время плотно облегает яйцо, также благодаря силе ретракции.

Отделение плаценты начинается с того, что скопляющаяся в полости матки кровь и связанное с этим механическое раздражение вновь возбуждают деятельность маточной мускулатуры, и опять начинается попеременное сокращение слоев мускулатуры и соответствующее изменение формы органа. Начинается дело, по *Вербову*, с сокращений продольных мышечных пучков, благодаря которым матка укорачивается, и дно ее становится широким. Эти сокращения нарушают связь последа со стенками матки, после чего поперечные мышечные пучки выжимают отделившийся послед наружу. Работы *Pinard'a, Varnier* и *Herrgott'a* показывают, что отделение плаценты, хотя и идет за счет мышечных сокращений, но очень сложным образом, в рассмотрение которого мы здесь входить не будем.

Через 15—25 мин. ощупывание показывает, что матка сузилась, и дно ее ушло на 2—3 пальца выше пупка; часто весь орган при этом бывает отклонен вправо. По *Вербову* это указывает на то, что плацента отделилась, и матке остается лишь выдавить ее наружу. Более быстрая смена сокращений продольного и поперечного слоев зависит здесь от меньшего сопротивления и приближается к периодичности сокращений в кишечнике. Указанное удлинение матки отмечено целым рядом авторов (*Schroeder, Bumh, Varnier, Губарев, Груздев, Pinard, Stöckel*), причем *Schroeder* только в это время и считает возможным производить выжимание последа по *Credé*.

В последовом периоде мы и следим за изменением очертаний матки и, когда она делается узкой и длинной, просим роженицу потужиться, кладя ей ладьями руки на живот и как-бы создавая искусственную опору для матки,—ручной прием по *Вербову*.

При этом обычно происходит медленное выхождение плаценты, обернутой оболочками, из влагалища, причем послед совершает винтовидное движение.

Указанный образ действий, помимо своей деликатности, имеет еще и следующие выгоды: 1) последовый период ведется сознательно, без излишней торопливости; 2) стенки матки не подвергаются грубому разминанию, что, помимо отсутствия синяков на матке (*Губарев*), преду-

преждает образование стриктур внутреннего зева и не затягивает последового периода; 3) бережное отношение к матке в последовом периоде благоприятно сказывается на течении послеродового периода; 4) целост оболочек, обертывание ими плаценты и винтообразное вращение последа при его выхождении соответствуют нормальному механизму; ретроплацентарный сгусток всегда бывает при этом ясно выражен, и чаще послед выделяется по Schultze. Таким образом мероприятия наши лишь усиливают природные условия.

Груздев в своем руководстве сообщает о следующем способе ведения последового периода, принадлежащем Абуладзе: последний рекомендует захватывать брюшную стенку роженицы в складку по белой линии и предложить ей тужиться: этот прием, очевидно, следует применять лишь после того, как матка приняла вышеописанную удлинненную форму, что мы и делали неоднократно. Но ручной прием по Вербову дает все же лучшие результаты, являясь пригодным и в тех случаях, где способ Абуладзе был безуспешен. Повидимому, это зависит оттого, что в первом способе противодействие и опора прикладываются к самой матке, а при втором способе уменьшается растяжение брюшной стенки и, благодаря этому, повышается внутрибрюшное давление, которое лишь частично падает и на сокращающуюся матку, распределяясь равномерно на все органы брюшной полости.

Вербов поднимает вопрос о нахождении особых нервов для продольного и поперечного слоев маточной мускулатуры. В этом отношении интересны исследования Basch'a, Hoffmann'a и Feller'a.

По Данилевскому поперечное сокращение различных слоев мускулатуры гладкомышечных органов зависит от согласующей деятельности Аuerbach'овского сплетения.

В смысле симпатикотонии и ваготонии интересно было бы выяснить действие у роженицы адреналина и атропина.

Вопрос о медикаментозном воздействии как будто бы разрешается тем обстоятельством, что питуитрин дает наилучший эффект в периоде изгнания (Малиновский, Унтилов, Селицкий), т. е., повидимому, воздействует преимущественно на поперечные мышечные пучки. По Малиновскому питуитрин в начале периода открытия проявляет максимум своих отрицательных свойств, вызывая иногда настоящий столбняк матки. В соответствии с вышеизложенным можно думать, что в периоде открытия питуитрин вовлекает в работу и поперечные мышечные пучки, и получается одновременная работа всех слоев мускулатуры—tetanus. Необходимо также под этим углом зрения исследовать действие стрихнина, эрготина (tetanus по Фальку), маммина, овариина (перистальтика по Фальку).

По вопросу о физическом воздействии в физиологии (Данилевский) имеются указания, что тепло возбуждает вазодилататоры, а холод—вазоконстрикторы. Возможно, что и различные слои маточной мускулатуры проявляют аналогичное отношение к тепловым воздействиям. Так, по способу Kiwisch'a роды можно вызвать теплыми влажными душами; здесь они могут действовать возбуждающе на продольные пучки. Schroeder полагает, что теплые души являются особенно действительными в начале периода открытия, при долго несглаживающейся шейке и нераскрывающемся зеве. Затронутые вопросы подлежат, однако, специальной разработке.

На основании всего вышеизложенного позволяю себе сделать следующие выводы: 1) Основные положения Вербова, касающиеся пери-

стальтического движения матки во время родов и сопутствующих изменений формы органа, нашими наблюдениями подтверждаются. 2) Наблюдения Вербова вносят большую ясность в толкование маточных сокращений, и в свете его исследований родовой акт представляется нам в виде последовательной, стройной и согласованной работы маточной мускулатуры. 3) Изгнание плода начинается вместе с замыканием задних вод. 4) По конфигурации матки и высоте стояния дна у каждой отдельной роженицы возможно разграничить период открытия от периода изгнания. 5) По конфигурации матки в последовом периоде возможно определить момент отделения последа от стенок матки. 6) При ослаблении родовой деятельности необходимо разграничивать ослабление маточных сокращений от недостаточности брюшного пресса. 7) По вопросу о врачебном воздействии на различные слои маточной мускулатуры в связи с иннервацией матки необходимы особые исследования.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Витт. Рук. к изуч. акушерства. 1914.—2) Вербов. Матка женщины, ее нормальная работа и ее разрывы во время родов. 1913-1924.—
- 3) Var. La pratique de l'art des accouchements. 1914.—4) Warnekros. Arch. f. Gyn., 1922, Bd. 117.—5) Губарев. Акушерское исследование. 1910.—6) Губарев. Медицинское акушерство. 1923.—7) Нёдон. Учебник физиологии.—8) Данилевский. Физиология человека. 1915.—
- 9) Иванов. Ж. Ак. и Ж. Бол. 1901.—10) Иванов. К вопр. об этиологии, профилактике и лечении разрывов матки во время родов. 1904.—11) Иванов. Отношение круглой маточной связки к матке. 1911.—12) Иванов. Руководство к акушерству. Вып. I, 1922.—
- 13) Курдиновский. Р. Вр., 1911, № 13.—14) Liermann. Курс гинекологических операций. 1914.—15) Landois и Rosemann. Учебник физиологии человека.—16) Малиновский. Дисс. 1913.—
- 17) Maugrier et Schwab. Precis d'obstetrique. 1922.—18) Побединский. Краткий учебник акушерства. 1918.—19) Попов. Р. Вр., 1910, № 24-25.—20) Самойлов. Усп. экспер. биологии, т. I, вып. I, 1922.—21) Селицкий. Клинич. наблюдения над действием препаратов мозгов. придатка в акуш. практике. 1914.—22) Schmidt. Zeit. f. Geb. u. Gyn., 1922, Bd. LXXXV.—23) Sellheim. Arch. f. Gyn., 1922, Bd. 117.—24) Schroeder. Учебник акушерства. 1908.—25) Stöckel. Lehrbuch d. Geburtshilfe. 1923.—26) Феноменов. Оперативное акушерство. 1893.—27) Fellner. По реф. в Ж. Акуш. и Ж. Б., 1908, № 3.—28) Faure et Siredey. Traité de gynécologie. 1914.—
- 29) Ястребов. Ж. Ак. и Ж. Б., 1912, № 9.—30) Унтилов. К вопр. о влиянии экстракта придатка мозга на сокращения матки во время родов. 1921.

Dr A. W. Alexandroff (Moskau). Zur Frage über die peristaltische Bewegungen der Gebärmutter während der normalen Geburten.

Der Verfasser bestätigt mit seinen Beobachtungen die Ansicht von Werboff, gemäss welcher die Muskelarbeit der Gebärmutter bei Gebärenden einen peristaltischen Charakter hat, wobei wie die längliche, so auch circuläre Muskeln der Gebärmutter gleich aktive Rolle spielen, nur aber in verschiedene Perioden der Geburt.

Из наблюдений над первородною смазкой ¹⁾.

Акушерки **Е. Новиковой** (Казань).

Как известно из акушерской практики, к концу V и на VI месяце утробной жизни плода, наряду с развитием подкожного жирового слоя, кожа плода покрывается жирной беловатой массой, состоящей, по Бишп'у, из клеток эпидермиса и кожного сала. Масса эта отлагается главным образом на плечиках, крыльцах, крестце, а также в паховых и подкрыльцовых впадинах ²⁾, напоминая своим видом творог, почему и приобрела название творожистой или сыровидной смазки (*vernix caseosa*). Во всю последующую жизнь кожа человека такой смазки не выделяет.

Смазке этой после появления на свет младенца не придавалось до сих пор никакого значения, и было принято за правило тщательно удалять ее у новорожденного при первом его купании.

Мне давно уже бросалось в глаза, что через несколько часов после такого купания, с удалением смазки, новорожденный зачастую начинает беспокоиться: шевелится, крихтит, как-бы желая от чего то освободиться, затем начинает кричать, и чем дальше, тем настойчивее, вызывая беспокойство со стороны окружающих, которые обычно ищут сначала причину крика в пеленке и постельке ребенка, где, однако, большею частью находят все в порядке. Не могут и приглашаемые в этих случаях врачи найти в организме ребенка каких-либо отклонений

¹⁾ Сделанное недавно известным бельгийским акушером Keiffer'ом в Парижском Акушерско-Гинекологическом Обществе (*Bull. de la Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1926, № 5*) сообщение о происхождении и физиологической роли первородной смазки заставило меня обратить внимание на статью т. Новиковой, рукопись которой, нуждавшаяся в редакционной переработке давно уже находилась в портфеле редакции. До сих пор первородная смазка рассматривалась, как продукт секреции сальных желез кожи плода,—продукт, не играющий почти никакой физиологической роли, являющийся скорее ненужным отбросом. Поэтому во всех руководствах по акушерству (и моем в частности) рекомендовалось тотчас после рождения ребенка заботиться о возможно тщательном удалении первородной смазки, для чего рекомендовалось втирать в кожу новорожденного, при первом его купании, маслянистые вещества. Keiffer при своих исследованиях убедился, что смазка эта есть главным образом продукт секреторной деятельности амниоального эпителия, и лишь отчасти в выработке ее принимает участие кожа плода. Будучи богата протеидами, холестеридами, содержа антигемолитические и антибактериальные вещества, она, по К., далеко не представляет собою отброса, а вернее является эмбриотрофной субстанцией. В виду этого ее не следует удалять немедленно после рождения ребенка, как то обычно делается, а надо предоставлять ей всасываться кожей новорожденного, каковое всасывание происходит обычно в срок от 8 до 12 часов. Введение этого правила в практику значительно понизило процент гемолитических желтух у новорожденных. При свете этих данных Keiffer'a наблюдения т. Новиковой и главным образом основной вывод из них,—о вредности немедленного удаления первородной смазки у новорожденного,—приобретают важное значение, и я считаю невозможным медлить дальше с печатанием статьи т. Новиковой. Проф. В. Г'руздев.

²⁾ По Keiffer'у (о. с.) она отлагается исключительно на передней поверхности тела плода и никогда—на задней.

В. Г.

от нормы, и многие из них рассматривают эти крики ребенка, как проявление его стойкой жизнеспособности, как полезное упражнение для легких. Между тем, „самое естественное состояние новорожденного, — это состояние покоя и продолжительного сна“ (Вгаин). „Состояние покоя в первые дни жизни, — говорит Stockham („Природа человека“, русс. пер., стр. 238), — является как-бы продолжением утробной жизни. Ребенок должен просыпаться только для кормления и опять спать. Этот покой необходим для того, чтобы организм приспособился к новому кругу кровообращения, а главная цель его — постепенно подготовить нервную систему к внешней среде и условиям. Кроме того этот покой необходим для правильного переваривания впервые полученной пищи“.

После продолжительных наблюдений над новорожденными мне удалось подметить следующее: в тех случаях, где первородная смазка была очень обильна, после ее удаления дети обнаруживали крайнее беспокойство, мало спали, сильно падали в весе в первые дни, причем никаких видимых причин для этого у них не замечалось, — моча и меконий выделялись правильно, расстройств со стороны желудочно-кишечного аппарата не наблюдалось, глазки, пупок и пр. находились в нормальном состоянии. Такие дети оставались беспокойными до 6 недель, хотя и впоследствии зачастую сильно реагировали на раздражения тела. Дети же, родившиеся без казеозной смазки, всегда оставались спокойными (если только не подвергались каким либо особым раздражениям, напр., температурным, или не заболели).

Подсчет крикливых и спокойных детей дал мне следующие цифры: среди детей, родившихся с обильной *vernix caseosa*, спокойных было 30%, крикливых — 70%; из новорожденных, родившихся с ограниченным отложением смазки, первых было 28%, вторых — 62%; наконец, из числа детей, родившихся свободными от смазки, спокойных было 96% а крикливых — всего 4%.

Отсюда я пришла к заключению, что *vernix caseosa* играет роль защитного приспособления от внешнего раздражения кожи новорожденных в тех случаях, где эпидермис ее слишком нежен, недостаточно ороговел, а подкожная клетчатка недостаточно развита, и потому кожа является легко раздражимой при переходе из водной среды (околоплодной жидкости) в грубую среду наших пеленок. В тех же случаях, где кожа новорожденного является к моменту родов достаточно загрубевшей, а подкожный жировой слой хорошо развит, она не нуждается в защите со стороны первородной смазки.

Во всяком случае наблюдения эти показали, что удаление первородной смазки не только не приносит новорожденному никакой пользы, а напротив, причиняет вред. Это подтвердил и опыт работы в отдаленных кантонах в годы разрухи, когда нельзя было, по недостатку теплой воды, производить тщательного обмывания новорожденных и освобождения их от первородной смазки: такие дети оказывались спокойнее, чем те, у которых удалось произвести тщательное очищение кожи.

Удаление первородной смазки имеет смысл лишь постольку, поскольку есть опасность ее разложения. Но этого можно избежать, заботясь о стерильности белья новорожденного и применяя для обмывания его тела легкие дезинфицирующие растворы.

Исходя из этого, я стала в своей практике применять следующий способ ухода за новорожденными: тотчас по выхождении младенца из

родовых путей матери, я обертываю его в стерильные мягкие пеленки, делаю ванну из слабого дезинфицирующего раствора, стараясь при этом не удалять первородной смазки, потом снова завертываю в стерильные пеленки. При таком уходе, как я убедилась, новорожденные проявляют удивительное спокойствие, так что вначале меня брало сомнение, уж здоровы-ли они. Однако тщательное наблюдение убеждало меня, что они вполне нормальны,—они энергично брали грудь, хорошо развивались, никаких заболеваний кожных покровов у них не наблюдалось.

Приведу в заключение, в виде таблицы, результаты моих сравнительных наблюдений над новорожденными, у которых первородная смазка тотчас после родов удалялась, и такими, у которых удаления ее не производилось:

Состояние детей.	Новор-е с обильным количеством смазки.		Новор-е с умерен. количеством смазки.		Новор-е свободные от смазки.
	Смазка удалена.	Смазка не удалялась.	Смазка удалена.	Смазка не удалялась.	
Абсолютно-спокойных.	0	95	2	95	95
Склонных к беспокойству.	85	5	90	5	5
Беспокойных.	15	0	8	0	0

Hebamme E. Nowikowa (Kasan). Aus den Beobachtungen über Vernix caseosa.

Trotz den gemeingültigen Regel empfiehlt der Autor die Vernix caseosa bei Neugeborenen nicht zu entfernen, sondern es lassen; Frau N. hat sich überzeugt, dass Kinder bei denen die Vernix nicht entfernt wurde, sich viel ruhiger betragen, als diejenigen bei welchen solche Entfernung ausgeführt wurde. Sie erklärt es damit, dass die Vernix caseosa die zarte Haut der Neugeborenen von äusseren Reizungen beschützt. Wie es bekannt ist, empfiehlt Keiffer in der letzten Zeit auch von der sofortigen Entfernung der Vernix bei Neugeborenen sich zu entsagen, aber aus den Erwägungen, dass Vernix von der Haut des Neugeborenen eingesaugt eine Rolle in seiner Nahrung spielt.

К выслушиванию глаз у детей.

Ассистента Р. С. Гершеновича.

Прикладывая микрофонэндоскоп к закрытому глазу ребенка, мне удалось у некоторой группы детей прослушать вполне ясный прерывистый, дующий шум. Заинтересовавшись этим явлением, я занялся детальным выяснением места локализации, причины и сущности этого сосудистого шума. Перерыв все известные, современные и старые руководства по диагностике, по клиническим методам исследования, по внутренним болезням, по педиатрии, офтальмологии и пр., я нашел, однако, лишь краткое упоминание об этом признаке в руководстве Головина и Axendfeld'a: при пульсирующем пучеглазии (exophthalmus), чрезвычайно редком заболевании, авторы рекомендуют приставлять стетоскоп к орбите, чтобы прослушать проводимые из а. carotis сосудистые шумы.

Как известно, пульсирующий exophthalmus, сопровождающийся сильным выпячиванием глазного яблока, пульсацией и дрожанием натянутых и сильно гиперэмированных век, вызывается, главным образом, разрывом а. carotidis int. и излиянием крови из нее в пещеристую пазуху (sinus cavernosus); поэтому нет ничего особенного в том, что при этом страдании отмечаются сосудистые шумы. Мне удалось, однако, доказать на сравнительно большом материале (350 детей и около 100 взрослых), что глазной сосудистый шум встречается значительно чаще, чем это думали до сих пор офтальмологи, причем он обнаруживается при многих заболеваниях, не имеющих ничего общего с какими-либо поражениями глаз. Мною были обследованы больные Детской клиники нашего Университета, Факультетской Терапевтической и Пропедевтической клиник, Детской больницы имени Р. Люксембург, учащиеся школы имени Калинина, дети из интерната имени Крупской, весь персонал Показательного Дома грудного ребенка имени Ленина и т. д.

При этом из 450 обследованных случаев сосудистый шум глаз был встречен, главным образом, у детей нейтрального и школьного возрастов, тогда как у взрослых при тех же этиологических моментах шум встречался несравненно реже и отличался меньшей интенсивностью. Так, из 100 взрослых шум этот был подмечен мною в 1 случае базедовой болезни, в 1 случае недостаточности клапанов аорты, в 1 случае резкого малокровия и в 1 случае лейшманиоза. Что касается обследованных мною 350 больных и здоровых детей, то оказалось, что сосудистый шум глаза встречается, как правило, у всех детей больных лейшманиозом, отличаюсь у них большой интенсивностью—так, что его можно бывает прослушать непосредственно ухом, без всякого прикладывания к глазу стетоскопа или фонэндоскопа.

Вообще шум этот мною был часто обнаруживаем при анемиях значительной и средней тяжести, независимо от причины, вызывавшей анемию: в 3 случаях он был констатирован при малярии, в 2 — при нефрите, в 3 — при сердечных заболеваниях, в 1 — при базедовой болезни, в 2 — при геморрагическом диатезе, в 4 — при лихорадочных заболеваниях (групп, пневмония и т. д.), в 5 — при tbc бронхоадените, в 2 — у истериков и т. д.

Дети у которых мне удалось наблюдать этот новый признак, представляли некоторые общие особенности: они отличались нежной конституцией, были бледны, легко возбудимы, быстро утомлялись, имели пониженное количество Hb и Eг, обнаруживали понижение вязкости крови (вместо нормальных 1:4, по Hesse, вязкость у них доходила до 1:1.6), ее гидрэмичность, учащенный пульс с очень невысокой анакротической волной, пониженное максимальное артериальное давление (ниже 100 по Riva-Rossi) с относительно высоким минимальным давлением, с пониженным Pulsdruck'ом, возбужденной и учащенной деятельностью сердца, повышенной игрой вазомоторов. Нередко со стороны сосудов можно было у них отметить танец сосудов на шее, подвижность их, состояние эретизма или, наоборот, состояние ангиоспазма периферических сосудов. Такие дети после минутной беготни быстро уставали, иногда жаловались на одышку и сердцебиение, пульс у них после одномоментной беготни учащался через $1/2$ секунды вдвое, но уже после $1/2$ —1-минутного отдыха все возвращалось к норме.

Офтальмологическое исследование, произведенное у нескольких детей д-ром Меркуловичем, ничего ненормального не обнаружило: реакция зрачков на свет и на аккомодацию была правильная, зрачки равномерны, артерии и вены глазного дна имели нормальные очертания и не пульсировали, сосок имел правильную конфигурацию, хорошо очерчен, твердость глаза была нормальная, со стороны же нервной системы у некоторых детей с сосудистыми шумами глаз мне удалось подметить некоторые отклонения от нормы, а именно, понижение корнеального и глоточного рефлексов, дермографизм.

В отношении совпадения сосудистого шума глаза с другими анемическими и акцидентальными шумами удалось обнаружить у большинства детей с шумом глаза шум волчка на шее, иногда анемический шум на pulmonalis или на сердце, на manubrium sterni, реже шум на сосцевидном отростке и еще реже — в Моренгеймовской ямке на subclavia. При этом, что касается последовательности, то, повидимому, этот шум появляется раньше шума на сосцевидном отростке и еще раньше шума на subclavia.

В одном чрезвычайно тяжелом случае лейшманиоза у 3-летнего ребенка, где сосудистый шум глаза был особенно резко выражен, имелся также резкий мозговой шум на заросшем родничке и на сосудах лица; шумы были настолько энергичны, что их можно было слышать, едва прикладывая ухо к лицу и глазу. Таким образом в общем этиология сосудистых шумов глаза совпадает с этиологией анемических шумов. При этом интенсивность сосудистого шума глаза прямо пропорциональна степени анемии. Важно отметить еще, что не всегда интенсивность данного шума бывает одинакова с обеих сторон, — в одних случаях шум резче слева, чем справа, в других наоборот. Дыхание на сосудистый шум

глаза никакого влияния не оказывает; не изменяется его интенсивность и в зависимости от положения—лежания, сидения или стояния; после беготни он слегка усиливается, при нажатии на *a. carotis* моментально исчезает с одноименной стороны, причем в первые секунды после прекращения прижатия шум становится слегка интенсивнее; давление на соседний глаз остается без влияния на сосудистый шум выслушиваемого глаза, от давления на *art. et vena supraorbitales* шум не смягчается. Вкалывание в глаза адреналина на интенсивности шума не отражается.

Для выяснения точной локализации места возникновения этого шума: трем детям вводился в глаза кокаин, после чего прослушивались глаза, вывернутое верхнее и нижнее веко и орбита. Для выслушивания я брал обыкновенную резиновую трубку от микрофонэндоскопа, один конец которой вводил себе в ухо, а другой прикладывал к исследуемому месту. При этом мне удалось выяснить, что сосудистый шум исходит отнюдь не от самого глаза и не от верхнего или нижнего века,—оказалось, что он исходит из верхнего и нижнего этажей глазницы, позади места прикрепления век. Идя от середины верхнего края орбиты, он распространяется внутрь, к носу, до верхнего внутреннего угла орбиты, а наружу не доходит до верхнего наружного края последней; по нижнему краю орбиты шум прослушивается с меньшей интенсивностью между наружным и внутренним углами орбиты.

Откуда же берет начало этот шум? Чтобы разрешить этот вопрос, напомним вкратце сосудистую систему глаза: особенно богата сосудами, как известно, *membrana chorioidea*, сосудистая оболочка глаза; простираясь от сосочка до *ora serrata*, она в своей толще несет, считая снаружи внутрь, 2 слоя сосудов: 1) слой наружных крупных сосудов, образованных из артерий и, главным образом, из вен, образующих своей массой т. наз. *vasa vorticosa*, 2) слой капилляров, образующих своими анастомозами богатейшую сетку. Так как путем обходных исследований на анестезированном глазу мне не удалось обнаружить шумов ни в одной точке глаза, то надо полагать, что сосудистый шум берет начало вне глазного яблока. Ретрокаулярное ложе орбиты обладает большим количеством сосудов, исходящих из одной из главных ветвей *art. carotidis int., a. ophthalmicae*. Последняя проникает в орбиту через оптический канал, образуя на своем пути 11 боковых ветвей и 2 конечных. Главная масса сосудов идет по верхнему этажу орбиты. Все вены орбиты в конечном счете впадают в 2 глазных вены, *v. ophthalmica sup. et inferior*, которые лишены клапанов и впадают в свою очередь в пещеристую пазуху (*sinus cavernosus*).

После сказанного ясно, что подмеченный нами шум может возникнуть, по видимому, самостоятельно где-либо в глубине орбиты, причем, вероятнее всего, он имеет артериальное происхождение. Против венозного характера его говорит то обстоятельство, что шум имеет прерывистый, ясно систолический характер, совпадает с пульсом, исчезает при надавливании на *a. carotis*, не меняется в интенсивности от акта дыхания и от положения головы и тела, как это обычно наблюдается при венозных шумах шеи, и нередко бывает яснее слева, чем справа, чего отнюдь не бывает при венозных шумах; наконец, описываемый мною шум—не компрессионного характера, так как он нередко прослушивается непосредственно ухом.

Что касается диагностической и прогностической ценности этого признака и его патогномического значения, то прежде всего надо отметить, что этот признак можно ввести в симптомокомплекс анемии, как новый, довольно постоянный спутник малокровия. Встречается он у анемиков, главным образом, детского возраста, у которых, повидимому, имеются более благоприятные условия для возникновения его, чем у взрослых. Важно отметить, что интенсивность шума нарастает параллельно с интенсивностью анемии; поэтому, напр., у тяжелых лейшмаников этот шум гораздо интенсивнее, чем у детей со школьной анемией. Появление шума следует связывать, как и развитие другого рода анемических шумов, с качественными и количественными изменениями крови, а также с состоянием центрального и периферического сердца. Как я уже указывал, у той группы детей, где наблюдался шум глаза, минимум артериального давления приближался к maximum'у, Pulsdruck значительно ниже нормы, сосуды находятся нередко в состоянии эре- тизма. Все эти данные говорят за известный характер деятельности периферического сердца. Поэтому мне кажется, что присутствие или отсутствие сосудистого шума следует принимать во внимание при оценке работы этого последнего.

В заключение укажу, что фонэндоскопия глаза технически очень проста, и дети к этому исследованию относятся доверчиво. Приставляя мембрану фонэндоскопа к исследуемому глазу, без всякого давления, просят ребенка открыть свободный глаз и на несколько секунд задержать дыхание, дабы парализовать посторонние шумы. При этих условиях привычное ухо моментально улавливает прерывистый, дующий шум, если он имеется. При моргании иногда слышно характерное трение мягящих ресниц, или шум напрягающегося века, а иногда слышен бывает шум вдыхаемого воздуха. Само собой разумеется, что сосудистый шум нельзя смешивать ни с одним из указанных случайных шумов, и для этого фонэндоскопию надо производить при абсолютной тишине. В очень резких случаях можно довольствоваться непосредственной аускультацией — прикладыванием уха к глазу больного без фонэндоскопа или стетоскопа.

D-r R. S. Gerschenowitsch (Taschkent). Zur Auskultation der Augen bei Kindern.

Bei Untersuchung mit Hilfe des Phonendoskops der Augen bei 100 Erwachsenen und 350 gesunden und kranken Kindern konnte der Autor nicht selten bei den letzten ein unterbrochenes mit Puls zusammengetroffenes hauchendes Geräusch auskultieren. Dieses Geräusch erscheint bei den Kindern als ziemlich beständiger Gefährte der Anämie, wobei seine Intensität proportionell dem Grade der Anämie ist. Mit den Erkrankungen des Augen, wie sich D-r G. überzeugt, hat es nichts allegemeines und überhaupt als sein Ursprung erscheinen die Gefäße (Arterien) nicht des Augenapfels selbst, sondern der Orbita.

О токсическом влиянии сальварсана на функцию печени.

И. Базилевича и Е. Левина (Киев).

Если идеалом хемотерапии надо считать maximum паразитотропных свойств лекарства при minimum'e органотропных, то ему в высокой степени удовлетворяет знаменитое соединение Ehrlich'a—сальварсан. Однако вполне совершенным как этот препарат, так и его дериваты считать нельзя, так как подчас и при применении терапевтических доз их наблюдаются те или иные, более или менее выраженные токсические явления. Экспериментальные данные, начиная с известных работ Camus'a, и в особенности клинический опыт показали, что сальварсан не является вполне безразличным для деятельности некоторых внутренних органов—в первую очередь сердца и почек, почему применение его противопоказуется при заболеваниях последних. В новейшее время усиленно дебатруется вопрос о токсическом влиянии сальварсана и на печень.

Большинство современных авторов склонно причислять сальварсан в больших дозах к числу настоящих печеночных ядов. Brulé и Garban¹⁾, между прочим, указывают на важную роль, какую играет это средство в этиологии интоксикационных гепатитов вообще. Аналогичного мнения придерживаются также Eppinger²⁾, Müller³⁾, Ehrmann⁴⁾ и мн. др. Arndt⁵⁾ наблюдал на протяжении 1920—1 г. 280 случаев желтухи у люэтиков, из которых 231, по его мнению, безусловно сальварсанного происхождения, так как желтуха появлялась непосредственно после инъекций сальварсана. Аналогичные случаи сальварсанной желтухи видели у люэтиков Gaston и Pontoizeau⁶⁾, причем заболевание начиналось или через несколько дней после инъекций сальварсана, или по окончании курса лечения. Lazerat⁷⁾ недавно опубликовал 13 случаев тяжелой желтухи, появлявшейся или непосредственно, или вскоре после применения сальварсанного лечения; печеночные поражения он объясняет как токсическим влиянием самого препарата, так и привходящей инфекцией, развитию которой благоприятствует ослабление сальварсаном функции печени. Правда, в противоположность указанным авторам Milian, Stumpke, Tische и др. считают, что в большинстве случаев т. наз. Salvarsanicterus—либо случайность, либо обуславливается самой

¹⁾ E. Sergent, Ribodeau, Dumas et Babonneix. Foie et pankreas.

²⁾ Hepato-lienale Erkrankungen.

³⁾ Klin. Woch., 1922, № 17.

⁴⁾ Münch. med. Woch., 1922, № 42.

⁵⁾ Med. Klinik, 1922, № 8—9.

⁶⁾ Soc. franç. de Dermat. et de Syphil., 1923.

⁷⁾ Thèse de Paris, 1926; цит. по. Presse méd., 1926, № 32.

люэтической инфекцией. Однако Heinrichsdorff ¹⁾ указал, что желтуха наблюдается подчас после применения сальварсана и не по поводу lues'a; этот автор видел ряд тяжелых печеночных поражений, без сомнения вызванных сальварсаном,—вплоть до желтой атрофии печени в острой и подострой формах ее; подобно Müller'у он считает возможным учащение случаев этого тяжелого заболевания в последние годы поставить в связь с более частым применением сальварсана (в противоположность взглядам Part'a, Fischer'a ²⁾ и др.). Нельзя не отметить так же, что, по Hoffman'у ³⁾, ряд дерматозов, наблюдающихся иногда после введения сальварсана, зависит от печеночной дисфункции, вызванной последним.

Эти литературные данные вызвали в нас интерес к вопросу, как отражаются вырыскивания сальварсача на печеночной деятельности,—не происходит ли после применения этого средства тех или иных явлений печеночной дисфункции. С этой целью мы решили воспользоваться методом определения поверхностного натяжения мочи, который, как указал один из нас ⁴⁾, является чувствительным и точным методом функциональной диагностики печени: как полагает большинство авторов, работавших в этой области, понижение поверхностного натяжения мочи зависит главным образом от присутствия в ней желчных кислот и таким образом позволяет судить о степени ретенции в организме этого важного компонента желчи, гср. о степени печеночной дисфункции

Поверхностное натяжение определялось нами методом капиллярного поднятия, который, как обратил внимание один из нас ⁴⁾, особенно подходит для клинических целей, отличаясь меньшей точностью и гораздо большей простотой выполнения, нежели общепринятый со времени Tгаибе стагагмометрический метод. Вычислялось натяжение в α -капиллярной постоянной; для нормальной мочи оно колеблется в пределах 7,15—7,50 mgf/mm; цифры ниже приведенных указывают на понижение поверхностного натяжения. Всего нами было произведено до 300 определений у 49 больных Кожно-венерического отделения Киевского Военно-клинического госпиталя, любезно предоставленных нам заведующим отделением д-ром А. Д. Шехтером, за что приносим ему нашу благодарность; все больные были с диагнозом „lues 2 latens“ и без каких-либо заболеваний внутренних органов, в частности печени. У каждого больного производилось от 4 до 6 исследований утренней мочи—перед инъекцией и в продолжении нескольких дней после нее и, кроме того, вечерней мочи в день инъекции, через несколько часов после производства ее.

Результаты исследования показали, что, хотя в большинстве случаев вырыскивание 0,6 сальварсана оставалось без влияния на функцию печени, гср. поверхностное натяжение мочи, однако в некоторых мы имели понижение последнего—либо только в вечерней порции мочи, через несколько часов после инъекции, либо также и на следующий день, или даже через 2—3 дня, т. е. можно было констатировать более или менее резко выраженные явления печеночной дисфункции, хотя и длившиеся недолго, приблизительно в $\frac{1}{4}$ всех наших случаев.

¹⁾ Virchow's Archiv, 1923, Bd. 240, Hft 3.

²⁾ Berl. klin. Woch., 1908, № 19.

³⁾ Deut. med. Woch., 1921, S. 1080.

⁴⁾ П. Базилевич. Терап. Арх., 1926.

Необходимо добавить к сказанному, что, как отметил Lazergat, подчас, хотя и довольно редко, наблюдается крайняя чувствительность печени к сальварсану. С одним подобным случаем нам пришлось встретиться.

У больного Т., где совершенно отсутствовали какие-либо указания на поражение печени, даже введение 0,3 неосальварсана неожиданно вызвало значительное понижение поверхностного натяжения, доходившее до 6,4 и длившееся больше недели. В виду этого нам казалась неполно безопасной последующая инъекция большей дозы, и больному было вприснуто снова только 0,3 (когда поверхностное натяжение еще не пришло к норме). Через несколько часов после вприскивания у него сразу развилась, без предшествующих диспептических жалоб, желтуха, в моче появились билирубин и уробилин, кал стал слабо окрашенным, печень стала прощупываться на 1 палец ниже реберной дуги. Общее состояние, однако, мало страдало, и лишь легкий зуд и вздутие живота беспокоили больного. Вскоре после назначения карлсбадской соли и уротропина заболевание стало проходить, хотя желтуха продолжалась около недели и немногим дольше—понижение поверхностного натяжения.

Резюмируя все сказанное, мы должны на основании своих наблюдений прийти к тому выводу что, если инъекции небольших доз сальварсана (0,3) обычно не отражаются на величине поверхностного натяжения мочи, то инъекции больших доз — 0,45 и особенно 0,6—в части случаев вызывают понижение его в большей или меньшей степени и тем свидетельствуют о появляющейся печеночной дисфункции. Для дозы 0,6 это явление наблюдается в $\frac{1}{4}$ всех случаев и обычно продолжается не дольше 2—3 дней после инъекции.

D-r I. Basilewitsch und D-r E. Lewin (Kiew). Ueber die toxische Wirkung des Salvarsans auf die Funktion der Leber.

Die Autoren untersuchten die oberflächliche Spannung des Harns bei 49 mit Salvarsan behandelten Kranken und auf diesem Wege überzeugten sie sich, dass ungefähr in $\frac{1}{4}$ aller Fällen nach der Injektion 0,6 Salvarsans die Erscheinungen der Disfunktion der Leber Platz haben — zwar nicht lange dauernde. Bei einem aber Kranken rief die Injektion sogar 0,3 des bezeichneten Mittels scharfe, dauernde mehr als eine Woche Herabsetzung der oberflächlichen Spannung des Harns hervor.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Современное состояние вопроса о бесплодии.

Ассистента Акушерско-Гинекологической клиники Иркутского Университета М. П. Бушмакиной *).

При обзоре текущей акушерско-гинекологической литературы последних лет невольно привлекает внимание тот выдающийся интерес, который проявляется биологами всего мира к вопросам производительности человека. Прогрессирующее падение рождаемости, как в силу необычайного количества искусственно производимых аборт и бесплодия в результате их, так и вследствие стихийно распространяющихся мер предупреждения зачатия, ставит на очередь вопрос о вырождении и мерах борьбы с ним. Gibbons (15) говорит, что в Англии и Уэльсе рождаемость в 1840—80 гг. была около 35 на тысячу, а после 1917 года—всего 17—18. Она падает и в большинстве других европейских стран, но особенно низко стоит во Франции, где смертность и рождаемость достигли равновесия, и притом населения прекратился. Jolles (28) считает, что 10% всех современных браков бесплодны, а Curtis (7) повышает этот процент до 12. По Gibbonsу в т. наз. интеллигентном классе среднее число детей у каждой брачной пары менее двух. По статистике Bertillon'a наибольшее число детей рождается в классах, стоящих на нижних ступенях социальной лестницы. Экономические исследования доказывают, что рождаемость детей падает с увеличением дохода. Стремление к комфорту играет, несомненно, большую роль в падении рождаемости и его терапии. Winter (66) говорит, что за последнее время к нему чаще обращаются за советом по поводу бесплодия, чем раньше; он приписывает это не действительному умножению случаев последнего, а пробудившемуся у людей, стоящих в браке, сознанию, что бесплодие не является нормальным состоянием. Врачи теперь также проявляют больший интерес к этому вопросу, который раньше считался более или менее безнадежным. На последнем VI Всесоюзном Гинекологическом Съезде вопрос о бесплодии поставлен в программу предстоящего VII Съезда.

Этиология, а вместе и терапия бесплодия не сходят в настоящее время со страниц медицинских журналов и являются предметом дискуссий в заседаниях медицинских обществ всего мира. Мой глубокоуважаемый учитель, проф. В. С. Груздев, идя всегда в первых рядах активных работников науки, не мог, конечно, пройти мимо этого вопроса, поручил мне разработать его с литературной стороны, и я счастлива, что в этот большой для нас день 35-летнего юбилея В. С. ча могу представить хотя краткое извлечение из своей работы.

В настоящее время различают 3 вида бесплодия: 1) первичное или естественное, 2) вторичное, приобретенное, и 3) искусственное.

По вопросу о первичном бесплодии особенно много работает в настоящее время американский гинеколог Roppy (52). Он сам всесторонне обследовал более 500 случаев бесплодия, тщательно изучил все наиболее значительные работы на эту тему, вышедшие за последние 3 г., и пришел к заключению, что относительно истинной этиологии первичного бесплодия мы все еще бродим во тьме, — что все наши представления об этиологии и лечении его ошибочны, и что, кроме того, во многих случаях в результате наших методов лечения временное бесплодие пере-

*) Доложено в торжественном заседании Иркутского Научно-Медицинского О-ва, посвященном 35-летию юбилею проф. В. С. Груздева, 13/II 1926 г.

ходит в постоянное. Он различает в данной области две группы исследователей: одни подходят к вопросу, определяя роль мужа в бесплодии, другие изучают изменения в женской половой сфере, обуславливающие это страдание. Первые исследуют свойства сперматозоидов, их способность проникать до глубоких отделов матки, продолжительность пребывания их там в живом состоянии, а также влияние вагинального и цервикального секретов на их способность движения и их жизнеспособность. Авторы эти, — Rong y (52), Greil (21), Curtis (7), Schmidt (58), Winter (68), говорят, что вопрос о бесплодии до сих пор обсуждался в пределах тех изменений, которые специально встречаются у женщин, и сама женщина почти всегда считала себя виновной в нем; но в настоящее время и за мужчиной признана его доля вины, которая далеко не незначительна. Установлено, что мужчине в бесплодии принадлежит около 30% вины, а по Schmidt'y (58), — что он виновен в 1/3 всех случаев бесплодия непосредственно, а в другой 1/3 — косвенно.

Различные исследователи нашли при исследовании мужев в бесплодных браках у 25—33% их азооспермию (в большинстве случаев вследствие поражения семенного протока после гонорреи), у 11—25% — олигоспермию (т. е. повреждения или первичную недостаточность спермогенеза). К этим группам Winter (66) прибавил случаи некроспермии, где сперматозоиды или мертвы, или очень мало подвижны (abiospermia — вялость вследствие ненормального качества секрета добавочных желез). Greil (21) находит, что у мужчины гораздо легче получить надежные доказательства стерильности, — одного взгляда в микроскоп достаточно, чтобы приблизительно сказать, имеется ли у мужчины производительная способность, или нет. На основании многочисленных исследований Rong y (52) и др. авторы заключают, что, раз в семени мужчины найдены живые, хорошо развитые, активные сперматозоиды в достаточном количестве, то должно признать, что он вообще способен к оплодотворению. Исследованию мужского семени и технике этого последнего большое значение придает и Huhner (27). Исследование семени в кондоме дает ценные сведения, но должно, по этому автору, вестись определенным образом, — иначе весь результат его может свестись к нулю. Опыт показывает, что имеют большое значение те инструкции, которые должны быть даны пациенту, дабы сохранить и не испортить семени в кондоме. Последний тотчас по удалении с органа должен быть перевязан тесьмой, завернут в полотенце и помещен между подушками для сохранения его в теплом виде. Ни в коем случае не следует советовать помещать его в теплую воду, так как пациент из усердия может взять слишком горячую воду, а это может повлиять на жизнеспособность сперматозоидов. При переноске в лабораторию завернутый в полотенце кондом помещают возможно ближе к телу, чтобы сохранить его теплым во время пути. В лаборатории его не следует открывать, пока не будет все готово для исследования. Для последнего не требуется никаких сложных методов, никаких согревающих аппаратов, не рекомендуется также и переливание семенной жидкости из одной посуды в другую. Все, что нужно для исследования, это — микроскоп с малым и большим увеличением, предметные и покровные стекла и длинная пипетка. Когда все готово, развязывают кондом, насыщают содержимое его в пипетку, спускают первые капли из нее, затем помещают одну каплю на предметное стекло и покрывают его покровным (пипетку же завертывают в то же полотенце — на случай, если понадобится еще капля). Окрашивание излишне. В нормальном препарате в каждом поле зрения сразу видны бесчисленные сперматозоиды, быстро движущиеся. Если повторное исследование (лучше после продолжительного воздержания) укажет на совершенное отсутствие их, то надо выяснить, отчего это зависит, — от непроходимости семенных путей, или оттого, что мужские половые железы не вырабатывают сперматозоидов, или оттого, что имеют место оба эти условия. Для более точного дифференцирования Huhner советует прибегать к насасыванию семенной жидкости непосредственно из яичек. Если в препарате кондома сперматозоиды отсутствуют, а в препарате из яичек окажутся, то можно поставить диагноз непроходимости и предложить операцию. На основании изучения только препарата из кондома такого диагноза ставить нельзя. Присутствие гноя в семенной жидкости не является доказательством бесплодия, — гной, как и наличие гонококков, не препятствует оплодотворению, но он указывает на патологическое состояние половых органов мужчины, которое может повести к бесплодию. С другой стороны, нельзя признавать мужчину способным к оплодотворению на основании нахождения сперматозоидов в малом количестве или малоподвижных, что делают многие неопытные врачи. Нахождение мертвых сперматозоидов имеет большую ценность для диагноза, так как указывает, что механической непроходимости в семенных путях нет,

и надо искать, что и где убивает сперматозоидов, и не зависит ли гибель их просто от неумения пациента сохранить препарат, или от недостатка техники у производящего исследование.

Все, что можно решить на основании исследования содержимого кондома, — это то, что наличие большого числа активно движущихся сперматозоидов в каждом поле говорит за оплодотворяющую силу их. Но жизнеспособность сперматозоидов и их устойчивость, а следовательно, и истинная их пригодность для оплодотворения остаются при этом неизвестными. Поэтому Н u h n e r (27) ввел в практику метод исследования, который он сам назвал „spermatozoa-test“ — проба сперматозоидов, а последующие авторы назвали — „Н u h n e r-test“ — проба Н u h n e r'a. Женщине рекомендуется литься для исследования возможно скорее после coitus'a. Уложив ее, как обычно, длинной пинеткой насасывают секрет из цервикального канала и немедленно исследуют его под микроскопом. Автор весьма высоко оценивает значение своей пробы. „Какое богатство информации получим мы в несколько минут исследования!“ — восклицает он. Раз живые сперматозоиды имеются в цервикальном канале, то для данного случая не имеют значения никакие имеющиеся отклонения от нормы — ни неправильное положение шейки, ни уплощение заднего свода, ни короткость или ширина рукава, не имеют значения слишком быстрое извержение семени мужем (ejaculatio praecox), недостаток или отсутствие оргазма у женщины, стриктуры уретры, гипоспадия, эписпадия и пр. Если сперматозоиды в цервикальном канале живы, значит, секрет этого канала и вагины не влияет на них губительно, и нет необходимости подвергать его исследованию. Если в кондоме имеются живые сперматозоиды, а в шейке — мертвые, значит, в половом канале женщины имеется что-то, что убивает их. Одно из самых важных свойств пробы Н u h n e r'a (27) проявляется в случаях, когда в цервикальном канале сперматозоиды совершенно отсутствуют, а в кондоме они обнаружены в живом состоянии, — это показывает, что семя само по себе нормально, но в половом канале женщины существуют условия, препятствующие поступлению семенных нитей в шейку. Присутствие сперматозоидов в верхних отделах маточной полости (в дне матки) можно легко определить при помощи шпирца В g a u p'a, причем отсутствие их в дне никакого значения не имеет, — их может не быть там и в нормальном случае. Проба имеет ценность только в случае положительного результата. „За то, если живые сперматозоиды найдены в дне, то какое диагностическое богатство имеется перед нами! — говорит Н u h n e r. — Как много женщин подвергается продолжительному лечению и операциям даже по несколько раз, вследствие предположения у них механической причины бесплодия или эндометрита. Наличие живых сперматозоидов в дне матки сразу показывает ненужность этих процедур“.

По исследованиям G r a f f'a (19,20) 25% бесплодия обязаны своим происхождением недостатку или патологическим изменениям spermatozoa. Настаивая поэтому на необходимости исследования мужского семени в каждом индивидуальном случае бесплодия, авторы находят, что роль сперматозоидов еще недостаточно изучена, и нужно углубить это изучение, исследуя судьбу spermatozoa в половом канале женщины и влияние всосавшейся спермы на организм женщины. Эти вопросы, к которым мы еще отчасти вернемся ниже, затронуты в работах V o g t'a (67), E v a n s'a и V i s h o r'a (11,12), R e y n o l d s'a и M a s o m b e r'a (50) и др. авторов, изучавших свойства сперматозоидов и влияние на них различных патологических и физиологических условий, химических и физических факторов.

К этой категории может быть отнесена и работа B e l o t (2) „Бесплодие и X-лучи“, где автор, подтверждая факт, что X-лучи могут вызывать азоосперию у мужчин и перерождение фолликулов яичников у женщин, говорит, что эти результаты остаются стойкими только в случае применения больших доз лучевой энергии. В Германии опубликованы случаи полной азооспермии у лиц, работавших в рентгеновских лабораториях, но, чтобы это сообщение имело полную цену, эти лица должны быть удалены от влияния лучей и снова исследованы позже — для решения вопроса, насколько стерилизация у них является стойкой. Автор произвел обследование более 300 врачей-рентгенологов и лапел, что % бездетных среди них не больше, чем среди других врачей; в частности как раз у тех, кто много лет непрерывно занимался этим делом, он не обнаружил ни одного случая бесплодия, причем и дети их физически оказались развиты не хуже других детей их возраста.

После исследования семени должно быть произведено исследование полового члена у мужчин, так как некоторые аномалии penis'a могут быть причиной бесплодия. По K l a t s c h'y туземцы Центральной Австралии производят себе искусственную гипоспадию, чтобы предупредить зачатие.

Если исследование семени под микроскопом дало положительный результат, если у мужчины нет анатомических неправильностей половых частей, нет никаких нервственных расстройств, как *ejaculatio praesens*, никаких стриктур, если у мужа доказаны нормальное половое чувство и потенция, тогда следует очередь жены.

Выяснение роли женщины в бесплодии открывает широкое поле для различных теорий и гипотез относительно этиологии и лечения. Ни в какой другой отрасли медицины пациенты не подвергались так много необоснованному лечению, как женщины, страдающие бесплодием. Greil (21) говорит, что установить характер и локализацию аномалии производительных органов у женщины гораздо труднее, чем у мужчины, — гораздо труднее установить и проконтролировать состояние транспортных путей половых клеток, жизнеустойчивость яйца, реакцию транспортирующей жидкости, наличие необходимых условий для оплодотворения, внедрения и дальнейшего развития оплодотворенного яйца. Он указывает, что исследование с целью установить локализацию причины стерильности женщины следует производить, идя снаружи внутрь по половым путям, причем, чем глубже проникает исследующий, тем больше увеличиваются сложность и неуверенность его приемов.

В этиологии женского бесплодия до сих пор господствовала механическая теория, согласно которой главными причинами бесплодия являются механические препятствия для проникновения сперматозоидов. Препятствия эти могут быть то врожденными, то приобретенными. Расслабление тазового дна, глубокие, обширные разрывы промежности, широкая, короткая вагина, плоские своды, особенно задний, и др. условия, в силу которых семенная жидкость не задерживается в рукаве, и сперматозоиды не попадают поэтому в цервикальный канал; неправильные положения матки и в частности шейки, когда верхушка *p. vaginalis* отклоняется прямо впереди или в сторону, и сперматозоиды не попадают поэтому на область наружного зева; далее, стеноз наружного зева, особенно та форма его, которая известна под названием „Pinhole“ — булавочное отверстие, а равно стеноз внутреннего зева при длинной конической шейке; вообще — инфантилизм матки с резкой *ante-flexio* и, наконец, повышенная кислотность секрета вагины — вот те условия, которые до сих пор считались создающими механические препятствия для проходимости семени. И работы последних 2—3 лет продолжают называть эти причины, придавая им то большее, то меньшее значение. Таковы работы Graffa (19,20), Winter'a (66), Maiera (39), Schmidt'a (58), Соловьева (60) и др.

Большинство современных авторов относится, однако, к механической теории в том виде, как она до сих пор формулировалась, скептически, или даже совершенно отрицательно. Так, Ronquy (52) утверждает, что механическое происхождение бесплодия представляет чистойшей миф. Он никогда не видел цервикального канала, который был-бы слишком узок для прохождения сперматозоидов; там, где может пройти маточный зонд с головкой в 2 мм., где может пройти менструальная кровь, — там не может быть препятствия и для сперматозоидов. В его исследованиях из 215 стерильных пациенток введение расширителей Holzmann'a до № 6 было успешно у 213. Где же здесь механическое препятствие? Кроме того, надо помнить, насколько более узки в норме маточные отверстия труб, а между тем они оказываются достаточным не только для прохождения сперматозоидов, но и для прохождения оплодотворенной яйцевой клетки.

За последние годы механическая теория подверглась всестороннему пересмотру, и некоторые стороны ее получили новое освещение. Прежде всего много света пролило на выяснение механических причин бесплодия у женщин введение в гинекологическую практику продувания труб (проба Rubin'a (53) или *percutatio*), суть которого состоит в нагнетании посредством шприца или особого прибора воздуха или какого-либо индифферентного газа в полость матки, а оттуда, под известным давлением, в трубы. При непроходимости той или другой трубы воздух через нее не проходит, что и указывает на существование препятствий в ней. В настоящее время этому методу придают громадное диагностическое значение. Если причина бесплодия неясна сама по себе, прежде всего надо предпринять пробу Rubin'a. При помощи ее с несомненностью установлено, что во многих случаях причина бесплодия может заключаться в непроходимости труб — относительной или полной, врожденной или приобретенной. Приобретенная она может быть вследствие новообразований, воспалительных изменений с зарощением фимбриального или маточного конца, или спайками по ходу трубы, вследствие закупорки слизистой пробкой, наконец, вследствие перегиба на почве воспалительных спаек. Новейшими ис-

следованиями Geisla (14), установлено, что и нормальные трубы могут дать отрицательный результат пробы и оказаться причиной бесплодия—в случаях некоторых вариаций в направлении интрамуральной части их: эта часть канала трубы может идти или в виде сильно-извилистой линии, или давать более или менее острый угол, причем в том или другом случае передвижение половых клеток может затрудниться. Сюда же относится и вообще извилистость канала трубы, уменьшение мерцательности ее эпителия, также сократительности ее мускулатуры, являющихся частичным проявлением инфантилизма.

В среднем роль непроходимости труб в этиологии бесплодия определяется Rongu в 30%, Graffom в 72%, Pribramom в 50—60%; во всяком случае она достаточно значительна, чтобы с нею считаться. Meaker (10) обращает внимание на группу случаев, где бесплодие возникает, благодаря спазму мускулатуры труб: это явление подтверждает также Schochet, который наблюдал его во время лапаротомии. Таким образом проба Rubin'a выдвинула новый фактор в этиологию бесплодия. При помощи пробы Nuhner'a (21) можно было-бы выяснить, какое действительное значение имеют остальные механические причины. К сожалению, сам Nuhner не приводит результатов своих наблюдений, а другие авторы сужат об этом по тому, насколько подобные случаи поддаются соответствующему лечению. Тот факт, что некоторые оперативные вмешательства, направленные к расширению шейки, имеют нередко положительный результат, заставляли думать, что узость зева действительно служит механическим препятствием для коагуляции: но теперь большинство авторов объясняет этот эффект тем, что при таком расширении устраняется застой маточного секрета, вызывавший изменение реакции секрета в сторону повышения его кислотности, что и служило истинным препятствием для зачатия.

Эту же точку зрения проводит Kahn (30) в своей работе, посвященной специально роли шейки в бесплодии. Он придает большое значение цервикальному секрету и настойчиво подчеркивает необходимость в каждом случае бесплодия тщательно исследовать его по рекомендуемой им подробной схеме: А, 1) реакция—кислая или щелочная, 2) степень прозрачности, 3) консистенция и др. физические свойства (тягучесть, липкость); В, микроскопическое исследование: 1) эпителиальные клетки—количество и форма, 2) лейкоциты, 3) бактерии, 4) другие структурные элементы. По его словам Reynolds доказал, что только сильные сперматозоиды могут проникать через барьер нормальной слизи цервикального канала, для ослабленных это является уже затруднительным, а тем более при ненормальном секрете. Kahn приходит к заключению, что 1) изменения шейки чаще являются причиной бесплодия, чем изменения фаллопиевых труб; 2) многие темные (сомнительные) случаи бесплодия могут быть выяснены детальным изучением шейки и ее секрета; 3) это изучение должно предшествовать пробе продувания труб; 4) структурные изменения шейки редко требуют хирургического вмешательства, а главное внимание должно быть обращено на исследование цервикального секрета. Автор приводит ряд моментов, влияющих на последний, среди которых следует особенно отметить спринцевания, применяемые без медицинских показаний, при нормальном состоянии половых органов, «для чистоты», как говорят пациентки. Эти спринцевания изменяют химизм цервикального секрета и приводят к заболеваниям. Затем, надо отметить уже упомянутые анатомические уклонения от нормы в строении шейки, обычно врожденные, среди которых «Pinhole»—точечный зев и стеноз зева служат причиной бесплодия вследствие задержки секрета, изменения его химизма и развивающихся на этой почве патологических изменений эндометрия. Наконец, надо подчеркнуть травму и инфекцию от выскабливания, предпринимаемого с целью терапии первичного бесплодия. Против этих выскабливаний резко выступают Rongu (52) и многие другие авторы, утверждая, что нередко случаи, когда временное бесплодие переходило в постоянное вследствие наших терапевтических воздействий, в частности этих излюбленных выскабливаний. Curtis (7) приводит несколько случаев выскабливания нормальной слизистой матки, где спустя несколько дней в эндометрии был обнаружены патогенные микробы и явления эндометрита. Он говорит, что клиническими наблюдениями установлены частые случаи бесплодия среди здоровых в других отношениях пациенток, у которых было произведено выскабливание после самопроизвольного аборта с целью «вычистить» матку. При всем том расширяющие матку операции еще в силе, и даже за последнее время предложены новые модификации их английскими, французскими и немецкими авторами. Цель при перечисленных условиях ясна,—это изменение тех моментов, которые считаются механической причиной бесплодия, как неправильное положение матки и пр.

Остановлюсь еще несколько на инфантилизме. Что он является одной из наиболее частых причин бесплодия, — на этом сходятся все авторы и прежде, и теперь. По Schmidt'y (58) $\frac{2}{3}$ всех случаев бесплодия обязаны своим происхождением инфантилизму. Но раньше причину бесплодия при инфантилизме видели в присущих инфантильной матке анатомических особенностях, могущих играть роль механических причин, каковы резкая anteFlexio, коническая шейка и пр. Современные авторы расценивают эти обстоятельства иначе, — главное значение они придают здесь задержке секрета и изменению его химизма. Все мероприятия, ведущие к устранению этого, и считаются в настоящее время рациональными. Но инфантилизм не исчерпывается этими частными отклонениями от нормы, он представляет из себя общее страдание, недоразвитие всего организма с мало еще изученным, сложным симптомокомплексом, зависящим как от местного недоразвития всех половых органов, так и от недостаточности секреторных органов. Он является т. о. причиной бесплодия, но причиной весьма сложной, где на первый план выступают конституциональные и эндокринологические факторы.

Вообще конституционно-биологический уклон, наблюдающийся в настоящее время вообще в медицине, нашел себе место и в данном вопросе. Greil (21) говорит, что «в случаях не локализованной стерильности, несомненно, проявляется влияние конституционных аномалий, возникновение которых надо отнести к первым дням зарождения, когда может проявиться воздействие экзогенных и эндогенных факторов на зарождающийся организм, хотя-бы он и происходил от совершенно здоровых половых клеток. Часто Einkindsterilität матеря приобретаетя вместе с полной стерильностью ребенка, — мелкокистовидная дегенерация яичников или тяжелые повреждения яичка. И мужчины, обнаруживающие нестрого локализованное отклонение в половом отношении, как неспособность или особенно предрасположение к половой инфекции, без сомнения, перенесли ненормальные внутреребренности матерей, можно было-бы ясно доказать истинную причину этих отклонений. Наблюдения и эксперименты над животными являются важнейшей и чувствительнейшей конституциональной пробой, которая вскрывает взаимоотношения полов и выявляет влияние различных факторов на зарождающийся организм».

Весьма показательны в этом отношении многочисленные опыты, произведенные над мышами и морскими свинками с одной стороны Evans'ом и Vishor'ом, с другой, — Reupold's'ом и Masombeg'ом, а также и др. Изменения в диете, в качественном и количественном отношении, заметно отражались как на росте молодых животных, так и на половой функции их. Авторы оказались в состоянии этим путем вызвать полное бесплодие у известного числа животных, вызвать смерть эмбриона или довести беременность у животного до нормального срока с живым плодом. Большая задержка роста давала большее или меньшее расстройство и овуляционного ритма. Отсутствие углеводов не влияло ни на рост, ни на половую физиологию, тогда как отсутствие жира влияло и на рост, и более специально на половое развитие животного. Диета, скудная белками, сильно задерживала рост и отражалась на половой функции. Особенно губельно, однако, действовал на половую функцию недостаток солей, главным образом — кальция. Далее, эксперименты перечисленных авторов установили влияние витаминной диеты на плодовитость и на судьбу имплантированного яйца. Были также предприняты эксперименты и для диететического лечения бесплодия. Так, употребление масляных экстрактов (до 100,0 pro die) дало положительный результат, причем получалось излечение бесплодия. При этих же экспериментах выяснилось, что в некоторых случаях бесплодия заметную роль играет степень способности к производительности. При случае животных, обладавших низкой степенью производительности, с высокоплодовитыми партнерами они были в состоянии произвести потомство, тогда как спаривание их с индивидуумами средней или недостаточной производительности потомства не давало. Авторы заключают, что могут быть большие индивидуальные вариации в способности производить, и подобные вариации увеличиваются в зависимости от темперамента, диеты, привычек, физического напряжения, нервного переутомления. Они приводят примеры олигоспермии у мужчин, значительно улучшившейся, благодаря применению соответственной диеты и упражнениям на воздухе, и высказывают предположение, что, если подобные результаты могут быть достигнуты у мужчин, то с одинаковым успехом можно ожидать того же и у женщин. На основании своих наблюдений и опытов названные авторы приходят к заключению, что будущее в изучении бесплодия и борьбы с ним принадлежит скорее физиологическому направлению, чем патологическому.

Наблюдения и статистика последних лет привели Окинчица, Чунихина и мн. др. к выводу, что при плохих условиях жизни развитие половых органов наступает позже и слабее (menses наступают позднее, раньше заканчиваются, чаще наблюдается аменоррея и пр.), и что материальная нужда и тяжелые жизненные условия предрасполагают к бесплодию. Частыми последствиями профессионального труда детей и подростков является возникновение хлоротичных, анемичных, туберкулезных, инфантильных конституций с гипопластическим состоянием тазовой области и половых органов. Узость и деформация таза, недостаточность мягких частей, узость и неэластичность влагалища, ригидность промежности и недостаточность ее мускулатуры, инфантилизм матки со слабостью ее мускулатуры и др. признаки недостаточной зрелости женского организма могут быть следствием задержки его развития под влиянием раннего профессионального труда.

К категории нестрого локализованной стерильности, приобретенной после оплодотворения перед рождением, относятся явления т. наз. *dystrophiae adiposogenitalis*, ожирения тиро-гипофизарного происхождения. 22% ожирелых бесплодны. Базедова болезнь, изнурение, микседема, адиссонова болезнь, диабет, хлороз—все эти состояния происходят, благодаря нарушениям воспроизводительной деятельности женщины.

Greil (21) указывает еще на одну причину бесплодия, которую можно отнести к физиологическим,—это воздержание от coitus'a в период «оптимума зачатия», который, по его мнению, приходится на 5—6-й дни после менструации. Одни случайно, другие в силу ритуальных предписаний¹⁾ избегают coitus'a как раз в этот период, отодвигая его на середину интервала между menses, между тем на 5—6-й день происходит чаще всего разрыв фолликула и выходжение яйцевой клетки, которая остается способной к оплодотворению лишь в течение суток, а потому более поздний coitus обречен на бесплодность.

Sellheim в качестве причины бесплодия указывает на половые злоупотребления—abusus sexualis, возможные благодаря нашей культуре, в силу которой человек в образе своей половой жизни далеко ушел от периодичности ее у животных. Это причина секреторная или биологическая. Работами Waldstein'a и Esclair'a при помощи реакции Abderhalden'a с несомненностью установлено поступление специфических веществ мужского семени в кровь женщины. А раз вещества эти поступают в кровь, значит, без сомнения, они вступают во взаимодействие с веществами, вырабатываемыми секреторными органами женщины. Постоянная резорбция этих веществ имеет извращающее влияние на организм женщины: грубые, мужелобные черты лица, мужеподобный тип, акромегалические явления являются следствием гуморального преобразования конституции женщины под влиянием резорбции семени, примером чего могут служить проститутки. Дрентельн (10) в своей интересной работе устанавливает также изменение типа женщины под влиянием отказа от материнства, стихийно наблюдающегося за последние десятилетия, причем последствия этого отказа Дрентельн приравнивает к последствиям проституции. Отказываясь от материнства, женщина становится более свободной для сексуальной жизни и все более пробуждается в сексуальном отношении, в связи с чем изменяется ее психический и физический облик женщины—она приближается к типу мужчины. Органы материнства, за ненадобностью, недостаточно развиваются. Вместо прежней рослой, с широкими бедрами и развитой грудью, женщины-матери теперь преобладает тип женщины небольшого роста, скорее маленькой, с плоской грудью и узкими бедрами, напоминающей мальчика. Это изменение типа женщины в сторону мужского типа автор углубляет и в конце концов приходит к заключению, что оба пола стремятся уподобиться один другому, причем отмечает появление типа женственного, инфантильного мужчины, раннего импотента, с oligospermia и abiospermia. Если эти пары и дают потомство, то оно уже со своего зарождения обречено на бесплодие.

В связи с большей готовностью и с большей возможностью к сексуальной жизни женщины усиливается и сексуальная жизнь мужчины. На этой почве замечается необычайное развитие гомосексуализма, мастурбации и т. д. Человек ли-

¹⁾ Greil (21) указывает, что, по предписаниям талмуда, евреям запрещается coitus в первые 12 дней после начала менструации. Koblansck (31) говорит: «Относительное воздержание рекомендуется римско-католической церковью в случае необходимости. Половые сношения должны прекращаться за 3-4 дня до менструации и в течение 14 дней после нее».

шается периодов сексуального покоя, что не может не отражаться самым пагубным образом на его нервной системе, на его творчестве и производительности.

Ке́ргер придает, далее, большое значение в зачатии половому оргазму, причем оценивает его, как фактор нервно-сосудистый. Другие авторы, как Зарницкий, оставляя за оргазмом известное значение, указывает, что факты успешного искусственного оплодотворения, а также и зачатия в случаях изнасилования под наркозом не позволяют отнести ему решающей роли. То же можно сказать и о *dyspareunia*.

Многие авторы,—в том числе *Alfieri*,—указывают, наконец, на несоответствие темпераментов супругов, или дисгармонию между сперматозоидами мужа и яйцевыми клетками жены, как на причину бесплодия. В таком случае каждый из супругов может иметь потомство с другими партнерами.

Таковы те этиологические моменты, которые в настоящее время устанавливаются для первичного бесплодия. Надо еще прибавить, что диагноз первичного бесплодия может быть поставлен только по истечении известного срока со времени вступления в брак,—одни исчисляют его в 3, другие в 5 лет. До истечения этого срока никаких терапевтических воздействий, а тем более местных, с целью устранить бесплодие, предпринимать не рекомендуется.

Говоря о различных формах первичного бесплодия, упомянем еще об овариальном бесплодии, в основе которого лежит недостаточность секреции яичников. Такая секреторная причина бесплодия должна предполагаться, почти с уверенностью, в тех случаях, где имеется детская матка вместе с поздним наступлением менструации и скудные *menses*, приходящие в очень редкие промежутки времени (3—4 раза в год); сюда присоединяется и недостаток полового желания (*dyspareunia*), хотя этот симптом большого значения и не имеет. Здесь имеется прямое эндокринное расстройство, в котором, по всей вероятности, принимают участие и другие эндокринные органы. Одни из этих случаев—врожденные и принадлежат скорее к нестрого локализирующимся конституционным стерильностям, другие обязаны своим происхождением расстройствам, возникшим в детстве, до возраста полового созревания (скарлатина, тифы, заушница). Эндокринная терапия, как указывает большинство авторов, дает здесь более или менее утешительные, а иногда даже прямо блестящие результаты, как в смысле общего, так и местного влияния. Интересны в этом отношении экспериментальные исследования, предпринятые *Robinson* и *Zondek* и имевшие целью проследить действие различных органопрепаратов на рост матки. Наряду с такими органопрепаратами, как препараты *g. pinealis*, тиреоидин, оволандол, авторы применяли и различные белковые вещества и пришли к заключению, что положительный эффект первых обязан не специфическому их действию, а заключающейся в них белковой субстанции.

К овариальному типу, нерезко выраженному, который проходит без лечения, под влиянием регулярной половой жизни, улучшения условий жизни, изменения питания, климата и пр., принадлежит большинство случаев временной, проходящей с возрастом, стерильности женщины.

Переходя теперь к вторичному бесплодию, отметим прежде всего, что причины его гораздо яснее и разработаны подробнее. Это—прежде всего также механические моменты, затем—инфекционно-воспалительные и, наконец, вторичные секреторные.

Обширные разрушения промежности и уплощение сводов вагины вследствие рубцовых изменений,—условия, при которых семенная жидкость не задерживается в половом канале женщины,—большие разрывы шейки матки, изменения ее положения (когда, напр., наружный зев обращен прямо впереди, так что сперматозоиды не могут попадать в цервикальный канал), гипертрофия передней губы *v. vaginalis*—издавна относятся к механическим причинам бесплодия, но особенно важную роль играет здесь, с современной точки зрения, непроходимость фаллопиевых труб. Выше было уже упомянуто, что такая непроходимость труб может быть врожденной, но еще чаще она бывает приобретенной,—одна или обе трубы могут сделаться непроходимыми вследствие новообразований или вследствие воспалительных изменений с зарощением фимбриального конца или спайками по ходу трубы; далее просвет трубы может быть закрыт слизистой пробкой, или канал ее может быть непроходим вследствие перегиба, вызванного перисальпингитическими спайками. По мнению большинства современных авторов непроходимость труб имеет настолько большое значение в этиологии бесплодия, что в случае, где последнее не имеет вполне определенной и ясной причины, проба *Rubi'n'a* должна предприниматься

тотчас после исключения роли мужа, и я прибавлю,—пробы Ниппегга, исключаящей все механические моменты в восходящем порядке их локализации вплоть до дна матки и, следовательно, до фаллопиевых труб.

Инфекционно-воспалительные изменения полового тракта играют главную роль в происхождении вторичного бесплодия, причем из них особенное значение имеет гоноррея. Многие авторы подчеркивают впрочем, что господствовавшее до последнего времени убеждение, будто гоноррея является наиболее частым виновником бесплодия, теперь оставлено. Свежая гоноррея, как известно, не препятствует зачатию, но часто ведет в вторичному бесплодию. Тот факт, что более 20% роженниц, страдающих гонорреей, повторно родят, указывает, что и хроническая гоноррея далеко не всегда лишает женщину возможности зачатия. Центр тяжести здесь лежит не в самом микробе, а в тех изменениях, которые он вызывает. Curtis в своей работе: «Прогресс в лечении бесплодия», приводит новейшие взгляды на роль инфекции в происхождении бесплодия, говорит: «Теперь установлено, что хроническая инфекция эндометрия является редкой, и старое убеждение, что «хронический эндометрит» есть причина бесплодия, теперь оставлено,—выскабливание не излечивает бесплодия, а в большинстве случаев приводит лишь к распространению инфекции. Патологические воспалительные изменения, вероятно, захватывают просвет интерстициальной части фаллопиевых труб, что и является существенно важным в объяснении генеза бесплодия. Обычно гоноррея труб выставляется, как одна из наиболее важных причин, препятствующих зачатию, и желательнее обсудить новейшие взгляды на это страдание, как причины бесплодия. В значительной серии случаев бактериологическое исследование трубных каналов обнаружило, что инфекция редко сохраняется в них дольше, чем 2 недели после падения ¹⁰ и прекращения выделений. Мы предполагаем поэтому, что гонорройный салпингит представляет быстро самоограничивающийся процесс. Тело матки не может служить приютом для хронической гонококковой инфекции. Поэтому так называемый «хронический гонококковой салпингит» является следствием реинфекции новыми микроорганизмами из внешнего источника или гонококками из нижнего отдела полового тракта. При гоноррее прежде всего поражается и разрушается слизистая оболочка трубы, хотя при сильной инфекции в процесс вовлекается вся толщина трубной стенки целиком. Даже после легкой инфекции выздоровление сопровождается микроскопическими спайками, сращениями складок слизистой оболочки. В более сильных случаях железоподобные карманы пораженной мюкозы простираются глубоко в стенку трубы. Фимбрии могут оставаться свободными, и ostium abdominale—открытым. Особенное внимание надо обратить на трубную инфекцию в случаях самопроизвольного аборта, после которого было произведено выскабливание. Инфекция, осложняющая такой аборт, передается чаще по лимфатическим путям, чем по поверхности слизистой оболочки. Поэтому трубы, если они затронуты, поражаются здесь извне кнутри,—инфекция вызывает сначала *pelvicarthritis*, трубная же мюкоза поражается последнею. С точки зрения терапии бесплодия факт этот означает, что для яйца представляется здесь больше возможности свободно пройти по трубе, чем после гонококкового заболевания одинаковой силы. Другие факторы делают за то прогноз после аборта менее благоприятным. Стрептококки, являющиеся здесь в большинстве случаев возбудителями заболевания, в противоположность гонококкам могут оставаться живыми в тканях много лет спустя после своего внедрения в них. Исследуя ткани бактериологически, я изолировал из них стрептококков, спустя 18 лет после начала заболевания. И другая возможность: после инфекции *post abortum* маточной стенки,—особенно, если было произведено *abrasio*,—выступает опасность обструкции интерстициальной части трубы».

Нам необходимо несколько остановиться и на бесплодии, являющемся результатом искусственных абортов. Здесь может получиться и относительное, и абсолютное бесплодие. При абсолютном зачатия у женщины в дальнейшем совсем не наступает, при относительном—беременность наступает, но не доходит до конца и каждый раз заканчивается выкидышем. Причину абсолютного бесплодия могут быть прежде всего те воспалительные изменения, которые осложняют течение аборта, но бывают случаи, когда после искусственного выкидыша никаких воспалительных и вообще патологических изменений констатировать не удается, а между тем женщина бывает бесплодною. В таких случаях причину бесплодия видят в секреторных изменениях, происшедших в результате грубого нарушения при abortе того секреторного равновесия, которое устанавливается в организме при беременности. Относительное бесплодие после искусственного выкидыша объяс-

няется изменением эндометрия в результате повторных воздействий на него при производстве аборта, а также истощением мускулатуры матки и ее потенциальной энергии.

Вторичное овариальное бесплодие является в результате расстройства секреторной деятельности яичников на почве воспалительных и новообразовательных процессов, как овариальные кисты, кисты *corporis lutei*, склероз *tunicae albugineaе*, препятствующий разрыву фолликулов, и пр. В этих случаях имеется также расстройство эндокринного характера, но причина его лежит в местных изменениях. В некоторых случаях патологического состояния одного из яичников нарушение секреторной деятельности развивается в обоих. Многие из этих случаев могут быть диагностированы только путем исключения, а некоторые—только при лапаротомии.

Терапия вторичного бесплодия ясна—устранение, где это возможно, тех изменений, которые являются его причиной. Новый диагностический метод—продувание труб—может здесь иметь и терапевтическое значение, именно, в тех немногих случаях, где непроходимость труб зависит от закупорки их канала слизистой пробкой, или от образования легких спаек, легко разрывающихся под влиянием напора воздуха при продувании.

В связи с выявившимся за последнее время значением патологии фаллопиевых труб в происхождении бесплодия получила толчок к быстрому развитию и хирургия их. Цель ее—восстановить просвет трубы и сохранить его от нового зарождения и вообще—облегчить тем или иным путем возможность встречи половых клеток. Такой цели служат операция *Martin'a* или *salpingostomatoplastica* и ее модификации других авторов, имплантация труб, вшивание яичника в стенку матки и пр. Успех этих операций, наблюдающийся в некоторых случаях, ободряет хирургов-гинекологов, поддерживая их в стремлении развивать и совершенствовать эти методы.

Бесплодие, вызываемое искусственно из нежелания иметь потомство, имело место во все времена с тех пор, как существует человечество. В настоящее время стремление к этому ограничению деторождения приняло характер, угрожающий человечеству вырождением. Присматриваясь ближе, мы видим с одной стороны стихийный страх материнства, толкающий женщину на аборты и применение различных предохранительных мер против зачатия, а с другой стороны рядом, как свежая струя, пробивается страстное желание потомства у бесплодных. Есть еще третья группа, стоящая между этими двумя. Это—женщины, отказывающиеся от материнства только временно. И надо сказать, что таких—огромное большинство; только единицы отказываются от беременности категорически и навсегда, главная же масса стремится к тому, чтобы иметь детей тогда, когда это ей удобно по тем или другим соображениям. Поэтому женщины все чаще и чаще обращаются к врачу за советом, как отсрочить беременность, но сохраняя способность к зачатию в будущем.

Известны многочисленные факты, когда женщина в ранней молодости или под влиянием тяжелых моментов жизни просила врача произвести ей стерилизацию навсегда оперативным путем, и когда она горько раскаивалась в этом через несколько лет, проклиная врача, согласившегося на ее просьбу. И врачи, идя навстречу, очевидно, назревшей потребности во временной стерилизации, изыскивают способы для ее осуществления. Появилась масса экспериментальных работ в этом направлении. Одни изыскивают наиболее верные и безопасные неоперативные средства для предохранения от беременности; другие пытаются разрешить этот вопрос оперативным путем, производя временную пересадку яичников в паховый канал, перевода фимбриальные концы труб на переднюю сторону матки и здесь прикрывая их брюшиной и т. д.; третьи, наконец, идут биологическим путем, изучая возможность временного иммунитета против сперматозоидов. С этой целью вызывают образование в крови спермотоксинов и овариотоксинов, пытаются задержать овуляцию, вводя гормоны яичника (*Haberlandt*) путем пересадки яичников беременным самок небеременным или инъецируя вытяжки из желтого тела (*Knaus*), и пр.

Таким образом человечество, во что-бы то ни стало, хочет взять в свои руки вопрос о своей производительности и регулировать его, согласно требованиям экономических, социальных, моральных и др. условий каждого данного момента. Человек, властитель внешнего мира, желает подчинить себе и свою собственную природу. Сегодня мысль его еще беспомощно бьется в этом направлении, но нельзя сомневаться, что скоро наступит завтра, несущее нам и эту последнюю победу.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Baumann. Schweiz. med. Woch., 1922.—2) Belot. Presse méd., 1923, p. 642.—3) Беляев. Каз. Мед. Журн., 1925, № 11.—4) Björkenheim. Zbl. f. Gyn., 1925, S. 412.—5) Cary. Amer. Journ. of Obst., 1923, Dec.—6) Caufmann. Zbl. f. Gyn., 1924, S. 2361.—7) Curtis. Amer. Journ. of Obs., 1924, July.—8) Daviss. Impotency, sterility and artificial impregnation. London, 1923.—9) Dickinson. Amer. Journ. of Obs., 1926, Jan.—10) Дреентелън. Клин. Мед., 1924, № 4.—11) Evans and Bishop. Journ. of Amer. Med. Ass. 1923, Cxxx.—12) Evans and Bishop. Journ. of Metab. Res., 1924, 335.—13) Forsdike. Journ. of Obs. a. Gyn. of the Brit. Emp., 1925, 4.—14) Geist. Amer. Journ. of Obs., 1925, Sept.—15) Gibbons. Brit. Med. Journ., 1922, March.—16) 17) Gough. Journ. of Obs. a. Gyn. of Brit. Emp., 1925, 3.—18) Hirsch. Здоровье и профессиональная заболеваемость женщин. 1923.—19) Graff. Arch. f. Gyn., Bd. 170.—20) Graff. Wiener. klin. Woch., 1923, xxxvi.—21) Greil. Zeur. f. Gyn., 1925, № 5.—22) Груздев. Ж. Общ. Охр. Нар. Здр., 1894.—23) Груздев. Труды V Съезда Рус. Врачей, т. I.—24) Груздев. Врач. Дело, 1897, № 42.—25) Гудим-Левкович. Сб. посв. Л. Л. Окняичу, 1924.—26) Guggenberger. Mon. f. Geb. u. Gyn., 1922, 22.—27) Hühner. Amer. Journ. of Obst., 1924, July.—28) Jolles. Zbl. f. Gyn., 1924, 43.—29) Ильинский. Врач. Дело, 1925, № 15—17.—30) Kahn. Amer. Journ. of Obs., 1925, Aug.—31) Koblanck. Краткий курс гинекологии. 1923.—32) Köhler. Zbl. f. Gyn., 1924, № 44.—33) Kovacs. Amer. Journ. of Obst., 1925, Okt.—34) Kovacs. Ibid., Aug.—35) Лепенченко. Каз. Мед. Ж., 1925, № 8—9.—36) Linzenmeier. Zbl. f. Gyn., 1922, № 39.—37) Личкус. Ж. Ак. и Ж. Б., 1924.—38) Macomber. Journ. of Amer. Med. Ass., 1923, Cxxx.—39) Maier. Penn. Med. Journ., 1923, xvv.—40) Meaker. Boston Med. and Surg. Journ., 1924, CXC, 286.—41) Мандельштам. Ж. Ак. и Ж. Б., 1925.—42) Novak. Zbl. f. Gyn., 1924, № 43.—43) Немилов. Биологическая трагедия женщины. 1925.—44) Осский. Контрацепция и контрацептивы. 1925.—45) Орлова. Гин. и Акуш., 1923, № 5.—46) Pfeilsticker. Zbl. f. Gyn., 1924, № 7a.—47) Половцева. Гин. и Акуш., 1925, № 4.—48) Преображенский. Рус. Гин. Вестн., 1925, вып. 4.—49) Pribram. Zbl. f. Gyn., 1924, № 50.—50) Reynolds and Macomber. Fertility and Sterility in Human Marriages. Lond. a. Phil., 1924.—51) Robinson and Zondeck. Amer. Journ. of Obst., 1924, July.—52) Rongy. Ib., 1923, June.—53) Rubin. Ib., 1925, Sept.—54) Рязанова. Женский Труд, 1923.—55) Сазонов. Гин. и Ак., 1923, № 5.—56) Сахаров. Гин. и Ак., 1924, № 2.—57) Скробанский. Ж. Ак. и Ж. Б., 1924, т. XXXV, кн. 1.—58) Schmidt. Med. Klin., 1922, XVIII.—59) Schmitt. Zbl. f. Gyn., 1924, № 7a.—60) Соловьев. Ж. Ак. и Ж. Б., 1924, кн. 3—4.—61) Steinbüchel. Zbl. f. Gyn., 1923, № 23.—62) Strassmann. Zbl. f. Gyn., 1924, № 31.—63) Шорохова. Тр. VI Съезда Гин. и Акуш.—64) Штефко. II Всерос. Съезд Детск. Вр.—65) Васильевские. Аборт, как социальное явление. 1923.—66) Winter. Deut. med. Woch., 1921.—67) Vogt. Mon. Geb. u. Gyn., 1923.—68) Чичулин. Сб., посв. Л. Л. Окняичу, 1924.—69) Чунихин. Врач. Дело, 1925, № 15—17.—70) Zimmermann. Врач. Об., 1926, № 1.

Рефераты.

а) Анатомия.

401. *Иннервация почек.* Путем анатомического исследования иннервации почек на 11 трупах Н. В. Григорьев (Тр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края) определ. что почку снабжают своими ветвями симпатический и блуждающий нервы. Симпатические нервы, выходящие из солнечного сплетения, образуют почечное сплетение, находящееся, при помощи анастомозов, в сообщении с отдельными узлами симпатической нервной системы живота. Блуждающий нерв иногда посылает прямую ветвь к почечному сплетению, в других же случаях анастомозировует с ним через полудунный ганглий. Из почечного сплетения отходят отдельные нервные пучки в почку, образуя вокруг сосудов густое нервное сплетение. Нежные нервные пучки сопровождают сосуды до их мельчайших разветвлений и направляются по ходу тончайших капилляров. Через полудунные узлы нервы одной почки находятся

в непосредственной связи с нервами другой почки. Такими анатомическими данными автор объясняет некоторые совершенно непонятные, на первый взгляд, клинические явления: почечно-почечный рефлекс, рефлекторные боли в отдаленных областях и т. п.

И. Цимахес.

б) Физиология.

402. *Роль печени в обмене воды.* Lenaz (Klin. Woch., 1926, № 10) считает неправильным взгляд Latham'a, Rossa и др., приписывающих печени большую роль в обмене воды, объясняя это существованием в ней запирающего механизма, который, благодаря сокращению v. hepaticae, регулирует поступление воды в кровь. Он полагает, что регуляция воды зависит от равновесия между осмотическим давлением плазмы и капиллярным кровяным давлением; при этом чрезмерное прибавление воды вызывает понижение первого по сравнению со вторым, и до достижения равновесия происходит фильтрация в перикапиллярные пространства. Если же, благодаря усиленному диурезу, равновесие нарушается в обратную сторону, то вода извлекается из тканей в кровь. Водохранилищем является соединительная ткань. Печень же играет особую роль при подвозе воды per os: при этом увеличивается содержание воды в портальной системе, и избыток ее фильтруется в перикапиллярные пространства, концентрация же крови в v. hepatica остается такою же, как и во всей сосудистой системе. Только при первичном изменении осмотического давления плазмы или при изменении давления в капиллярах может наступить избыток воды в крови.

Э. Р. Могилевский

403. *К физиологической роли селезенки.* Уже ранее Вагстофф (по реф. Вр. Газ., 1926, № 13) указал, что одною из функций селезенки является сохранение ею запаса эритроцитов, который в известные моменты, — после кровоизлияний, сильных мышечных упражнений и др. случаев нужды в гемоглобине, — опорожняется в общий поток кровообращения, что сказывается довольно резким уменьшением объема этого органа. Интересно, что этот хранящийся в селезенке запас эритроцитов гораздо менее уязвим для различных токсических веществ, чем эритроциты, циркулирующие в общем потоке кровообращения. Дальнейшие наблюдения автора, произведенные через целлулоидное окошечко в брюшной стенке, подтвердили, что действительно объем селезенки после мышечных усилий и кровопусканий уменьшается до $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ первоначального объема. Исследуя затем запасную кровь, хранящуюся в селезенке и опоражниваемую ею в случае нужды, В. нашел, что она гораздо богаче гемоглобином и эритроцитами, чем кровь в общем потоке кровообращения. Наконец, В. подметил у селезенки способность значительно увеличиваться в объеме под влиянием усиленной доставки жидкости в кровь: повидимому, селезенка является приспособительным аппаратом для облегчения и регулирования работы сердца, каковой аппарат приводится в действие через посредство рефлекторного механизма n. depressoris.

В. Сергеев.

404. *Значение реакции Манойлова.* В № 13 „Врач. Газ.“ помещены две работы, посвященные этой реакции. Одна, принадлежащая М. Я. Галвьяло, Г. Е. Владимировой, А. П. Виноградову и В. В. Опшелю, затрагивает вопрос о химизме реакции и ее специфичности, другая, авторами которой являются А. А. Шмидт и Н. О. Перевосская, посвящена вопросу о физиолого-химическом обосновании ее. Авторы первой работы приходят к заключению, что реакция М. неспецифична, и, при богатых белками биологических жидкостях (кровь, кровяная сыворотка и т. д.), результаты ее обуславливаются почти исключительно содержанием белков в этих жидкостях. Авторы второй работы указывают, что женская сыворотка содержит на 8,5% больше белков, чем мужская, и там, где реакция правильно указывает на пол, это зависит не от присутствия в кровяной сыворотке гормонов половых желез, а от того или другого содержания в ней белков.

В. С.

в) Общая патология.

405. *Влияние безвитаминного питания на рост опухолей* изучал Ludwig (Arch. f. G., Bd. 125) и убедился, что мыши, получавшие безвитаминную пищу, менее восприимчивы к раку. На развившуюся уже опухоль диета влияния не оказывает. Подобные же данные получились при опытах с прививкой саркомы у крыс — в 35,7% опухоль вообще при этих условиях не прививается, в 64,3% она растет медленнее и позднее убивает животное.

А. Т.

406. *Зависимость развития рака от характера питания* Hindhede (Ber. über d. gesamt. Gyn., Bd. IX) наблюдал в Дании. Народы с вегетарианским

питанием редко поражаются раком (за исключением японцев, которые употребляют много острых приправ). Увеличение количества раков стоит в связи с усилением потребления мяса. Уничтожение свиней в Дании, в 1917 году, имело следствием уменьшение смертности от рака. В Швеции смертность от рака меньше, т. к. там рабочий класс питается хуже. А. Т.

г) Внутренние болезни.

407. *Внутривенные вливания СаСl₂ при обильных легочных кровоизлияниях.* По данным А. П. Мельникова (Сар. В. Здр., 1926, № 4—5) вливания эти (по 10 куб. с. стерилизованного 5% раствора СаСl₂) дают вполне удовлетворительные результаты, доступны по технике и заслуживают широкого распространения. При них, однако, обязательно исследование мочи на белок. Кроме того, временно исчезнувшие после них кровохаркания могут потом рецидивировать, почему ограничиваться 1—2 вливаниями недостаточно, а надо закрепить полученный эффект или повторными вливаниями, или употреблением хлористого кальция per os. В. С.

408. *Диагностика расширений аорты.* П. Я. Раздольский (Вр. Д., 1926, № 14) советует обращать, при расширении аорты, внимание на наличие у больных т. наз. „аортального венозного венчика“, — скопления расширенных кожных вен на передней поверхности грудной клетки, в области III—IV ребер. В практике автора диагностическое значение этого признака было установлено, путем клинического и рентгеноскопического исследования, в 90—97% всех случаев расширения аорты. В. С.

409. *Практическая ценность изучения кислотности желудочного содержимого.* В настоящее время принято думать, что hyperaciditas не играет никакой роли в происхождении язвы. С другой стороны известно, что hyperaciditas не является характерным симптомом язвы, так как только ulc. duodeni и язвы вблизи pylorus'a протекают чаще с повышенной кислотностью. Исходя из этого, а также из того, что лечение язвы—медикаментозное, диететическое, а тем более оперативное—проводится вне зависимости от величины кислотности, В а r s o n у (Wien. klin. Woch., 1926, № 6) считает, что практическая ценность исследования желудочного содержимого после пробного завтрака у язвенных больных крайне незначительна, как для диагноза, так и для лечения. Там, где диагноз устанавливается с несомненностью реттгеном, оно ничего не добавляет, там же, где рентгенологическая картина не совсем ясна, она недостаточна для постановки правильного диагноза. Schütz (ibid., № 10), однако, несогласен с выводами В а r s o n у о роли исследования желудочного содержимого после пробного завтрака. В 42% ulc. ventriculi и в 90% ulc. duodeni он нашел hyperaciditas. Значение здесь имеет не только определение кислотности, но и определение микро—и макропептици и ненормальных примесей. Для медикаментозного и диететического лечения и даже для выбора той или иной операции степень кислотности тоже не безразлична. Э. Могилевский.

410. *О патогенезе язвы желудка.* Balint (Wien. klin. Woch., 1926, № 1) ищет решения вопроса о патогенезе язвы путем изучения внутренней среды организма язвенных больных. Он нашел, что реакция тканей у последних сдвинута в сторону кислотности, причем после внутривенного вливания щелочей и лечения по S i r r u получается лишь незначительный, позже наступающий сдвиг в сторону щелочности по сравнению с нормой. В результате кислотного сдвига понижается сила сопротивления тканей против вредных влияний и их способность к заживлению, что автор мог доказать экспериментально на кроликах, у которых раны кожи, при систематическом вливании кислого фосфорнокислого Na, долго не заживали, а равно блестящими успехами при лечении варикозных язв голени щелочами. Кислая реакция соответствует возбуждению vagus'a, что объясняет ряд симптомов язвы. Успех лечения последней щелочами зависит не от нейтрализации желудочного содержимого, так как благоприятные результаты получаются и в случаях с sub-и aciditas. Э. Могилевский.

411. *Диагностическое значение инъекций молока при язвах желудка и duodeni и хронических аппендицитах.* По Я. Т. Блейхману (Вр. Д., 1926, № 14) такие инъекции представляют хорошее диагностическое средство, благодаря вызываемой ими при указанных болезнях очаговой реакции. Этим путем можно, напр., отличить от настоящего аппендицита т. наз. псевдо-аппендицит. В. С.

412. *Лечение балантидиоза эметином.* М. Л. Риммерман (Црк. Мед. Ж., 1926, № 1—2) в 2 случаях балантидиозной дизентерии получил очень хорошие результаты от лечения эметином, который выписывался в дозе 0,022—0,044 1—2 раза в день. Для фиксации паразитов на мазках автор рекомендует обработку прецарата парами формалина (5%).

В. С.

д) Хирургия.

413. *Лечение гнойно-о перитонита.* Вопрос этот был программным на происходившем в апреле тек. года 50-м Съезде Немецких Хирургов. Докладчик, проф. Kirschner (Zentr. f. Gyn., 1926, № 25), собрал более 10.000 случаев перитонита, наблюдавшихся в разных клиниках. Главный вывод его,—что каждый случай острого свободного перитонита, за исключением гококкового и пневмококкового перитонита и перитонита у умирающих, должен быть немедленно оперируемым, причем, чем раньше произведена операция, тем лучше результат: тогда как операции, произведенные в первые 12 ч. после обнаружения заболевания, дают 24% смертности, при операциях, произведенных после 48 ч., процент этот повышается до 66. Чаще всего смертность наступает в день операции, что указывает на зависимость ее от шока. Поэтому оперативное вмешательство должно быть по возможности ограниченным. Разрез брюшной стенки следует проводить над предполагаемым очагом воспаления, в сомнительных же случаях—по средней линии, притом такой величины, чтобы он обеспечивал осмотр и доступ к очагу. Если источник нагноения можно легко удалить, то это должно быть сделано. Перитонитический экссудат и загрязняющие вещества, равномерно распределенные по всей брюшине, должны быть удаляемы путем промывания брюшины физиологическим раствором, при ограниченном распространении—выбираемы марлей. Промывания лекарственными растворами бесцельны и даже вредны: тоже надо сказать о механическом опорожнении кишек и первичном наложении кишечных фистул. Эвентриции больших участков кишек надо избегать. Всякие дренажи свободной брюшной полости недействительны и потому не должны быть применяемы; если, однако, в брюшине останутся ограниченные очаги инфекции,—надо применять дренаж, лучше мягкий. После операции надо заботиться о поднятии сил больного, тонуса сосудов и деятельности сердца (морфий, наперстянка, адреналин). Вводить жидкость (per rectum или внутривенно) надо в количестве не более 1—1½, литров в день. С рвотой надо бороться периодическими промываниями желудка или введением в него постоянного зонда. Усиление работы кишек достигается ректальным, парентеральным или оральным введением слабительных и применением тепла местно. В прениях по докладу Vogt отметил пользу от введения при послеоперационном перитоните солевого раствора (500,0) с гипофизинем (3—5 ампул) в вену. Keysser указал, что для промывания брюшной полости надобно брать солевой раствор с определенной концентрацией Н-ионов, убивающей бактерий, применение же физиологического раствора, имеющего совершенно иную концентрацию ионов, приносит лишь вред. Lohr рекомендовал употреблять для промываний 0,3% раствор соляной кислоты, который ослабляет жизнедеятельность гемолитических стрептококков. По Seeligerу промывания растворами поваренной соли при coli-бацилярном перитоните не годятся, равно как и щелочные растворы, создающие благоприятную почву для coli-бацилл; здесь нужно, напротив, промывать брюшину кислотными растворами (растворы соляной кислоты n/10—n/20). Kuhn для борьбы с перитонитом советует вливать в брюшину 50—80% раствор сахара, который вызывает усиленную трансудацию, изолирует кишечные петли и растворяет фибрин.

В. Груздев.

414. *К диагностике хронического аппендицита.* Бухман (Tr. I Съезда Хирургов Сев.-Кавк. края) на материале около 2000 случаев проверил указание Moschkowsk'ого, что при хроническом аппендиците наблюдается расширение правого зрачка, и получил следующие результаты, подтвержденные на операции: 1) расширение правого зрачка в спокойном состоянии наблюдалось в 88% случаев аппендицита; 2) в 6% случаев последнего имело место расширение левого зрачка, что автор называет обратной реакцией; 3) в известном проценте случаев в спокойном состоянии зрачков разницы в их диаметре не наблюдалось, но стоило проделать световую реакцию,—и расширение правого зрачка становилось ясным (эти случаи отнесены к 88% случаев расширения правого зрачка); 4) в остальных 6% случаев состояние зрачков не служило признаком аппендицита. Срок выравнивания зрачков после аппендэктомии в среднем равнялся 2—3 мес. Механизм

расширения зрачка автор объясняет раздражением п. sympathicus в связи с хроническим раздражением отростка и симпатической сети его воспалительным процессом.

И. Цимхес.

415. *Эозинофилия крови при эхинококковых заболеваниях.* Шилтов (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края) для выяснения этого вопроса предпринял опыты на морских свинках, вводя в брюшную полость различные вещества, содержащиеся в эхинококковых пузырях, и, для контроля, 0,9% раствор NaCl, а затем исследуя кровь на эозинофилию каждые 2—3 часа в течение суток. Оказалось при этом, что солевой раствор эозинофилии не вызывал, не вызывали ее и янтарная кислота, а также белки; напротив, эфирно-спиртовая вытяжка из 1/2 куб. см. отцентрофугированных сколексов, будучи впрыснута в брюшную полость свинкам, вызвала у них эозинофилию до 19,5%. На основании этого автор делает следующее заключение: высота эозинофилии периферической крови при эхинококковых заболеваниях в значительной степени зависит от интенсивности процессов размножения в кисте.—чем интенсивнее эти процессы, т. е. чем выше жизнедеятельность паразита, тем более в жидкость его поступает веществ, раздражающих костный мозг и тем более бывает выражена эозинофилия периферической крови.

И. Цимхес.

416. *Диссеминация эхинококка в брюшной и тазовой полости.* И. Чижев (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края) для определения того, насчет каких элементов вскрывшегося эхинококкового пузыря происходит обсеменение, поставил опыты на кроликах и нашел, что вживать в брюшной полости и в полости таза могут все элементы, выпавшие из эхинококковой кисты, расти же и развиваться могут лишь те образования, которые несут в себе запас живого зародышевого слоя эхинококкового паразита.

И. Цимхес.

417. *Токсичность эхинококковой жидкости.* Для определения токсичности составных частей этой жидкости А. С. Бродский (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края) произвел ряд опытов на морских свинках, впрыскивая им в брюшную полость, в количестве 30 к. ст., растворы янтарной кислоты, фильтрованной эхинококковой жидкости, цельной жидкости и взвеси из плодового слоя эхинококка. Автор убедился при этом, что токсичность эхинококковой жидкости вообще незначительна и зависит от находящихся в жидкости производных плодового слоя паразита, причем наиболее токсичным является живой плодовый слой и его производные.

И. Цимхес.

418. *К серодиагностике эхинококковых заболеваний.* З. В. Ермолаева. (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края), производя оценку различных серодиагностических способов эхинококкоза, выдвигает на первый план интрадермальную пробу, благодаря ее непосредственности и демонстративности. Реакция связывания комплемента, тщательно и точно поставленная, бесспорно является основой всех способов при диагностике эхинококка, но сложность ее заставляет отодвинуть ее на второй план. Преципитиновая реакция так же, как и мейостагминовая, не представляет никаких преимуществ.

И. Цимхес.

419. *О показаниях к периаптериальной симпатэтомии.* Савков (Zentr. f. Chir., 1926, № 8), на основании общих соображений и 8 собственных случаев, считает, что операция L'égische'a безопасна лишь тогда, когда не сильно выражена дегенерация сосудистых стенок. Безусловно показана операция при таких заболеваниях, где ясно выражен спазм сосудистых стенок, как, напр., болезнь Raupaud, спрингомиелия и др., а также при каузальгии, всех вазотрофических нарушениях, наконец, трофических, особенно долго не заживающих язвах голени.

М. Фридланд.

е) *Офтальмология.*

420. *Глаукома в Сибири.* Обработав соответствующий материал Томской глазной клиники, всего 1233 с., П. И. Таратин (Сиб. Арх. Теор. и Кл. Мед., 1926, май—июнь) убедился, что наибольшее количество глаукоматозных больных встречается в возрасте 55—65 л., хотя и у лиц моложе 30 л. болезнь эта не составляет редкости (1 1/2%). Татары заболевают глаукомой несколько чаще, чем русские. Наиболее частая форма глаукомы—хроническая, далее идут абсолютная, простая и, наконец, острая. Односторонняя глаукома встречается почти так же часто, как и двусторонняя. Слепота наблюдается более, чем у 1/3 глаукоматозных больных. В. С.

421. *Нож для катаракты.* Levinsohn (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1925) защищает преимущества своего ножа для перезки последовательных катаракт в сравнении с ножом Kuhn'a. Последний считал недостатком ножа Levinsohn'a его слишком сильную изогнутость, благодаря чему техника операции затруднялась, делалось возможным увеличение раны при выведении ножа, и являлась опасность ранения стекловидного и цилиарного тел. В виду этого автор укоротил лезвие ножа на $\frac{1}{3}$, но защищает изгиб его у рукоятки, который делает операцию удобной и на глубоко лежащих глазах. Автор оперировал своим ножом почти 100 случаев последовательных катаракт, да его коллеги—до 200 случаев, причем, кроме одного, во всех случаях получился желаемый просвет как в нежных, так и в плотных перепонках и тяжах. В нежных перепонках получается более или менее круглое отверстие, в более плотных—треугольное. Автор ссылается также на сообщение Rollnow'a, который инструментом Levinsohn'a добился успеха в 10—15 случаях, где ножом Kuhn'a достигнуть этого не удалось.

Проф. В. Адамюк.

422. *Ретробульбарные инъекции алкоголя* по Grüter'y. По сообщению Jaensch'a (Zeitschr. f. Augenh., 1925) в 29 случаях глаукомы больные были освобождены от долго длившихся, в некоторых случаях невыносимых болей впрыскиваниями алкоголя в орбиту по Grüter'y. Техника: после кокаинизации глаза и перикорисальной инъекции кокаина с адреналином изогнутая канюля 2-граммового шприца вкалывается с нижне-внутренней, а затем верхне-наружной стороны глазного яблока, продвигается до заднего полюса его, и через нее впрыскивается до 1 куб. сант. 70% алкоголя. Испытываемая вначале боль через 10 секунд уменьшается, а через 20—30 сек. сменяется полной нечувствительностью. Во всех случаях часов через 5 наступал ptosis, который исчезал через 2 недели, у многих больных наблюдались парезы двигательных мышц глаза, а у некоторых—exophthalmus и отек верхнего века, проходившие через неделю. Чтобы установить, насколько алкогольные инъекции вредят зрительному нерву, автор предпринял ряд опытов на собаках. По его заключениям ретробульбарным алкогольным инъекциям подлежат глаза слепые или с неуверенной световой прозркой, где сильные боли не поддаются иному лечению. Преимуществами этого метода являются: сохранение глаза, отсутствие необходимости долгого стационарного лечения, какое требуется при resectio orbito-ciliaris, и возможность проводить лечение амбулаторно. Единственный недостаток метода—это будто-бы понижение сопротивляемости роговицы против инфекций.

Проф. В. Адамюк.

ж) Акушерство и гинекология.

423. *Можно-ли определить пол утробного плода по способу* Lüttge и Merz'a? Многочисленные исследования Slotta, Wengera и Walter'a (Zentr. f. Gyn., 1926, № 25) дают на этот вопрос вполне отрицательный ответ, и вообще эти авторы считают лежащую в основе способа L. и M. мысль о возможности отделять белки от аминокислот 96° алкоголем—неверною. В. С.

424. *Новый признак отделения плаценты.* Klein (Med. Klinik, 1925, № 19) рекомендует для этой цели отдавливать матку книзу. При этом торчащая из половой щели пуповина выпячивается. Если затем при прекращении сдавливания она не уходит обратно,—значит, плацента отделилась от матки, если же уходит,—значит, она соединена с маточной стенкой, ибо по прекращении давления тело матки, конечно, опять поднимается на прежнее место. В. С.

425. *Striae gravidarum и конституция.* Проследив у 250 женщин соотношение между наклоностью к образованию рубцов беременности и конституцией женщины, Seynsche (Zentr. f. Gyn., 1926, № 27) нашел, что между ними существует известное соотношение, а именно, у женщин с ясно выраженным женским типом наклоность эта выражена гораздо более резко, чем у женщин мужского типа. Число беременностей у женщин не оказывает значительного влияния на образование рубцов; второстепенную роль играет в этом процессе и возраст, когда у женщины происходят первые роды. В. С.

426. *Лечение неукротимой рвоты беременных* Harding и van Wusk (по Ber. über die ges. Gyn., Bd. X, H. 3/4) проводят введением большого количества жидкости, исходя из тех соображений, что при неукротимой рвоте в основе болезни лежит нарушение водного обмена с уменьшением количества

воды в теле, что приводит к повышенному содержанию в крови общего азота и мочевой кислоты. Втечение 3—4 дней они ежедневно вводят внутривенно 1000 куб. сант. 1% раствора NaCl и 5% глюкозы и, кроме того, 3 раза в день вливают per gestum 200 куб. сант. 10% раствора глюкозы с небольшим количеством соли. Питание per os должно быть ограничено лишь введением жидкости. Если от такого лечения успеха втечение 6 дней не получается, показано прерывание беременности. От подобного рода терапии авторы видели хорошие результаты.

A. T.

427. *Новая теория эклампсии.* Elwyn Herman (Ber. über die ges. Gyn., Bd. X) на основании чисто-теоретических соображений дает свою теорию эклампсии. Автор думает, что мозговые центры сосудосуживателей и маточных сокращений расположены близко друг к другу, а нервные пути этих систем отчасти идут совместно, почему возможно влияние одной системы на другую. Раздражение матки ростущим яйцом, вызывая повышенную сократимость этого органа, в то же время обуславливает повышенную раздражимость вазоконстрикторов, которая и лежит в основе эклампсии.

A. Тимофеев.

428. *К профилактике эклампсии.* Wieloch (Münch. med. Woch., 1926, № 7) при легком отеке запрещает беременным выполнение тяжелых работ и ограничивает введение жидкости и NaCl. При усилении отека — постельное содержание, введение коллоидов per os (желатины 15,0, малинового сиропа 20,0 и воды до 200,0). При явлениях со стороны почек и гипертонии (выше 135 мм. Hg.) — ограничение жидкости и твердой пищи. Высокое кровяное давление нередко удается понизить повторными люмбальными пункциями. Если перед родами или в начале их, кроме гипертонии, имеются мозговые симптомы, то лучшим методом лечения является кесарское сечение, каковое следует применять и при наступившей эклампсии. Seitz (Arch. f. Gyn., 1925, Bd. 125), считая, что родовой акт является опасным в продромальной стадии эклампсии, ибо может повести к началу припадков, заявляет себя также сторонником активной профилактики эклампсии при помощи кесарского сечения, производимого еще до наступления припадков. A. T.

429. *Новые взгляды на патогенез пuerперальной эклампсии.* Для объяснения патогенеза эклампсии Assonci (Zeit. f. G. u. G., Bd. 89, 1925) исходит из учения Giglio Tosa's, по которому симбиоз является существеннейшим фактором в жизни. Каждая клетка образует симбиотическую единицу—биомонаду, которая состоит из подвижных биомер, образованных в свою очередь из ряда органических биомолекул. Из совокупности клеток составляется симбиотическая единица—организм. С наступлением беременности между симбиотической системой матери и фетальной симбиотической системой включается третья зона — плацента, трофобластически-синцитиальная часть которой живет в чуждой питательной среде. Следствием этого является нарушение равновесия, которое сглаживается неравномерным и изменчивым ростом. Выделяемые материнской симбиотической системой вещества не всегда соответствуют потребностям плацентарных элементов, что сказывается разрастаниями, перерождениями и некрозами хориального эпителия. Сильная способность синцитиальной ткани к секреции в связи с обширностью площади соприкосновения ее с материнской кровью делает легко возможными резкие изменения и быстрые колебания в составе материнской плазмы. Этими изменениями и обуславливаются разнообразные повреждения различных органов, приводящие к нарушению их функции.—т. п. самоотравлению. В развитии токсикозов беременности автор различает две фазы,—первая характеризуется чрезмерным выделением веществ, являющихся результатом жизнедеятельности хориального эпителия, вторая — постепенным нарушением гармонического симбиотического равновесия материнского организма, вследствие изменений химического состава собственных его соков. Этот второй процесс в благоприятный момент может получить автоматическое, независимое от первопричины, его вызвавшей, развитие. С точки зрения Assonci процессы разрастания, как пузырьный занос и хорион-эпителиома, зависят от тех же причин, которые приводят к развитию и токсикозов беременности.

A. T.

430. *К этиологии разрывов маточной шейки при родах.* По наблюдениям Ноеһне (Zentr. f. Gyn., 1926, № 14) разрывы эти происходят в тех случаях, где роженица начинает преждевременно тужиться. Отсюда понятна и профилактика этих разрывов. Касаясь одновременно вопроса о том, что заставляет роженицу в известное время родового акта сокращать брюшной пресс, автор видит в этих сокращениях защитный рефлекс со стороны роженицы против растяжения в длину нижнего сегмента матки.

B. Г.

431. *К терапии кровотечений в послеродовом периоде родов.* По Pга-гоу (Zentr. f. Gyn., 1926, № 28) кровотечения в послеродовом периоде зависят обычно от задержания частей яйцевых оболочек или наличия в матке прочно сидящих кровяных сгустков, которые и должны быть удалены. Удалить их путем назначения спорины и экспрессии наружными приемами не удается,—для этого необходимо войти рукой в полость матки и удалить оболочки и сгустки. Делается это без наркоза, дезинфицированную в течение 15 минут или, в неотложных случаях, смазанную подной настойкой рукою, без употребления перчаток. Обычно тотчас по опорожнении матки последние немедленно сокращаются, и кровотечение останавливается. Прием этот автор считает совершенно безопасным,—из 100 родильниц, у которых он был применен, у 78 послеродовой период протек совершенно без реакции, у 7 было однократное повышение t° (не выше $38,5^{\circ}$), у 6—такие повышения имели место несколько раз, у 2—безлихорадочный тромбоз бедренных вен и у 7—лохии с гнилостным запахом. Какого-либо опасного осложнения пuerперального периода не наблюдалось ни разу. **В. Груздев.**

432. *Прогностическое значение степени чистоты влагалищного секрета у беременных* разбирает N e i s a n n (Zeit. f. G. u. G., Bd. 89, 1925) на основании 400 сл. Между микроскопическим видом влагалищных выделений, бактериоскопической картиной и кислотностью параллелизма не существует. Разницы в характере микрофлоры и реакции на лакмус у перво- и многородящих автор не нашел. В серии случаев с выраженным fluoг воспалительное состояние влагалищной мукосы найдено в 38,83%, причем сила воспаления зависит от характера флоры. У многорожавших с зияющей rima pudendi случаи кольпита вдвое чаще, чем у первобеременных, у которых нормальное состояние стенок влагалища обнаружено в 70,3%, всех случаев. В большинстве случаев гнойных кольпитов найдены трихомонады, появление которых автор считает явлением вторичным при кольпите. Сравнительные таблицы показывают, что в конце беременности первая степень чистоты влагалищного секрета (I. R. Gr.) встречается меньше, чем в половине случаев. При кольпите всегда имеется III. R. Gr. и понижение кислотности. В течение беременности трихомонады исчезают в 60% сл., а степень чистоты может меняться к ту и другую стороны. Неосложненные роды без разрывов и швов при I. R. Gr. дают 40% заболеваемости, а при III. R. Gr.—5,50%. Роды, осложненные вмешательством, дают заболеваемость в 5% при I. R. Gr. и 14%—при III. R. Gr. Повышения заболеваемости в зависимости от присутствия трихомонад не отмечено, так что автор их считает безопасными обитателями вагины, появляющимися при кольпитах в связи с третьей степенью чистоты влагалищного секрета. **А. Т.**

433. *К технике операции фиксации матки по Doléris.* Cotte и Pгусселон (Gynec. et Obst., 1926, № 4) на основании 500 сл. считают операцию Doléris очень пригодной, но обращают внимание на одну деталь, на которую почти никто не указывает, а именно, на возможность перегиба и даже втягивания в толщу брюшной стенки трубы при слишком коротком мезосальпинксе. Поэтому авторы перед зашиванием брюшной полости рекомендуют осматривать трубу и, в случае ее перегиба, захватывать круглую связку несколько дальше от угла матки. Однажды авторы наблюдали такое втягивание першейковой части трубы в брюшную стенку, что при освобождении трубы она порвалась, и потребовалась ее имплантация в матку. Авторы допускают, что втягивание трубы в брюшную стенку может быть причиной вторичного бесплодия у оперированных. **В. Чернозрова.**

434. *Временная стерилизация при помощи рентгеновских лучей.* Дказано, что степень действия лучистой энергии на яичники животных зависит от дозы лучей. Отдельные элементы яичника обладают неодинаковой чувствительностью к лучам,—по E u s e r'y, наиболее чувствительно ядро яйцевой клетки большого фолликула, гораздо менее чувствительны яйца и эпителий молодых фолликулов и всего менее—зародышевый эпителий. Это позволяет соответственно подобранной дозой вызывать избирательно поражение любой части яичника. Восстановление менструальной функции после перенесенной рентгенизации G a u s s (Verh. d. Phys.-med. Ges. Würzburg, Bd. 49) ставит в зависимость от ряда факторов, общую сумму которых он определяет как „Komplexfaktor“. Сюда входит влияние возраста („Alterfaktor“), характера болезненного процесса („Krankheitsfaktor“) и индивидуальных особенностей конституции („Individualitätsfaktor“). Учитывая все эти факторы,—в особенности два первые,—можно, по G a u s s'y подобрать дозы x-лучей так, что прекращение менструальной функции от этих доз будет лишь вре-

меннос. Такую временную стерилизацию он считает показанной при мено- и метроррагиях у молодых особ без анатомических изменений, а также при мптомах в молодом возрасте. Опасности нового роста мномы после возобновления мenses. по мнению G., преувеличены. Далее, такая стерилизация показана в некоторых случаях дисменорреи, при тbc легких, при воспалительных заболеваниях придатков, особенно гонорройного происхождения. Явления выпадения яичниковой функции, если при этом и бывают, то преходящи. Наиболее серьезное возражение против метода заключается в возможности повреждения яйцевой клетки, что может отразиться на потомстве. Однако при опытах на теплокровных животных никогда не удалось получить этим путем развития уродств. Наоборот, известно много случаев рождения вполне нормальных детей после бывшей рентгенизации. Беременность служит противопоказанием к применению рентгенизации *А. Тимофеев.*

435. *К терапии маточных кровотечений овариального происхождения.* В свое время Ненкел предложил для этой цели производить клиновидную резекцию яичников. В последнее время тот же автор (Zenit. f. Gyn., 1926, № 14) при кровотечениях оофоргеновой природы рекомендует производить частичную перевязку артериальных яичниковых сосудов, дабы ослабить питание яичников. Он произвел эту операцию 18 раз, употребляя для перевязки тонкий катгут, и остался доволен полученными результатами, поскольку об них можно судить за короткое время, протекшее после операции (1 год). *В. Груздев.*

436. *Искусственная временная аменоррея* введена Эрлангенской клиникой в план лечения воспаления придатков (F l a s k a m p, D. m. W., 1925, № 44). В виду того, что нерадикальная операция при воспалительных заболеваниях придатков приносит мало пользы, а радикальная вызывает тяжелые явления выпадения, клиника выработала такой план консервативного лечения воспалительных заболеваний придатков: в острой стадии только холод, в подострой стадии—осторожный переход к лечению теплом, протеино-и серотерапии. Так как деятельность яичника оказывает неблагоприятное влияние на течение процесса (обострения во время менструаций), то желательно временно выключать деятельность яичников, чтобы дать половой сфере известный покой. Современная рентгентехника позволяет без ущерба для ткани яичников добиваться такой временной аменорреи на 1—2 года. Аменоррея эта быстро приводит к значительному улучшению процесса, а в половине случаев—даже к полному restitutio ad integrum. У молодых и крепких особ менструальная функция восстанавливается раньше, у женщин после 36 лет временная аменоррея может перейти в climax. Многочисленные случаи беременности после такого лечения показывают, что разрушающего действия на яйцевую клетку освещение x-лучами, при известной дозировке, не оказывает. *А. Тимофеев.*

437. *Технику радиотерапии рака шейки матки и результаты лечения, полученные в Стокгольме,* приводят Нейманн и Н. V. James (Stralenterapie, Вд. 20, 1925). С 1914 по 1921 г.г. было лечено 505 сл. Второй сеанс радиотерапии назначался через неделю после первого, третий—через 3 недели после второго и затем в течение первой половины года лечение не повторялось за исключением случаев рецидива. В матку вводилось 33,7—40,1 mgr. радия на 22 часа, так что общая доза равнялась 2220—2640 mgr.-часов. Во влагалище вкладывалось 70 mgr., что дает общую дозу в 4500 mgr.-часов. Фильтр—2—4 мм. свинца. В последние три года испробовано концентрированное освещение, при котором число сеансов было доведено до 2, а продолжительность сеанса—до 32—44 час. Результат от 4000 mgr.-час. при таком лечении соответствовал эффекту от 4500 mgr.-часов троекратного освещения. При концентрированном освещении требуется большая осторожность. Следует избегать прижиганий, выскабливаний, а также повторных пробных вырезок. При операбельных рецидивах следует экстирпировать матку. Рецидивы во влагалище были лечимы радием, а в параметриях—рентгеновскими лучами. Комбинированное лечение радием и рентгеном было совсем оставлено, т. к. оказалось, что оно не улучшает, а, повидимому, ухудшает результаты. Освещение рентгеном присоединялось лишь в случаях обширного поражения желез, причем больших доз за один сеанс не давалось: на 2 поля спереди и одно—сзади давали в разные дни 2—3 раза по 1/2 эритемной дозы жестких, профильтрованных через 0,5 мм. меди лучей. Среди леченных свободны от рецидива в течение 5 лет 20,29%, причем для случаев операбельных этот процент равен 40,5%, а для неоперабельных—16,6%. Первичная смертность равна 1,19% (5 сл. перитонита и 1 сл. легочной эмболии). С 1915 г. фистул не наблюдалось. Мочевой пузырь

оказался мало чувствительным, а со стороны гестум через 4—6 мес. после лечения наблюдались тенезмы и кровянисто-слизистые выделения. *А. Тимофеев.*

438. *К технике салпингостоматопластики.* Heimann (Zentr. f. Gyn., 1926, № 28) отстаивает первоначальную технику этой операции в том виде, как она была предложена Martin'ом, т. е. рассечение абдоминального конца трубы с последующим сшиванием трубной мукозы с брюшиной тонкими швами. Он имел 2 случая бесплодия на почве зарощения абдоминальных отверстий труб, где после салпингостоматопластики, произведенной по этому способу (трубы расщеплялись на протяжении 2 сант., для сшивания мукозы с брюшиной употреблялся тончайший шелк), наступила беременность (в одном случае—через 4 г. после операции, в другом—через 1½ г.), в обоих случаях кончившаяся нормальными родами.

В. Груздев.

з) *Невропатология.*

439. *К химии мозга.* Исследования Г. Городисской (Мед-Биол. Ж., 1926, вып. 1-2) выяснили, что функционально-различные участки коры большого мозга человека различны и по своему химическому составу. Особенно резко выражено топографическое распределение здесь холестерина, затем липоидов алкогольного извлечения (цереброзидов и насыщенных фосфатидов), общего азота и, наконец, фосфора ненасыщенных фосфатидов. Наиболее богата липоидами и общим азотом двитательная область, наименьшее же содержание липоидов имеется в переднем ассоциационном центре. Интересно, что одноименные участки правого и левого полушарий отличаются друг от друга по своему химическому составу, причем в некоторых случаях эта разница бывает весьма значительна. Химический состав мозговой коры разнится, далее, в зависимости от возраста (причем к 50 годам и позже увеличивается содержание холестерина) и пола. *В. Сергеев.*

440. *Энцефалит и эпилепсия.* Как известно, инфекционные болезни вообще играют большую роль в этиологии эпилепсии. Ведет нередко к развитию последней и эпидемический энцефалит. Triminakis, в Афинах (Wiener kl. Woch., 1926, № 25), наблюдал 6 случаев, где после заболевания энцефалитом развивалась затем падучая. Причину этого автор усматривает в тех патолого-анатомических изменениях, которое вызывает энцефалит в центральной нервной системе.

В. С.

441. *Внушение и диурез.* Н. Магх (Klin. Woch., 1926, № 3) усыплял больных, каждые 5—10 мин. после наступления гипноза определяя у них Нв крови, а через ½ часа, одновременно с прикладыванием ко рту пустого стакана, внушал больным, что они пьют много прохладной воды. Исследование мочи и крови через час после того показывало у таких субъектов сравнительно большое количество мочи с очень низким удельным весом и понижение Нв крови, т. е. давало те же результаты, которые автор раньше получал в опытах с действительным питьем. В контрольных опытах без внушения результаты получились отрицательные.

Э. Мозилевский.

442. *К этиологии ночного недержания мочи у детей.* Произведя в этом направлении обследование 67 детей (41 мальч. и 26 дев.), страдавших enuresis nocturna, д-р К. А. Ефимов (Ирк. Мед. Ж., т. III, № 5-6) убедился, что почти у всех их могли быть констатированы органические симптомы рассеянного типа, характерные для сифилитического поражения центральной нервной системы. Возможно, от этого поражения зависело и расстройство иннервации мочевого пузыря. На основании этих данных автор выдвигает вопрос об этиологической связи между enuresis nocturna и наследственным сифилисом, а также о лечении ночного недержания мочи антилюэтическими средствами.

В. С.

и) *Венерология.*

443. *Распознавание сифилиса у новорожденных.* Philipp и Gornick (Zentr. f. Gyn., 1926, № 28) рекомендуют для этой цели исследование соскоба из стенки пупочной вены в Dunkelfeld'e на бледные спирохеты. После отделения новорожденного отрезывается кусок пуповины около 5 сант. длиной, помещается в чашку Petri, проходящий в этом куске отрезок urinae umbilicalis вскрывается по длине, освобождается от крови, затем спальпелем соскабливается внутренний слой венозной стенки, соскоб смешивается с физиологическим раствором, и капля

смесь рассматривается под микроскопом в Dunkelfeld'e. При отрицательном результате соскабливанию и исследованию подвергаются другие участки вены. Спиротехты обнаруживаются при этом даже и в тех случаях, где исследование добытого материала откладывалось на несколько часов.

В. Груздев.

444. *К диагностическому значению реакции Wassermann'a.* По наблюдениям д-ра Д. П. Дасса (Рус. В. Дерм., 1926, № 6) реакция эта не является специфической для сифилиса и не представляет симптома последнего. Она является, повидимому, характерной не только для lues'a, но и для ряда др. болезненных процессов, напр., проказы, малярии и пр. Может она быть положительной и у совершенно здоровых людей. Во всяком случае незначительные положительные реакции (один плюс и два плюса) являются совершенно недостаточными для диагноза сифилитической инфекции, равно как и отрицательная RW отнюдь не исключает возможности lues'a.

И. С.

445. *К учению о сифилисе легких.* По Ф. М. Абрамовичу (Врач. Дело, 1926, № 12-13) сифилитические поражения легких у взрослых попадаются не так редко, как это обычно принято думать, причем они могут встречаться в двух формах: более редко — в форме гуммозного поражения, чаще — в виде междолевой пневмонии с перибронхитами и периваскулитами. Клиническая картина не представляет ничего характерного, и потому отличить сифилис легких от lues'a по этой картине нельзя. — Диагноз здесь надо ставить на основании анамнеза, наличия сифилитических очагов в др. органах, типичной локализации, отсутствия Кословских бактерий в сильно гнойной мокроте, положительной RW и, наконец, рентгеновской картины. Последняя представляет, по автору, достаточно характерных особенностей (при гуммозной форме — интенсивное затемнение круглой формы, изредка с зубчатыми краями, резко ограниченное, при междолевой — исходящие из hilus'a тяжи иногда с группами очажков вокруг них). Окончательно вопрос решается ex juvantibus.

В. Сергеев.

446. *Нейрорецидивы сифилиса.* По М. М. Зархи (Вен. и Дерм., 1926, № 3) в основе нейрорецидивов лежит сифилитическая инфекция, вызывающая рецидив болезни в нервной ткани, причем исходным пунктом нейрорецидивов являются в большинстве случаев пораженные мозговые оболочки, и лишь в очень редких случаях процесс может исходить непосредственно из тканей того или другого нерва. Нейрорецидивы могут наступать и без предшествовавшей сальварсанной терапии, так что считать их причиной сальварсанную интоксикацию не приходится. В большинстве случаев возникновение их можно предупредить энергичным смешанным лечением.

В. С.

447. *Инкубационный период при гоноррее.* М. А. Заиграев и Е. И. Линде (Вен. и Дерм., 1926, № 3) нашли, что продолжительность клинической инкубации при гоноррее может значительно колебаться, доходя в некоторых случаях до 40 дней. Длительность ее зависит от самых разнообразных причин, из коих на первом месте стоят, однако, конституциональные особенности как общего, так и местного характера. Практически не лишено важности наблюдение авторов, что гоноррейный процесс с длительной инкубацией сопровождается обычно глубокой инфльтрацией тканей уретры.

В. С.

448. *Лечение женской гонорреи уротропином.* Е. А. Керопян (Рус. В. Дерм., 1926, № 6) получил прекрасные результаты от применения в 73 случаях как острой, так и хронической гонорреи женского мочевого аппарата внутривенных и подкожных вливаний 30—40% раствора уротропина — одного или в сочетании с гоноккокковой вакциной. Для лечения одним уротропином вводился в вену 30% раствор его в количестве 3 к. с. через каждые 2 дня. При комбинации лечения уротропином и вакцинотерапии в одних случаях параллельно с внутривенными вливаниями уротропина больные получали вакцину (от 100 до 500 ед. на инъекцию) подкожно, в других раствор уротропина вводился в вену в смеси с вакциной; при этом у девочек от 10 до 14 л. для каждого вирусивания брались 1,5 куб. с. 40% раствора уротропина с примесью 0,1 вакцины, у взрослых женщин — для каждого вирусивания смесь 3—5 куб. с. раствора уротропина плюс 0,2—1,0 вакцины в 100—500 единиц. Такое комбинированное лечение дало автору лучшие результаты, чем лечение одним уротропином, а лечение одним уротропином — лучше, чем лечение одной вакциной.

В. С.

449. *Лечение гонорройных эндоцервицитов* Brady (Bull. of the Johns Hopkins Hosp., vol. 37, № 6, 1925) рекомендует проводить при помощи крепких растворов хромовой ртути, которые, по его наблюдениям, менее вредно действуют на слизистую оболочку, чем обычные растворы йода или азотнокислого серебра. Лечение проводится так: ежедневно делаются спринцевания с ас. boricum, ас. carbolicum и ментолом; два раза в неделю portio vag. смазывается раствором хромовой ртути, а в шейку до внутреннего зева вводится полоска, смоченная в том же растворе; раствор лучше всего брать крепостью в 20%.

A. T.

450. *Стоварсол при инфекционных заболеваниях мочевых путей.* Sternbach (Wien. klin. Woch., 1926, № 23) с успехом применял при уретритах, циститах и пиелитах гонорройного и стафилококкового происхождения стоварсол (спироцид)—мышьяковый препарат, за последнее время нашедший себе применение при сифилисе. Давалось это средство per os, в виде таблеток, в дозе 0,25, 2—3 раза в день. При заболеваниях coli-бациллярной натуры оно оказалось, однако, недействительным, равно как и в одном случае стрептококковой инфекции.

В. Груздев.

VII Всесоюзный Съезд Акушеров и Гинекологов в Ленинграде 24—28 мая 1926 г.

Настоящий Съезд, являющийся вторым в послереволюционное время, собрал такое же большое количество членов, как и первый. Открытие Съезда состоялось 24 мая, в 11 ч. у., в актовом зале Государственного Ак.-Гин. Ин-та. После приветствия, сказанного председателем Организационного Комитета, проф. Д. О. Оттом, был избран почетный президиум в составе: председателя—проф. В. С. Груздева (Казань), тов. председателя—проф. М. М. Миронова (Харьков) и секретаря—доц. С. П. Виноградовой (Киев).

Научная работа Съезда, в виду большого количества докладов, протекала по трем секциям, за исключением одного общего заседания, посвященного программному вопросу о терапии рака матки. Это заседание прошло совместно со Съездом Рентгенологов и началось в 2 часа дня 24 мая.

Программным докладчиком выступил проф. Груздев. Охарактеризовав рак матки, как настоящее общественное бедствие, он изложил современное состояние вопроса об этиологии и патогенезе рака, после чего перешел к главной части доклада—мерам борьбы с раком матки, возможным в условиях современной русской действительности. В качестве главной из таких мер проф. Г. отметил улавливание случаев болезни в самом ее начале, для чего необходимо соответствующее санитарное просвещение населения, соответственная подготовка медперсонала и надлежащим образом оборудованные лаборатории в участках. Рядом мероприятий, направленных к облегчению больным транспорта и предоставлению им помещений (убежища для раковых больных), необходимо дать, затем, раковым больным возможность раннего и рационального лечения. Лучшим методом последнего проф. Г. считает возможно раннюю радикальную операцию, которую в более запущенных случаях лучше всего производить по методу Wertheim'a-Zweifel'a, дающему минимальную смертность от перитонита. Для неоперабельных случаев остается радиотерапия, а потому необходимо стремиться к снабжению радием всех учреждений, где оказывается помощь раковым больным. Наконец, для правильной постановки дела борьбы с раком матки необходимо точная регистрация раковых больных.

Хирургическому лечению рака матки посвящены были доклады д-ров Богуща (Н.-Новгород) и Хохлова (Вологда). Д-р Богущ при помощи расширенной операции Wertheim'a с перевязкой обеих подчревных артерий добился 70% операбельности при 13,6% смертности; однако эта операбельность, которую проф. Немениов назвал „операбельностью отчаяния“, к повышению % абсолютно

излеченных не ведет, и количество рецидивов у Богуша велико. У Хохлова операбильность около 60%, рецидивов тоже много.

Результаты лечения лучистой энергией представлены были в докладах проф. Неменова и д-ра Полубинского. Первый признает лучистую энергию серьезным конкурентом оперативному лечению, полагая, что лечение ею может быть проводимо и в операбильных случаях рака матки. Особенно хорошие результаты дает комбинированная терапия рентгеном и радием. Послеоперационного освещения радием Неменов не рекомендует. Полубинский считает, что радиотерапия является радикальным методом, что она дает лучшие результаты, чем операция, и менее ее опасна в смысле первичной смертности. Принимая во внимание долговечность радия, курс радиотерапии следует признавать очень дешевым (около 13 коп).

Для выработки резолюции по вопросу о борьбе с раком матки избрана комиссия в составе профф. Груздева, Писемского, Какущкина, Скробанского и др.

Работа первой секции Съезда началась изучением 2-го программного вопроса о значении особенностей конституции в акушерстве и гинекологии.

Программный докладчик, проф. Соловьев, полагая, что конституциональные особенности зависят от взаимоотношения эндокринных желез, не считает конституцию за нечто постоянное. Влияние беременности и климактерия на конституциональные особенности женщин служит тому примером. Докладчик устанавливает два конституциональных типа женщины—липоматозный и фиброматозный. Несомненно, что эти типы предрасполагают к определенным гинекологическим заболеваниям. В следовавшем за докладом проф. С. докладе д-ра Мельчука, было указано значение конституции в возникновении некоторых опухолей, а именно, оказалось, что липоматозные женщины, обнаруживая пониженную детородную функцию, склонны к заболеванию миоматозными опухолями, а женщины фиброматозного типа более плодовиты и более склонны к раковым заболеваниям. Д-р Антошина нашла, что наибольший процент девиаций и ощущений матки падает на женщин пикнического типа.

Этими докладами и исчерпывалось на Съезде изучение конституции в связи с гинекологией; больше внимания было уделено вопросу о конституции в акушерстве.

Д-р Изаксон (Киев) пытался найти объективный критерий, с помощью которого можно было-бы точно доказать принадлежность индивидуума к определенному конституциональному типу. Необходимо при этом пользоваться совокупностью признаков, причем антропометрические измерения должны играть видную роль. Докладчика интересовало строение таза и течение родов у женщин разных типов. Оказалось, что сужение таза с конъюгатой ниже 19 см. встречается в 90% у астеничек. При окружности запястья ниже 14 см. докладчик всегда находил уменьшение наружной конъюгаты. Эпигастральный угол у астеничек равен 73° , у пикничек— 105° .

Снабженный большим цифровым материалом доклад Мельникова и Сердюкова рисует значение конституции при беременности, во время родов и в послеродовом периоде. Наибольшее количество отклонений от нормы обнаруживают астенички, у которых роды длятся дольше, воды отходят раньше, и оперативные вмешательства требуются чаще. Инфантильные женщины часто обнаруживают растрояства инволюции. Эклампсия чаще наблюдается у инфантильных и пикничек.

Отметим еще доклады д-ра Виноградовой и Николаева. Первая, пользуясь методом капилляроскопии, показала, что между конституцией и состоянием капилляров существует определенная связь: у астеничек преобладают средние, длинные, узкие и прямые капилляры, у пикничек—короткие, широкие, заметно извитые. Николаев, изучая состояние вегетативной нервной системы, пришел к выводу, что при беременности наблюдается сначала или гиповаготония, или гиповаготония, а во второй половине—явная симпатикотония. Во время родов усиливается ваготония.

Из прений по докладом о конституции выяснилось несомненное влияние последней на детородную функцию женщины и на возникновение некоторых заболеваний, что имеет важное значение в профилактическом отношении. Было признано, далее, что, в виду неполноты существующих классификаций, необходимо стремиться к выработке однородной классификации, для чего желательно изучение конституции женского организма при каждом гинекологическом исследовании женщины в быстрой и клинической обстановке.

Третьим программным вопросом был вопрос о бесплодии,—его этиологии и лечении. Докладчик, проф. Какущкин, отметил, что, чем культурнее страна,

тем меньше деторождений. В России, наряду с высокой рождаемостью, мы имеем большую смертность, благодаря чему на 1000 жителей приходится ничтожный прирост населения в 13 чел. Для установления первичной стерильности женщины докладчик предлагает срок от 3 до 5 лет. Определяя общее количество бесплодных женщин в 29%, проф. К. указывает, что из этого количества первично-бесплодных составляют меньшинство. В отношении этиологии всеми докладчиками подчеркивалось, что необходимо исследовать отдельно как мужа, так и жену; необходимо изучить, далее, характер их половой жизни и соотношение между половыми продуктами.

Проф. Как ушкин главными причинными факторами бесплодия у женщин считает несостоятельность яича, несостоятельность половых органов и их функциональную недостаточность. Мандельштам вводит понятие о бесплодном браке, где в $\frac{1}{3}$ всех случаев непосредственным виновником бесплодия является мужчина. Причины женского бесплодия он делит на 3 группы: 1) генитальные—могущие создавать механические препятствия, спермотоксическое влияние секрета, изменение химизма влагалища, ускорение или замедление в созревании фолликулов и, наконец, недостаточность фолликулярной жидкости; 2) негенитальные—болезни обмена веществ, крови, эндокринного аппарата, а также заболевания яичника вторичного характера, и 3) факторы психогенные, которые, по мнению докладчика, играют второстепенную роль. Большинство выступавших считает главной причиной вторичного бесплодия воспаление гонорройного характера, дающее 54% всех бесплодий; 22 $\frac{1}{2}$ % падает на инфантилизм, а остальное количество распределяется между другими этиологическими моментами. Был подчеркнут тот факт, что наибольший процент бесплодных дают женщины, занимающиеся умственным трудом. При конституциональной группировке бесплодных женщин, произведенной д-ром Харитоновым на материале в 350 чел., оказалось, что $\frac{3}{5}$ падает на астеничек, $\frac{1}{5}$ —на пикничек, а затем идут все остальные. Наибольшее количество бесплодных приходится на возраст от 20 до 29 лет.

При исследовании мужа необходимо обращать внимание на семя и потенцию, причем всеми выступавшими по этому вопросу указывалось, что необходимо изменить способ получения семени—добывать его из вагины, и до исследования нужно воздержание от coitus'a (Черток). До исследования сперму надо помещать в термостат, так как несомненно, что подвижность сперматозоидов зависит от условий, в которые они поставлены. В этиологии так часто встречающейся азооспермии главная роль принадлежит эпидидимитам, которые в 72% бывают вызваны гонорреей. Мужчина является, таким образом, в $\frac{1}{3}$ случаев непосредственным виновником бесплодного брака. Что касается исследования женщины, то, кроме исследования характера coitus'a (проф. Как ушкин придает здесь большое значение наличию libido), необходимо исследовать ее половой аппарат, секрет влагалища и циклические изменения в эндометрии (Мандельштам). В отношении методов исследования было сделано интересное сообщение д-ром Бушмакиной о способе Ниппегга: через 4 часа после coitus'a насасывается секрет цервикального канала, наносится на предметное стекло и рассматривается под микроскопом; если в нем окажутся живые сперматозоиды, то нижележащие отделы полового аппарата исследовать незачем.

Большое значение в установке причин бесплодия придает методу пертубации, устанавливающему непроходимость труб, которая является абсолютной причиной бесплодия и нередко возникает на почве латентно протекшего воспаления трубы, ничем другим не обнаруживающегося. На большом диагностическом значении этого метода очень подробно останавливался на Съезде д-р Мандельштам, который считает пертубацию одним из лучших способов для выяснения этиологического момента бесплодия. По его материалу первично-стерильные дают в 51% непроходимость труб, а вторично-стерильные—в 68%. В отношении техники пертубации, получившей в настоящее время широкое распространение, Мандельштамом выставлено требование обязательного получения phrenicus-симптома. „Без phrenicus-симптома,—заявил он,—нет проходимости“. Однако это мнение оказалось единичным; выступавшие в прениях оппоненты, применявшие эту методику, не соглашаясь с данным положением докладчика, указывали, что при проходимых трубах нет нужды вызывать этот феномен. Метод проф. Отта с тушью был признан безопасным и верным в том отношении, что он, кроме проходимости труб, указывает также на мерцательную способность трубного эпителия. Против него выступил лишь проф. Как ушкин, который считает его недоказательным и небезопасным, так как частицы туши, находясь в трубе, раздражают ее мукозу, и еще неизвестны резуль-

таты их пребывания здесь. Что касается метода сальпингографии, то, по М а н д е л ь ш т а м у, он может оказать ценные услуги в смысле топической диагностики трубной непроходимости, когда последняя уже установлена пертубацией. Проф. К а к у ш к и н рекомендовал при первичном бесплодии без объективных причин применение передней кольпотомии, которая дает возможность осмотреть трубы, отделить спайки и определить наличие мелкокистовидного перерождения яичников. Это предложение встретило, однако, серьезные возражения со стороны многих оппонентов, указывавших, что цели, достигаемые кольпотомией, не оправдывают наносимой большой травмы (А н у ф р и е в, В ы д р и ц).

Что касается терапии бесплодия, то здесь единодушно было признано, что раньше необходимо применять консервативное лечение, которое считается основным, и лишь при отрицательных его результатах прибегать к оперативному вмешательству. Особый интерес вызвали новейшие оперативные методы лечения бесплодия. Имплантация трубы в матку применялась в небольшом числе случаев лишь проф. К и п а р с к и м, который советует резецировать непроходимую часть трубы, а абдоминальный конец ее вшивать в матку таким образом, чтобы их слизистые соприкасались. Вопрос о пересадке яичника в матку клиника проф. П и с е м с к о г о разработала экспериментально на кроличихах, которым производилась аутотрансплантация яичника в матку с сохранением его сосудистой ножки. Оказалось, что пересаженная часть яичника приживает с сохранением своего анатомического строения и физиологической функции, что, между прочим, подтвердилось и тем, что 3 кроличихи из 20 родили после такой операции. К р у п с к и й, из клиники проф. П и с е м с к о г о, на основании работы E s t e s'a предлагает срезать лишь тонкую пластинку яичника и пришивать ее в матку таким образом, чтобы фолликулы попались в ту и другую сторону. Опыты д-ра М е д о в а р а из той же клиники со вшиванием в матку яичника, находящегося *in situ*, тоже дали положительные результаты в смысле сохранения анатомической структуры и функциональной способности яичников. В виду сравнительной скудости фактического материала, определенных выводов по вопросу о пересадке яичников сделать, однако, пока еще нельзя. Д-ром А р х а н г е л ь с к и м было еще указано на применение при бесплодии рентгенотерапии, причем в 100% наступала беременность; что касается механизма действия лучей Röntgen'a, то здесь, вне всякого сомнения, играют роль гиперемия и активация функциональной способности яичников.

Из других докладов по 3-му программному вопросу надо отметить доклады д-ров П о л о н с к о г о и Р е ч м е н с к о г о — о бесплодии при конической шейке и Г у д и м - Л е в к о в и ч а — об искусственной стерилизации. Первые два докладчика на основании своих наблюдений пришли к выводу, что бесплодие при конической шейке обуславливается недостаточным поступлением во влагалище секрета матки и шейки, который нейтрализует кислую реакцию влагалищного секрета: чем большее сужение, тем резче кислотность последнего; в случаях дисцизии шейки и эндометриозов кислотность влагалищного секрета понижена, благодаря увеличению количества выделений из матки и шейки. Г у д и м - Л е в к о в и ч для стерилизации впрыскивал кроличихам плацентин по 2 куб. см., каждые 1—2 дня, 10—12 раз. После случки беременности у животных не наступало. При микроскопическом исследовании яичников в них было найдено большое количество погибших фолликулов, других же дегенеративных изменений в яичнике не обнаружено.

Специальное заседание Съезда было посвящено токсикозам беременности, хотя программные доклады по этому вопросу и не были зачитаны, в виду отсутствия программных докладчиков. Вопрос этот разрабатывался экспериментально в клинике проф. М а л и н о в с к о г о д-рами К в а т е р о м, К у ш и р о м и др. Докладчики останавливались главным образом на эклампсии, являющейся кульминационной точкой токсикозов беременности. В патогенезе видная роль отводилась содержанию кальция в организме беременной и гиперфункции половых желез. В доказательство этого д-ром К в а т е р о м были поставлены опыты над беременными кроличихами, которых сажали на безкальциевое питание, и которым трансплантировался яичник. Животные не донашивали, рожали мертвых плодов и при родах имели судороги. На основании своей работы д-р К в а т е р приходит к выводу, что при эклампсии мы имеем дело с отравлением организма на почве распада белковой молекулы, причем в организме увеличивается количество органических кислот, главным образом мясо-молочной, остаточного азота и аммиачных солей, что и вызывает экламптическую интоксикацию.

Д-р К у ш и н р рассматривает токсикозы, как продукт нарушенного коллоидного состояния организма, на почве нарушения кальциевого и белкового обмена.

и деятельности эндокринного аппарата. Путем инъекций кармина и колларгола автор изучал главным образом значение ретикуло-эндотелиального аппарата, который, по его наблюдениям, особенно гиперплизируется во время беременности. Элементы ретикуло-эндотелиальной системы до образования плаценты развиваются в *hilus*е, а в дальнейшем—в венозных паузах. Гиперплазия этого аппарата является регулятором коллоидного равновесия организма. Что касается состояния вегетативной нервной системы при беременности, то в большинстве случаев имелись явления как симпатикотонии, так и ваготонии, при токсикозах же (рвота и итиализм)—тонус симпатической нервной системы был повышен в ветвях слюнных желез и желудка.

Изменениям, вызываемым эклампсией в почках, был на Съезде посвящен доклад д-ра Александрова, который определял функциональную способность почек по Зимницкому и пришел к выводам: 1) тяжесть эклампсии вряд ли отражается на почках и степени их поражения,—в 1/2 случаев никаких следов эклампсии здесь не оставляет; 2) в другой половине имеется недостаточность клубочков.

В отношении терапии токсикозов беременности докладчики касались главным образом опять-таки эклампсии, причем в защиту консервативного образа действия при последней выступил проф. Строганов со своим усовершенствованным профилактическим методом; он указал, что при точном проведении этого метода он имел на 300 случаев тяжелой эклампсии всего 8 смертей. Как и всегда, неудачи других с его методом проф. Строганов объяснял неправильной методикой, а потому и предложил в Ленинграде консультировать с ним по телефону. Другие докладчики (Сахаров, Добротин) и выступавший в прениях проф. Скробанский указывали, что и при точном проведении метода проф. Строганова смертность матерей равна 15%—17%, при кесарском же сечении (влагалищном и классическом) она равна всего 5%—7%; это и заставляет их высказаться в пользу немедленного оперативного родоразрешения при эклампсии *sub partu*.

По вопросу о внутренней секреции на Съезде надо отметить доклады д-ра Козинского и проф. Сердюкова. Докладчики касались главным образом трансплантации яичников, показаниями к которой считали инфантилизм, ранний климакс, послеродовую атрофию яичников и явления выпадения после ранних экстирпаций. Козинский, Орлов и др. указывали, что наилучшие результаты в смысле приживления и функциональной способности дают ауто- и гомотрансплантация, гетеротрансплантации же, по их наблюдениям, не приживают. Проф. Сердюковым было указано, что успех приживления зоотрансплантата зависит от его свежести, асептики, техники операции и др. Им гетеропластика применялась 12 раз, всегда с хорошими результатами. На основании своих наблюдений он приходит к выводу, что 1) гомо- и гетеропластика равноценны по своим результатам; 2) гетеропластика при эндокринопатиях у женщин дает хорошие результаты. В отношении места пересадки указывалось, что в брюшную полость пересаживать яичник не следует, так как брюшина обладает большой резорбционной способностью.

С большим интересом был выслушан на Съезде доклад д-ра Маноиловой о новых путях в изучении внутренней секреции. Докладчица указала, что существует тесная зависимость между гормонами и ферментами,—что изменение ферментов ведет к изменению и гормонов. Большое значение она придает электролитному состоянию организма. Во многих патологических состояниях эндокринного происхождения виновато не столько нарушение функции гормонального аппарата, сколько изменение в содержании солей К и Са.

Обмену веществ были посвящены доклады д-ров Чертока и Эстрина о хлоридовом и холестериновом обмене у беременных; докладчики нашли, что 1) у беременных в первую половину содержание хлоридов нормально, 2) во вторую же половину оно увеличивается. Что касается количества холестерина, то оно увеличивается в последние 4 мес. беременности; в крови плода его гораздо меньше, чем у матери; после родов количество холестерина падает. Он является растворителем коллоидов и увеличивает резистентность клеток.

Из этой группы докладов можно еще отметить хорошо обработанный доклад д-ра Янченко об изменении лейкоцитарной формулы у беременных. Докладчик пришел к следующим выводам: 1) вначале беременности имеется небольшой нейтрофильный лейкоцитоз, более ясно выраженный у первобеременных; 2) во время родов резко повышается число лейкоцитов, появляется сдвиг нейтрофилов влево, исчезают эозинофилы, падает количество лимфо- и моноцитов; 3) после родов вте-

чение 7—8 дней картина крови приходит к норме, и только незначительный нейтрофильный лейкоцитоз сопровождается послеродовым периодом в течение 6—8 недель.

Вторая секция посвящена была вопросу о воспалительных заболеваниях женской половой сферы. В частности, по вопросу о профилактике инфекционных заболеваний родильниц выступали здесь д-ра Янкевич, Елкин, Трон и Миropова. Выяснилось, что для борьбы с экзогенной инфекцией на первом месте должны стоять меры асептики—тщательная подготовка наружных половых частей, ограничение внутренних исследований, принципиальное зашивание всех разрывов, даже небольших (Елкин), уборка родильниц в перчатках отдельных для каждой, на отдельном же судне, под контролем врача; необходимо затем немедленная изоляция лихорадящих. В борьбе с эндогенной инфекцией видную роль играет профилактическая вакцинация в консультациях для беременных, которые должны быть связаны с родильными домами. По Янкевичу и Елкину эту вакцинацию надо производить за 20 и 10 дней до родов смешанной стрепто- и стафилококковой вакциной, а по Буpлакову—попеременно стрепто- и стафилококковой вакциной, а по Буpлакову—попеременно стрепто- и стафилококковой вакциной, ибо смешение вакцин недопустимо, так как те и другие микробы требуют сред различной реакции. Для подозрительных рожеиц Янкевич применяет вакцинацию *sub partu*,—немедленно при поступлении 25 мил. стрепто- и 100 мил. стафилококков, через 48 часов *post partum*—50 мил. стрепто- и 200 мил. стафилококков и еще через 48 часов—100 мил. стрепто- и 400 мил. стафилококков. Тбс, пороки сердца, нефрит и гнойные очаги служат противопоказаниями к вакцинации.

В отделе диагностики несколько докладов было посвящено изучению морфологических и химико-физических особенностей крови при септических заболеваниях. Интересно здесь отметить попытку Милотниной рационально варьировать терапию в зависимости от изменения формулы крови. Интересны также наблюдения д-ра Буpлакова, который при помощи впрыскиваний различных вакцин в шейку матки, в слизистую вагины и в слизистую гeст определяет место входных ворот инфекции и характер ее возбудителя по степени общей реакции, которая бывает наиболее резкой, если вакцина, соответствующая возбудителю, вводится в пределах от ворот инфекции до главных сосудов этой области.

По вопросу о консервативном лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы на Съезде было довольно много сообщений, не представляющих, однако, чего-либо особенно важного и нового. Укажем только, что Гутнер и в особенности Харитонов рекомендовали аутогемотерапию, которая является одним из видов неспецифической парентеральной терапии.

По вопросу о женской гонорее большинство докладов было представлено Гос. Венерологическим Ин-том. Основной доклад проф. Иванова содержал ряд оригинальных и нередко противоречащих общепринятым положений. Таково, напр., его утверждение, что в 85% случаев женской гонорее имеется поражение влагалища, и что в 50% подострых случаев гонорройные воспалительные инфильтраты распространяются по паравагинальной и парацервикальной клетчатке. Равным образом и некоторые методы лечения, рекомендованные клиникой проф. Иванова, встретили резкую критику, напр., метод лечения массажем с „ихтиозициной“ (Елистратова). В Венерологич. Ин-те считают необходимым при женской гонорее принципиально лечить уретру (Юдин), которая в хронических стадиях может быть поражена на значительную глубину (Иогансен).

Несколько докладов было посвящено на Съезде лечению гонорреи вакцинами. Кан нашел, что специфическая вакцинотерапия дает лучшие результаты по сравнению с другими парентерально вводимыми средствами, Елкин высказался за вакцинацию по методу Викага, а Штенберг и Папитов—против. Теумин испытал вакцинацию по Вискю без особого успеха.

В прениях по вопросу о гоноррее выяснилось значительное разногласие во взглядах между венерологами и гинекологами, а потому Съезд высказал пожелание о совместной работе тех и других.

Третья секция Съезда посвящена была индивидуальным докладам по разным вопросам гинекологии и акушерства. На первом месте по интересу и большому, принципиальному значению стоял здесь доклад Улезко-Строгановой об экспериментальном раке. На экспериментальном раке у мышей, вызванном смазыванием гудроном, докладчица могла убедиться, что злокачественному росту эпителия предшествуют характерные изменения соединительной ткани, сводящиеся к уменьшению сосудистого слоя, исчезанию эластической соединительной ткани и тучных клеток. Утрате сопротивляемости со стороны соединительной ткани, нару-

шению равновесия между двумя тканями Улезко-Строганова приписывает большое значение в каузальном генезе рака. Пониженная сопротивляемость организма, которая легче может иметь место в условиях современной культурной жизни, возможно, играет роль в увеличении числа раков, в особенности в более молодом возрасте.

Привлекло внимание врачей также сообщение д-ра Третьякова о лечении запущенных раков впрыскиваниями в окружность раковых очагов эфира, после которых в раковой ткани наступают изменения, похожие на те, которые наблюдаются при действии радия.

Посвященные практическим вопросам акушерства доклады Строганова и Вербова касались вопроса об уходе за сосками, которые проф. Строганов советует обрабатывать не дубящими средствами, а глицерином со спиртом, и вопросу о ведении послеродового периода, для которого Вербов предлагает применять особое полусидячее положение роженицы на стерильном судне, а пр. Строганов намечает такую схему в случае задержки последа: 1) Credé, 2) Credé + потягивание за пуповину, 3) хлороформ + Credé, 4) хлороформ + Credé + потягивание за пуповину, 5) ручное отделение. Потягивание иногда может быть очень сильным—до отрыва пуповины.

Среди индивидуальных докладов отметим еще сообщения проф. Вачнадзе и д-ра Соколова (Пенза) о спинномозговой анестезии. Оба докладчика являются сторонниками этого рода обезболивания, причем д-р Соколов подчеркивает особенное его значение при операциях рака матки. Выступавший в прениях д-р Драверт рекомендовал применяемому им эпидуральной анестезии.

Что касается выставки при Съезде, то следует прежде всего заметить, что помещение ее—в узком проходном коридоре—нельзя признать удачным. Из экспонатов отметим: из Гинекологической клиники Северо-Кавказ. Ун-та—влагалищное зеркало д-ра Силина (Вр. Газ., 1926, № 2), иглодержатель с катушкой для ниток Черепихина и его же прибор для цертубации; из Киевской клиники—ряд агаровых патолого-анатомических препаратов, кролик с окопечком в брюшной стенке. Д-р Терновский выставил свой прибор „геноскоп“ позволяющий быстро определять срок беременности и родов (вроде календаря беременности); д-р Евенков представил большой материал, в виде таблиц и рисунков, к учению о телосложении женщины; д-р Маненков (Казань) выставил модель эмбриологической реконструкции широкой связи зародыша с ее содержимым; д-р Елкин—усовершенствованную модель щипцов Kjelland'a и рисунки оперативного метода укрепления пузыря и тазового дна; проф. Сердюков демонстрировал прибор для сальпингографии.

Заканчивая свои работы, Съезд в последнем своем пленарном заседании принял ряд резолюций по программным вопросам и время созыва будущего Съезда назначил через 2 года, определив его место в Киеве. Прежде, чем закрыть настоящий Съезд, почетный председатель его, проф. Груздев, в теплых словах приветствовал и благодарил председателя Организационного Комитета, проф. Д. О. Отта, и поднес ему от имени членов Съезда адрес в изящной папке.

При всем интересе к Съезду у авторов настоящего отчета, как и у многих других членов Съезда, осталось некоторая неудовлетворенность, благодаря отсутствию цельности впечатлений, что зависело от слишком большого количества докладов, заставивших разбить работу Съезда на несколько секций. Теснота помещений, где пришлось работать Съезду, тоже немало мешала работе.

И. В. Маненков и Ф. П. Ханина-Гайдук.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Хирургическая секция.

Заседание 11/VI.

Д. В. Алексеева: „Первичный шов при антротомиях“. В клинике проф. В. К. Груднева проделано 27 антротомий с зашиванием наглухо, причем в полость перед наложением последнего шва вводилось 10% висмутовая паста. Из 27 случаев в 14 получилось первое натяжение. Случаи с холестеатомой давали

расхождение швов. Докладу предшествовала демонстрация больных.—Прения: профф. Трутнев и Фридланд и д-ра Лапков, Сызганов и Флеров.

С. П. Яхонтов: „*Пчородные тела, извлеченные из пищевода*“. Докладчик демонстрировал рыбы кости, обнаруженные эзофагоскопией и извлеченные.—В прениях профф. Трутнев отметил поучительность одного из случаев докладчика, где симптомы были настолько незначительны, что случай можно было принять за ссадину пищевода.

Он же: „*Случай первичной рожи гортани*“. Предъявлен препарат гортани с признаками флегмонозного процесса в ней.—Прения: профф. Трутнев и Фридланд и д-р Флеров.

А. А. Августинов: „*Частичная ахромегалия*“. Демонстрирован молодой человек с увеличением II пальца правой стопы и увеличением гипофиза. Никаких расстройств у пациента не наблюдается, почему операция удаления гипофиза здесь и не показана.—Прения: профф. Трутнев и д-р Цимхес.

Н. Д. Киптенко: „*Перомелия*“. Демонстрирован мужчина, который, несмотря на крайнюю степень дефективности дистальных частей всех конечностей, исполнял крупную и мелкую работу с необыкновенной ловкостью.—В прениях проф. Фридланд отметил, что такому больному протезы не только не облегчили бы работу, но явились-бы лишь помехой. С. Флеров.

Офтальмологическая секция.

Заседание 12/V.

Д-ра В. А. Аврутова и Л. А. Дымшиц: „*О радиотерапии раковых поражений орбитально-пальпебральной области по данным Глазной клиники Казанского У-та*“. Докладчиками приведены главнейшие литературные данные по вопросу, и изложена техника, применявшаяся в клинике. С 1917 по 1926 г. было подвергнуто радиотерапии 16 больных с различной тяжести раковыми поражениями век и орбиты. Количество мгр.-часов колебалось от 30 до 200. Результаты получились следующие: из 16 больных полное непосредственное излучение имело место в 9 случаях; 5 из этих 9 больных вернулись в клинику через разные сроки (от нескольких месяцев до 1½ лет) с рецидивом; выписано из клиники с неполно еще зарубцевавшимся процессом—на пути к выздоровлению—6 чел., дальнейшая судьба которых неизвестна. В одном очень тяжелом случае радиотерапия не дала никаких результатов. При повторных курсах радиосеансов шансы на успех, по наблюдениям докладчиков, падают. Никаких серьезных осложнений со стороны глаза на почве радиотерапии не наблюдалось. Небольшие и неглубокие поражения целесообразней с самого начала, по мнению докладчиков, лечить оперативно, если такое лечение не связано с последующими серьезными аномалиями положения и дефектами век; во всех других случаях целесообразно испытать радиотерапию. К сожалению, продолжительность последней при ничтожном запасе Ra, который имеется в распоряжении клиники, весьма велика (2—3 мес.) и тягостна для больных.—В прениях приняли участие профф. Адамюк и Чирковский и д-р Рошин.

Д-р В. П. Рошин: „*Об экспериментальной гетерохромии радужки*“. Докладчик демонстрировал трех цветных кроликов с депигментацией радужной оболочки, развившейся на стороне, лишенной *experimenti causa* верхнего шейного узла симпатического нерва. Различная окраска радужных оболочек была замечена спустя 4½—12 мес. после экстирпации ганглия. Наблюдения докладчика интересны в том отношении, что 1) ему лишь второму приходится констатировать наличие депигментации радужки после удаления узла; 2) это явление как-бы подтверждает правильность воззрений Коерре относительно связи глаукомы с деструкцией пигмента радужки—с одной стороны и с поражением при ней *n. sympathici*—с другой.

Д-р В. А. Аврутова: „*К вопросу о лечении висмутом сифилитических поражений глаза*“. Докладчица сообщила об опыте применения висмутовой терапии в форме инъекций бихиноля в Глазную клинику Каз. Ун—та при различных заболеваниях, причем особенно благоприятный эффект лечения отметила в 3-х случаях далеко зашедшей атрофии зрительных нервов у больных с *tabes dorsalis*.—Прения: д-ра Морозов и Крылов и проф. Чирковский.

Хроника.

— 9 сентября скоропостижно скончался от припадка грудной жабы профессор Фармацевтической Химии Казанского Университета Карл Владимирович Бенниг.

— Считая совершенно недопустимым получение в какой-бы то ни было форме вознаграждения от частных лиц за оказание медпомощи при обращении их в советские и общественные лечебные учреждения, НКЮ разъяснил, что получение вознаграждения за оказание медпомощи во внеслужбное время врачами и др. медработниками, состоящими на советской и общественной службе, если таковое не сопровождалось вымогательством и угрозой в отказе оказания медпомощи, не имело места во время эпидемий или большого распространения той или иной болезни, борьба с которой являлась ударной в данный момент, не может считаться уголовно-наказуемым деянием, предусмотренным ст. 114 УК, но подлежит рассмотрению в дисциплинарном порядке применительно ко 2-й части 105 ст. УК соответствующими административными органами. (Бюлл. НКЗ, 1926, № 12)

— Поднят вопрос об организации Трахоматозного Института в Саратове.

— Медицинские ВУЗы в Ленинграде выпустили в тек. году 940 врачей (Лен. М. Ж., 1926, № 6).

— В истекшем уч. г. на Медфаке Иркутского У-та состоялось 944 студента (больше нормы на 294 ч.).

— В текущем году в 15 медицинских ВУЗ'ах РСФСР окончили 5200 врачей.

— Все оканчивающие в тек. г. госстипендиаты Томского, Омского и Иркутского медфаков переданы Сибиркрайздраву для назначения на службу в пределах Сибири, Дальне-Восточного Края и республик Бурятской, Якутской и Казакской.

— НКЗ созывает в Москве, с 27 по 30 сентября тек. г., I Всесоюзный Съезд Глазных Врачей.

— II Всесибирский Съезд Врачей намечен в Томске, в декабре 1927 г.

— В Одессе с 15 по 19 сентября т. г. состоится I Всеукраинский Съезд Хирургов. Программные вопросы: 1) Диагностические и оперативные ошибки в брюшной хирургии. 2) Рак молочной железы. 3) Pes valgo-planus. 4) Роль ортопедии в деле лечения костно-суставного тбс.

— В конце мая 1927 г. в Ленинграде состоится II Съезд Урологов. Программные темы: 1) опухоли мочевого пузыря, 2) иммунотерапия гонорройных заболеваний; рекомендованные темы: 1) хирургическое лечение нефритов, 2) бактериологический диагноз гонорреи.

— С мая—июня тек. года начал выходить «Сибирский Архив Теор. и Клин. Мед.» в Томске. Первая книжка его производит очень приятное впечатление богатством и разнообразием содержания.

— 5 июня скончался в Москве профессор физиологии Саратовского У-та И. А. Чуевский, занимавший одно время кафедру фармакологии в Казанском Университете.

— 3 июня в Астрахани убит у себя на квартире бывший профессор гинекологии Астраханского Медицинского Института Браун.

От редакции.

Несмотря на значительное увеличение, в текущем году, емкости журнала, скопление присланных для напечатания статей в портфеле редакции достигло таких размеров, что для редакции становится ясно невозможность помещения их не только в текущем, но и в будущем году. В виду этого редакция решила возвратить, в ближайшее время, не могущие быть напечатанными статьи их авторам, причем преимущественно будут возвращены статьи казуистического характера, затем—однородные по предмету и содержанию с уже напечатанными в журнале или имеющимися в портфеле редакции и т. д. Часть статей будет, далее, в ближайшее время возвращена авторам для сокращения, переделки и переписки.

Статьи, которые не будут возвращены авторам в течение текущего сентября, считаются принятыми для напечатания и будут помещены в книжках за текущий год и первое полугодие будущего 1927 года.

Письмо в редакцию.

Многоуважаемый г. Редактор!

Прошу Вас поместить в Вашем уважаемом журнале нижеследующий ответ на письмо д-ра К. Дьякова, напечатанное в № 7 „Каз. Мед. Ж.“ за тек. г.

В статье д-ра Дьякова („Русск. Вести. Дерм.“, 1924, № 9) в самом начале указывается, что „межмышечные впрыскивания молока обнаруживают ряд отрицательных, часто весьма неприятных сторон“. Среди них „чаще всего общая реакция... и очаговая реакция... справедливо вызывают опасения врачей при применении протеинового лечения“ (стр. 785). Задачей своей автор ставит „выяснить, возможно-ли с большим или меньшим успехом провести всю протеиновую терапию... без всякой, хотя-бы самой малой, общей и очаговой реакции“ (стр. 786). „Подводя итог лечению“ (стр. 790), автор высказывается так: „главный принцип всякой терапии—не вредить—принцип, против которого так часто грешит общепринятая до сих пор высокая дозировка, при лечении малыми дозами сохраняется полностью“. Из этих цитат ясно, что приводимый в нашей статье (Каз. Мед. Ж., 1926, № 1, стр. 80) взгляд д-ра Д. на очаговую реакцию, как на вредный момент при протеиновой терапии, нами не „приписан“ автору, но „написан“ им самим.

Л. Печников.

ЖУРНАЛЫ и КНИГИ, ПОСТУПИВШИЕ в РЕДАКЦИЮ.

- 1) „Сибирский Архив Теоретической и Клинической Медицины“, 1926, май—июнь.
- 2) „Рязанский Медицинский Журнал“, 1926, № 3.
- 3) „Вестник Хирургии и Пограничных Областей“, 1926, т. VII, кн. 20.
- 4) „Jornal dos Clinicos“, 1926, № 10.
- 5) „Вестник Геологического Комитета“, 1925, № 4.
- 6) „Известия Геологического Комитета“, 1924, №№ 8—9, 1925, №№ 3—4 и 1926, № 1.
- 7) „Врачебная Газета“, 1926, № 13.
- 8) „Revue de médecine“, 1926, № 1.
- 9) „Цркутский Медицинский Журнал“, 1926, № 1—2.
- 10) „Врачебное Обозрение“, 1926, № 7.
- 11) „Врачебное Дело“, 1926, № 14.
- 12) „Журнал Микробиол., Патол. и Инф. Бол.“, 1926, № 2.
- 13) „Jahreskuise für ärztliche Fortbildung“, 1926, № 7.
- 14) „Русская Клиника“, 1926, № 26—27.
- 15) „Омский Медицинский Журнал“, 1926, № 1.
- 16) „Гинекология и Акушерство“, 1926, май—июнь.
- 17) „Вестник Микробиологии и Эпидемиологии“, 1926, № 3.
- 18) „Русско-немецкий Медицинский Журнал“, 1926, № 7.
- 19) „Annales de l'Institut Pasteur“, 1926, № 7.
- 20) „Časopis Lékařů českých“, 1926, № 32.
- 21) „Клиническая Медицина“, 1926, № 7.
- 22) „Журнал по изучению раннего детского возраста“, 1926, № 4.
- 23) „Журнал для усовершенствования врачей“, 1926, № 6.
- 24) „Zentralblatt f. Chirurgie“, 1926, №№ 31—33.
- 25) „Венерология и Дерматология“, 1926, № 4.
- 26) „Медицинские Работники“, вып. 2. Харьков, 1926.
- 27) „Руководство по женским болезням“, под ред. проф. Кривского, вып. 1 и 2, Ленинград, 1926.
- 28) Б. П. Улезко-Строганова „Микроскопическая диагностика в гинекологии“, Ленинград, 1926.
- 29) Проф. М. Я. Брейтман „Словарь Клинической Терминологии“, вып. II. Ленинград, 1926.

Medizinische Literatur

Bücher und Zeitschriften in deutscher, englischer, französischer und italienischer Sprache liefert nach der

U. d. S. S. R.

HIRSCHWALDSCHE 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

HIRSCHWALDSCHE BUCHHANDLUNG

Berlin NW7, Unter den Linden 68

Gegründet 1816

Фирма сущ. с 1868 г.

„И. И. МАРКОВ“

влад. И. И. ГРЮНБЕРГ.

Тел. 161—99.

магазин и мастерская

Тел. 161—99.

ХИРУРГИЧЕСКИХ и ОПТИЧЕСКИХ

ИНСТРУМЕНТОВ.

Пантостаты. Автоклавы. Стерилизаторы. Аппараты для искусственного пневмоторакса. Приборы Pirquet для прививки и разведения туберкулина. Зонды для исследования желудочного сока. Гемоглобинометр. Камеры Thoma. Сфигмоманометры Riva-Rocci. Спирометры модель „Марков“, „Phoebus'a“ и Hutschinson'a. Ростомеры. Циркуля толстотные скользящие, Weber'a. Динамометры. Секундомеры. Метрономы и проч

Резиновые изделия и предметы для ухода за больными. Ортопедические аппараты и бандажи.

РЕМОНТ, ТОЧКА, НИККЕЛИРОВКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ.

Ленинград, просп. 25 Октября, № 78.

Иногородние заказы исполн. наложенным платежом.

Адрес для телеграмм: **ЛЕНИНГРАД—„ХИРУРГИЯ“.**

ТОРГОВЫЙ СЕКТОР
„Комбината Издательства и Печати“.
„ТАТГИЗ“.

ИМЕЮТСЯ В ПРОДАЖЕ:

Боголюбов, В. Л., проф. Общая хирургия. Том. I. Стр. 425, ц. 3 руб.

Гольцман, Н. М., проф. Краткий курс частной патологии и терапии внутренних болезней домашн. животных. Стр. 556, ц. 2 руб.

Зимницкий, С. С., проф. Заболевания легочной паренхимы и плевры. (Очерки по частной патологии и терапии). Стр. 158, ц. 70 к.

Его - же. Лекции по сердечным болезням. Стр. 183, ц. 2 р. 25 к.

„Лекции проф. Зимницкого не оставляют желать ничего лучшего. Большой клинический опыт и ряд самостоятельных работ в области кардиологии позволяют автору легко ввести читателя в эту трудную главу внутренней патологии, а исключительно живое и яркое изложение и блестящий язык доставляют особенное удовольствие при чтении этих лекций. Лекции о комбинированных пороках сердца, об аортитах, о значении травмы в этиологии пороков сердца, о грудной жабе и взаимоотношении ее к порокам сердца, об афонических пороках сердца, о pseudostenosis mitralis содержат много оригинальных мыслей и читаются, как и остальные лекции, с напряженным интересом“.

(Проф. **Р. А. Лурия**, „Казанский Медицинский журнал“, № 3 1924 г.).

Его - же. Болезни почек. (Брайтова болезнь). Руководство для врачей и студентов. Стр. 272. 2 р. 50 к.

„Красной нитью через книгу проводится идея—плод не только глубокого и критического изучения литературы вопроса, но и многолетних клинических изысканий автора и его сотрудников-учеников, что наблюдаемые в области клиники болезни почек функциональные расстройства, не могут быть уложены в узкие рамки современных патолого-анатомических достижений.“

Автор считает первоисточником всех системных кровородных почечных заболеваний сосудистую единицу почек-гломерул, т. е. проводит идею единства развития почечных системных заболеваний и с этой точки зрения, а также с точки зрения наблюдающихся функциональных расстройств строит свою схему клинической классификации системных заболеваний почек. Книга по оригинальности высказываемых автором взглядов и положений представляет огромный клинический интерес, а выработанные автором новые методы функциональной диагностики почек заслуживает большого внимания“.

(Проф. **К. Георгиевский**, „Врачебное Дело“, № 10 1924 г.).

„Книга проф. С. С. Зимницкого резко выделяется среди ряда русских руководств, появившихся в послевоенные годы, исключительной оригинальностью автора в изучении темного еще отдела заболеваний почек, необычайным богатством литературного материала, обнимающего все наиболее ценное за последние годы и подвергнутого часто обстоятельному критическому разбору; она написана, как всегда у проф. С. С. Зимницкого, легким, красивым, увле-

жающим стилем и, несомненно, будет многие годы лучшим на русском языке руководством по болезням почек, как для врачей вообще, так и для терапевта в особенности. Читатель должен от души поблагодарить автора за его большой и очень содержательный труд“.

(Проф. Р. Лурия. „Казань Мед. Журн“, № 4 1925 г.).

Книга проф. С. С. Зимницкого „Болезни почек“ *премирована* экспертной комиссией Цекубу *высшей премией*.

Лепский, Е. М. Лекции о туберкулезе детского возраста. Стр. 106, ц. 60 коп.

Лурия, Р. А. Отечественная болезнь. Клинические лекции. С 14 рис. на табл. Стр. 70, ц. 40 к.

Николаев, П. Н., проф. О порхании и мерцании предсердий. (Аритмии с предсердно-круговым ритмом Mines Lewis'a. (С 10 рис. в тексте и таблицей электрокардиограмм). Стр. 96, ц. 85 к.

„Изложение сделано автором кратко, но достаточно подробно для того, чтобы всякий врач, (а это необходимо знать каждому врачу, не только терапевту), понял этот запутанный вид аритмий. Работу проф. Николаева тем более надо приветствовать, что на русском языке есть только одна маленькая, но чрезвычайно ценная книжка самого Lewis'a, посвященная физиологии и патологии сердца“ (Проф. Д. Плетнев. „Архив клинической и экспериментальной медицины“ № 3—4, 1924 г.).

Фридланд, М. О., проф. Новейшие данные в вопросе о патогенезе и терапии рахита. Стр. 24, ц. 10 к.

Его же. Биомеханика пневмоторакса. Руков. для врачей. Стр. 104, 1 р.

„Нельзя практически овладеть пневмотораксом, ни как лечебным методом, ни как хирургическим осложнением, не зная биомеханики грудной полости. А между тем ни в отечественной, ни даже в иностранной литературе нет монографий, которые излагали-бы теорию пневмоторакса и применительно к потребностям врача-клинициста с достаточной полнотой из предисловия. Настоящий труд и имеет целью заполнить, хотя-бы отчасти, указанный литературный пробел“. (Из предисловия).

Хомяков, М. М., д-р мед. Как лечить до прихода врача. Общедоступный лечебник. Стр. 49, ц. 10 к.

Его же. Как питается человек. (Основы учения о питании) Стр. 16, ц. 10 к.

Щербаков, С. А. Краткое пособие к практическим занятиям по фармакологии. Стр. 37, ц. 20 к.

„Небольшое руководство, снабженное многочисленными рисунками (33) и безусловно доступное по цене всякому студенту; книга является ценным пособием при прохождении цикла практических занятий по фармакологии в Университете“

Заказы направлять по адресу, *Казань. Б. Проломная, 33.*

Адрес для телеграмм: *Казань. Татгиз.*

“СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ”

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ

ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362

ОРГАНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ ЛАБОРАТОРИИ КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ ПОДГОТОВЛЯЕТСЯ ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ ЖИВОТНЫХ

ПОД РУКОВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИМИКОВ, ФАРМАЦЕВТОВ, ВРАЧЕЙ,

С БОЛЬШИМ УСПЕХОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ

ПРИ БОЛЕЗНЯХ: СТАРЧЕСКАЯ ДРЯХЛОСТЬ,

СЛАБОСТЬ ОРГАНИЗМА, МАЛОКРОВИЕ, **НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ**

АРТЕРИАЛЬНО-РОЗСЛИННАЯ СУХОТКА, ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОЧИЕ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,

А ТАКЖЕ ПРИ **ВСЕХ ВИДАХ ПОЛОВОГО БЕССИЛИЯ.**

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ

ПОСЛЕ ПЕРЕЖИВЕННЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ: ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РОДОВ, ПРИ

ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СИФИЛИСЕ, ОНАРИЗМЕ, ИТ.П.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ

И МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С.С.С.Р.

ЦЕНА ФЛ. 2 РУБ. 50 КОП. ПОЧТОН. ВЫБЫРАТЕЛЬ НЕ МЕНЕЕ ЧЕ 3 ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%. ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕСЫЛКА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА И ДЕНЬГИ

АДРЕСОВАТЬ

ТОРГ. ОТД. КООПЕРАТИВА

“ГАЛЕН-МОСКВА”

МОСКВА УЛ. ГЕРШЕНА №5 ОТД.

ПОЧТ. ЯШ. № 1025