

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).

№ 8.

А В Г У С Т.

КАЗАНЬ.
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Физиологической лаборатории Казанского Университета (Директор проф. Н. А. Миславский).

Наблюдения над атимированными животными.

Д-ра В. Н. Воробьева.

(Предварительное сообщение).

Насколько велики и обширны наши физиологические знания относительно жизни высшего организма, настолько же безграничны будущие перспективы этой области. И до настоящего времени здесь остается многое невыясненным; особенно приходится это сказать в отношении желез внутренней секреции и, в частности, относительно зубной железы. Несмотря на крайне разнообразные и весьма многочисленные работы, физиологическая роль этой железы остается до сих пор темной.

Basch, Klose и Vogt, Matti и др. смотрят на функцию зубной железы, как на необходимую для растущего организма, почему удаление железы сказывается характерными изменениями роста, структуры костей, нарушением отправления нервной системы и т. д., сопровождаясь, в конечном итоге, картиной *idiotia thymopriva*, которая является или преходящей (Basch, Bracci, Matti и др.), или кончающейся гибелью опытного животного (Klose и Vogt, Abelous и Billard и др.). Прочие авторы отводят ничтожную роль жизнедеятельности зубной железы, доходя почти до полного отрицания ее значения (Fischl, Sinnuber, Hardt и Nordmann и др.).

Такие диаметрально противоположные выводы побудили меня охотно согласиться и с большой признательностью принять тему, предложенную глубокоуважаемым проф. Н. А. Миславским, — выяснить значение удаления зубной железы на растущий организм.

Первым вопросом, представившимся мне при осуществлении наметенного плана, явился выбор подходящего для экспериментов животного. Ниспие позвоночные животные являются мало пригодными для данной цели, так как нет достаточной ориентировки по вопросу о гомологах зубной железы (Matti). Травоядные, видимо, менее чувствительны к тимэктомии, что объясняется, возможно, незначительным развитием у них зубной железы и, кроме того, тем, что костная система у них рано обнаруживает большое содержание извести (Basch), хотя наблюдения Cozzolino, Soli, Lucien'a и Parisot показывают, что костная система кроликов также реагирует на удаление зубной железы. Согласно почти всеобщему мнению, наиболее подходящими опытными животными для удаления зубной железы являются молодые собаки, которые представляют собой быстро растущих животных, резко реагирующих на тимэктомию. Поэтому вначале мы поставили опыты на щенках, но затем вся работа была проведена исключительно на поросятах, — тем более,

что этот ценный материал был весьма мало использован для экспериментов. Выбор молодых поросят для наших целей объяснялся тем, что сама техника удаления зубной железы у этих животных, благодаря топографическому расположению последней, несравненно проще и легче, чем у прочих млекопитающих; далее, по образу своего питания они наиболее подходят к человеку; наконец, поросята весьма хорошо переносят оперативное вмешательство, раны у них великолепно заживают первым натяжением, и они обладают хорошим иммунитетом против инфекции.

Поросята частью приобретались мною у крестьян, сериями от одной матки, с точной датой своего рождения; другая часть поросят была приплодом от наших тимэктомированных свиней, причем среди них была одна серия поросят, полученных от нормальной (контрольной) самки и тимэктомированного самца, и одна серия являлась приплодом от тимэктомированной самки и нормального самца. Все поросята находились при совершенно одинаковых условиях питания и ухода, помещались в просторном, теплом, светлом здании и пользовались чистым воздухом. Пища их состояла из вареного картофеля, мучной посыпки, кухонных отходов и летом—свежей травы.

Наши наблюдения были проведены над 51 поросенком; из этого числа пришлось исключить 22 поросенка вследствие различных случайных заболеваний, так или иначе могущих изменить или затемнить результаты эксперимента. Остальные 29 животных распределялись следующим образом: тимэктомированных было 16 поросят, из них 5 самцов и 11 самок, и контрольных к ним 13 поросят. Из общего числа чистых опытов в двух поросятах была произведена многократная трансплантация зубной железы от тимэктомированных животных.

Тимэктомии подвергались молодые поросята, большею частью в возрасте от 1 до 3 недель со дня рождения, и только у немногих операция была применена в более позднем возрасте—около 5 недель жизни. Сравнительные наблюдения проводились над целой серией одного и того же выводка, причем в качестве контроля оставлялись наичаще слабые или с меньшим весом поросята, тогда как операции подвергались наилучшие экземпляры. Одна часть опытных животных подвергалась полному удалению железы, притом как шейной, так и грудной ее частей; другие поросята были поставлены в условия гипопункции железы путем удаления шейной части, составляющей главную массу данного органа.

Вся масса зубной железы у поросят располагается, главным образом, в шейной области, по бокам дыхательного горла, причем левая половина поднимается выше правой части, достигая почти до *mandibulum*; правая же половина железы наичаще заканчивается на уровне подъязычной кости. По направлению вниз обе половины железы, ее правая и левая части,—спускаются к груди и в области *jugulum* образуют тонкий перешеек, от которого тонким тяжем, или, чаще, в виде дольчатости, зубная железа располагается по ходу крупных сосудов и на передне-боковой стороне перикардия.

Шейная часть железы удалялась путем предварительного разреза кожных покровов по средней линии с последующим раздвиганием в стороны того и другого *m. sterno-cleido-mastoidei*, отделением тупым путем железы из ее ложа и полным удалением вместе с перешейком в области *jugulum*. Затем рана закрывалась швом, смазывалась *t-ra*

jodi, и на нее накладывалась повязка на 1 сутки. Эту операцию поросята переносили очень легко и обычно уже спустя 2—3 часа после нее принимались за еду. Нагноения у них обыкновенно не получалось, а если и случалось, то лишь по ходу наружного шва.

Более сложной оказалась операция полного удаления зубной железы в ее грудной области. Здесь, дабы открыть себе широкое поле для осмотра грудной полости, вначале мы пользовались методом срединного рассечения sterni; но этот способ оказался недостаточно удобным. т. к. не давал свободного доступа к зубной железе и не гарантировал полного удаления последней. Поэтому затем мы обратились к способу удаления верхнего отдела грудины путем отсечения ее до IV—V ребра и откидыванием ее кверху на неотделенных мягких частях. Таким образом создается большое окно, позволяющее тщательно удалить всю железу путем выщипывания. Затем рана закрывалась наложением удаленной части грудины, которая фиксировалась затем швами с последующим зашиванием кожной раны. Односторонний пневмоторакс животные переносили довольно хорошо, в случае же двустороннего повреждения, при операции, плевры и наступления угрожающих жизни явлений, немедленно применялось искусственное дыхание посредством интубации мягким катетером, — и тогда животные сравнительно скоро оправлялись и выздоравливали.

Удаленная железа сейчас же взвешивалась, причем выяснилось, что зубная железа, в своей главной массе, у самок значительно больше, чем у самцов: вес железы у первых относится к весу ее у вторых, как 3,3: 1,9.

Продолжительность наблюдений колебалась между 73 и 760 днями жизни опытного животного.

По своему внешнему облику тимэктомированные животные резко отличались от контрольных одного и того же выводка своей серии, — они были менее подвижны, шерсть у них хотя и покрывала кожу довольно равномерно, а за ушами иногда висела, но была редка и как-бы особенно щетинилась. Кожа опытных поросят была весьма склонна к чесоточным заболеваниям, тогда как контрольные поросята, находившиеся вместе с больными в одном помещении и имевшие самое тесное соприкосновение с ними, — кожными заболеваниями не страдали. Кожа тимэктомированных поросят в некоторых случаях, при неполной тимэктомии, принимала весьма морщинистый, старческий вид, утрачивая свою нормальную эластичность. Опытные животные отличались, далее, зыбкостью, в зимнее время, когда они были выпускаемы на прогулку, плохо противостояли холоду и были крайне неустойчивы к инфекции — в общем помещении, прежде и скорее заболевали тимэктомированные поросята и часто погибали, особенно от поносов, тогда как контрольные поросята, находившиеся вместе с больными, оставались совершенно здоровыми или весьма легко справлялись с инфекцией. Тимэктомия всегда налагала известный отпечаток на психику оперированных поросят: они как-бы теряли способность насыщения, отличались крайней прожорливостью и постоянной неопрятностью, тогда как контрольные поросята строго знали свое место для физиологических отправления. Наконец, тимэктомированные поросята отличались злым характером и значительно раньше проявляли половое влечение.

Особенно резко, однако, сказывалось удаление зубной железы на весе и росте животных. Вес поросят после удаления железы (главной ее массы) начинал значительно отставать от веса контрольных

животных, начиная со второго месяца жизни. Эта разница в весе оперированных и контрольных животных продолжала оставаться выраженной в течение 6—7 мес., после чего вес опытных животных начинал идти более быстро. Почти такие же явления замечались и при полном удалении железы: вес контрольного животного, первоначально бывший меньше, чем предназначенного к операции, в дальнейшем время постепенно превосходил в 2 и больше раза вес его сверстника, опытного поросенка.

Рост тимэктомированных поросят также значительно отставал от роста контрольных.

Длина трубчатых костей убитых опытных животных была всегда меньше на 2—3—4—8 сант. против таковой же у контрольных поросят, причем, чем моложе было животное, тем резче была эта разница.

Удаление из организма зубной железы сказывалось, хотя и в нерезкой форме, и на составе крови. В первые дни после операции часто отмечался лейкоцитоз с изменением лейкоцитарной формулы и преобладанием многоядерных элементов, что объяснялось, вероятно, наличием небольших нагноений. Спустя короткое время затем количество белых телец падало у атимированных животных по сравнению с контрольными и все время держалось на более низких цифрах; вместе с тем сохранялось превалирование полинуклеаров в лейкоцитарной формуле. Каких-либо изменений формы ядер или способности воспринимать окраску у опытных животных не отмечалось.

Количество красных телец и Hb обычно не представляло отклонений от контроля, и лишь в немногих случаях можно было констатировать незначительное увеличение числа красных кровяных шариков и Hb. Резистентность красных телец у опытных животных не отличалась от таковой же у контрольных.

Вскрытие опытных и контрольных поросят производилось в один день; при этом взвешивались почти все эндокринные железы, а также все внутренние органы и мозг. Сопоставляя величину органов опытных и нормальных поросят, мы принимали за единицу сравнения отношение веса того или иного органа на 1 кило общего веса тела.

Подобные сопоставления показали, что гипофиз тимэктомированных поросят в 2—5 раз превышает гипофиз контроля. Так, средний вес гипофиза оперированных поросят был равен 0,095, тогда как контрольных — 0,005.

Надпочечники опытных поросят превосходили своим весом контроль в 2 и больше раза. Средний вес надпочечников тимэктомированных животных был равен 0,239, контрольных — 0,118.

Щитовидная железа тимэктомированных поросят превышала весом железу контрольных почти в 2 раза. Средний вес этой железы у опытных животных был равен 0,001, у контрольных — 0,0006.

Менее резкую разницу в смысле увеличения железы оперированных поросят приходится констатировать по отношению к щитовидной железе, которая у тимэктомированных животных в среднем весила 0,194, у контрольных же — 0,173.

Testes у оперированных животных в возрасте между 387 и 760 днями жизни были в $1\frac{1}{2}$ раз меньше, чем у контрольных одного и того же вывода.

Указанные изменения, лишь в обратных соотношениях, отмечались и у животных, которые были поставлены в условия гиперфункции, путем многократной трансплантации зубной железы.

Описанные изменения со стороны эндокринного аппарата после удаления зубной железы находились в зависимости от времени, протекавшего после тимэктомии. Наши опытные поросята убивались в различные сроки после операции удаления железы. Если сроки жизни опытных животных разделить на периоды—в первые 100 дней после операции, во вторые 100 дней и т. д., то оказывается, что взаимоотношение желез внутренней секреции в разные периоды было различно, и, если здесь также принять за единицу сравнения отношение веса органа на кило веса тела, то получатся весьма любопытные данные.

Щитовидная железа в первые 100 дней у тимэктомированных животных меньше, чем у контрольных; затем, в период вторых 100 дней, она увеличивается в своем соотношении и значительно превосходит величину железы у контрольных поросят; между 200 и 300 днями послеоперационного периода это превосходство веса уменьшается. Далее, в промежуток времени от 300 до 500 дней превалирование веса щитовидной железы у оперированных животных снова делает небольшой второй подъем с тем, чтобы в период от 672 до 760 дней упасть ниже контроля.

Надпочечники тимэктомированных животных значительно увеличиваются, в сравнении с контролем, в период первых 100 дней. Эта разница резко нарастает между 100 и 200 днями. Затем кривая постепенно падает и в период от 387 до 700 дней держится почти параллельно весу контрольных животных, оставаясь все же выше кривой веса.

Гипофиз опытных животных в первые 100 дней относительно меньше гипофиза контрольных животных, но затем вес его постепенно выравнивается, превосходит вес контрольных животных и держится далее параллельно выше контроля.

Шишковидная железа, оставаясь без изменения в течение первых 200 дней после операции, постепенно превышает вес железы контрольных поросят, обнаруживая особенно резкую разницу в период между 600 и 700 днями.

Половые железы самцов реагируют на тимэктомию в период между 300 и 760 днями уменьшением веса по сравнению с контрольными животными, причем, чем больше протекло времени с момента операции, тем резче эта разница. Изменение веса половых желез самцов в более ранний период мы лишены были возможности проследить, т. к. на опытных животных более молодых, чем в 300 дней, велись другие наблюдения.

Половые железы самок, под влиянием тимэктомии, в первые 100 дней по своему весу несколько превышают яичники контрольных животных, затем вес яичников, начиная с 100 до 200 дней, понижается в сравнении с контролем.

Помимо изменений инкреторного аппарата, у тимэктомированных животных в процесс вовлекаются все кости, которые становятся более мягкими, легкими и обнаруживают признаки рахитических изменений.

Небезучастной остается и нервная система тимэктомированных животных: они становились в наших опытах склонными к проявлению кло-

нико-тонических судорог, причем особенно это следует отметить у потомства, полученного от атимированной самки; эти поросята страдали сильными и длительными судорогами, от которых и погибали, тогда как контрольные животные того же самого помета судорог не обнаружили.

Полученные мною результаты опытов побудили меня сделать настоящее сообщение и вместе с тем—предпринять гистологическое исследование собранных и зафиксированных эндокринных желез. Я убежден, что это исследование обнаружит у атимированных животных весьма характерные изменения.

Dr. W. Worobjew (Kasan). Beobachtungen über athymierte Tiere. Der Verfasser unternahm Versuche mit dem Entfernen der Kropfdrüse bei 16 Ferkeln (5 Männchen und 11 Weibchen) mit 13 Kontrolltieren desselben Wurfes; bei einigen Ferkeln wurde die ganze Kropfdrüse entfernt, bei anderen—nur der Halsteil; in 2 Versuchen wurde den Ferkeln mehrmalige Transplantation der Kropfdrüse von thymectomierten Tieren gemacht. Die Tiere wurden meist im Alter von 1 bis 3 Wochen, selten—5 Wochen genommen. Die Dauer der Beobachtungen schwankte von 73 bis 760 Tage. Diese Beobachtungen zeigten, dass das Entfernen der Kropfdrüse im frühen Alter zu einer ganzen Reihe von Veränderungen, zu allererst allgemeinen Charakters, führt,—Tiere mit entfernter Kropfdrüse blieben in Gewicht schon von 2. Lebensmonat an von den Kontrolltieren scharf zurück, die Röhrenknochen waren bei ihnen um 2—8 cm kürzer, als bei den letzten, im Blute wurde der Leukocytensturz mit Prävalierung der Polynuclearen bemerkbar, die Haut verlor ihre Elastizität, die athymierten Tiere waren weniger lebendig, als die Kontrolltiere, mehr gefräßig, erkrankten leichter u. s. w. Von den lokalen Veränderungen verdienen besondere Aufmerksamkeit die Veränderungen in den endokrinen Drüsen: bei den athymierten Ferkeln erschien der Hypophysis 2—5-mal grösser, als bei den Kontrolltieren, die gl. suprarenales und gl. pinealis—2-mal grösser, grösser—obwohl in geringerem Masse—erschien auch die gl. thyreoidea, die testes aber—1 $\frac{1}{2}$ -mal kleiner, ebenso wie die Eierstöcke. Der Grad dieser Veränderungen variierte je nach dem Zeitraum, der nach dem Entfernen der Kropfdrüse vergangen war.

К вопросу о свободных шаровидных тромбах сердца *)

Пом. проз. А. В. Голяева.

Возникновение свободных шаровидных тромбов в полостях сердца должно быть отнесено к крайне редким явлениям, случайно обнаруживаемым на аутопсиях. Подобного рода случай наблюдался нами на вскрытии 31/I 1924 г.

Большая П. А., 48 л., поступила в Клинику семиотики внутренних болезней 28/I 1924 г. по поводу отеков всего тела. Впервые отеки появились 21 г. назад, во второй раз—17 л. назад, а в последний раз—за 3 нед. до поступления в клинику. Исследование показало, что имеется отек всего тела и сильный цианоз конечностей. Верхняя граница сердца на уровне верхнего края IV ребра, левая—на один поп. палец кнаружи от левой сосковой линии, правая—по правой сосковой линии. Тоны сердца глухи, на верхушке сердца шум с 1-м тоном. Нижние границы легких опущены. В правом легком сзади притупление в нижнем отделе; всюду рассеянные влажные хрипы. Печень несколько опущена. Диагноз: *myocarditis chronica. Exitus letalis* 30/I. Из данных протокола вскрытия считаем возможным привести следующее:

Сердце несколько увеличено. Правое венозное отверстие пропускает 2 пальца, левое имеет щелевидный просвет длиной 8 мм., шириной 3 мм. Клапаны легочной артерии воду удерживают, аорты—слабо пропускают. Эпикард почти лишен жировой обкладки. Мышца серовато-красного цвета, плотновата. Трабекулы и сосковидные мышцы нерезко гипертрофированы. Левое предсердие умеренно растянуто; в его полости находится свободный тромб овальной формы, серого цвета, флюктуирующий, длиной 4,5 см., шириной 3,2 см.; остальная часть полости выполнена рыхлыми кровяными сгустками темно-красного цвета. Поверхность тромба исчерчена рифами, расположенными сверху вниз; гребни последних окрашены в красноватый цвет. Тромб, как показал разрез его, в большей своей массе подвергся разжижению и в центре состоял из густоватой, консистенции сливок, серовато-красной массы. Только периферический слой его, в виде коры толщиной до 2—3 мм., был образован плотной, концентрически слоистой серой массой. Каких-либо инородных тел в полуразжиженной массе тромба не обнаружено. Левое ушко почти сплошь выполнено тромбом величиною со сливу, плотно спаянным со стенкою, а гладким закругленным концом выступавшим на 1 см. в полость предсердия. В глубине полости ушка имелось несколько мелких, до горошины величиной, сероватых, круглых пристеночных тромбов. Овальное отверстие закрыто. Правая половина сердца растянута и выполнена рыхлыми темнокрасными сгустками. Клапаны легочной артерии и трехстворки без изменений, двухстворки же—утолщены, сморщены, обизвестлены и срослены по краям, вследствие чего и образовалась вышеупомянутая узкая щель (стеноз). Суживательные нити митральных клапанов значительно утолщены и укорочены. Эндокард левого предсердия равномерно утолщен, стенка слегка гипертрофирована. Клапаны аорты равномерно утолщены и слабо сморщены; на внутренней оболочке ее отдельные небольшие атероматозные бляшки. Ветвь легочной артерии, отходящая к нижней доли правого легкого, сплошь выполнена закупоривающим ее белым тромбом на протяжении 4,5 см.; отсюда тромб

*) Доложено в заседании Общества Врачей при Казанск. У-те 22 окт. 1925 г.

продолжается на $1\frac{1}{2}$ см. в главный ствол легочной артерии, не закрывая, однако, его просвета, и оканчивается здесь закругленным, гладким концом. В верхней и средней долях правого легкого ясно выраженный отек, в нижней же доле—начинающийся геморрагический инфаркт. В верхней доле левого легкого геморрагический инфаркт величиною с куриное яйцо, в нижней доле—более мелкие. Микроскопическому исследованию были подвергнуты сердце и свободный тромб. Стенка последнего состояла из гомогенных фибриновых балок и пластов кровяных пластинок, смешанных с лейкоцитами, или из более или менее рыхлой, тонкопетлистой сети фибрина, между волокнами которого были заметны распадающиеся лейкоциты и красные кровяные шарики. В глубоких слоях фибриновые массы представлялись более гомогенными, эритроциты и лейкоциты красились неясно. Постепенно такая ткань сливалась с совершенно однообразными, мелкозернистыми, расплавленными слоями, окаймлявшими разжиженную массу. Тромбы ушка представляли обычную картину смешанного тромба давнего существования. Большинство мышечных волокон сердца было гипертрофировано, с большими, неправильными, овальными или круглыми ядрами. Поперечная исчерченность всюду была затуманена, продольная же выступала отчетливо. В ряде волокон можно было заметить отложение бурого пигмента. Капилляры между мышечными волокнами были растянуты кровью. Соединительнотканые прослойки во многих местах были нерезко утолщены, количество ядер невелико. Стенка левого предсердия была умеренно гипертрофирована, прослойки соединительной ткани утолщены.

На основании макро- и микроскопического исследования можно было установить следующий эпикриз: *Hydropericardium. Hypertrophia cordis. Stenosis v. mitralis. Thrombus liber atrii sin. et parietalis auriculi sin. Atheromatosis aortae. Thrombus obturatorius rami dextri art. pulm. Hyperlasia et tuberculosis, partim petrificata, lymphoglandularum bronchialium. Infarctus haemorrhagici multiplices pulm. sin. Induratio fusca pulmonum. Pleuritis tuberculosa adhaesiva chr. dex. Hydrothorax bilateralis. Ascites. Gastritis chronica. Infiltratio adiposa et induratio cyanotica hepatis. Anasarca.*

Что касается литературных данных, касающихся свободных тромбов сердца, то в отечественной литературе нам удалось найти указание всего на один случай подобного рода, в иностранной же, главным образом немецкой, описано 16 случаев; кроме того, о 6 имеются краткие сведения, как о случаях, демонстрированных в различных медицинских обществах. Стало быть, наш случай будет 24-м.

Из всех случаев более или менее подробные сведения мы имеем лишь о 14, причем эти случаи в соединении с нашим позволяют сделать некоторые выводы относительно данной аномалии. Во всех указанных случаях тромбы были свободно-подвижными, кроме случая Fischer'a, где тромб прикреплялся на тонком, нитевидном стволіке, и, по предположению автора, нужно было еще 2—3 дня, чтобы этот тромб стал свободным. Свободные шаровидные тромбы, которым Recklinghausen дал своеобразное обозначение „Kugelfrömbus“, находились всегда в левом предсердии, и только один раз, в случае Macleod'a,—в правом. В большинстве случаев (12 из 14) налицо были значительно выраженный стеноз и недостаточность левого венозного отверстия. В случае Fischer'a стеноза левого венозного отверстия не обнаружено, как и в случае Stange; лишь в последнем были фибриновые наслоения на клапанах аорты. В случае Macleod'a, где тромб находился в правом предсердии, каких-либо изменений со стороны трехстворчатого клапана не отмечено.

Во всех случаях, кроме 4 (Hertz'a, Macleod'a, Ziemssen'a и Osler'a), помимо свободного тромба, в левом ушке находились пристеночные тромбы, которые или выполняли его полностью, выпячиваясь в полость предсердия, или занимали только часть ушка.

Величина тромба была различна: мелкие (с лесной орех и несколько крупнее) отмечены у Recklinghausen'a, Ziemssen'a и Кобзаренко, с грецкий орех—в случаях Macleod'a, Stange и Fischer'a, с куриное яйцо и несколько меньше—в случаях Osler'a, Hertz'a, Arnold'a, Redtenbacher'a, Schmorl'a, Krumbholz'a и нашем.

В 6 случаях тромб представлял плотный сплошной сверток, а в остальных 9 он был размягчен в большей своей массе в глубине и только на периферии состоял из плотной сероватой массы. Размягченные центральные части состояли из густой серовато-красной массы, иногда с примесью мелких хлопьев.

Цвет поверхности тромба чаще был серовато-красный с различными оттенками. Поверхность тромба в 6 случаях была совершенно гладкой, — „зеркальной“, по выражению некоторых авторов; в большинстве же отмечена неровная, как-бы ребристая поверхность, напоминающая неровность песчаного берега в зависимости от движения воды.

Что касается общих размеров сердца, то почти везде отмечается увеличение их, вызванное растяжением тех или иных отделов. Расширение предсердия, в котором помещался тромб, отмечено также во всех случаях. Кроме этого были налицо еще расширение и гипертрофия правого желудочка, левый же желудочек во всех почти случаях оказался мало измененным.

Кроме указанного выше поражения митральных клапанов следует упомянуть еще о поражении клапанов аорты в случае Stange, в нашем же они были равномерно утолщены и несколько сморщены. Во всех случаях эндокард левого предсердия, за исключением некоторого утолщения, изменений не представлял.

Из осложнений, наблюдавшихся при существовании свободных шаровидных тромбов, необходимо указать на тромбы в легочных артериях, вызвавшие образование геморрагических инфарктов в легких,—в 5 случаях, анэмические инфаркты в почках—в 3 случаях, в селезенке—в 2 случаях. Анэмические инфаркты в селезенке и почках развивались там, где были тромбы ушка, а в одном случае (Stange)—при поражении клапанов аорты. В нашем случае был закупоривающий тромб нижней ветви правой легочной артерии, в случае Кобзаренко тромб легочной артерии был пристеночным. В случае Hertz'a, вследствие закупорки правой бедренной артерии и вены, отмечена гангрена конечности. Однако Ziemssen, в описанном им случае, гангрену нижних конечностей объясняет не как результат эмболии, а как следствие аутохтонного образования в этих сосудах тромба.

Переходя теперь к обзору клинических данных, прежде всего надо указать, что в 5 случаях тромбы были обнаружены у мужчин, в 8—у женщин, и в 2 случаях пол не был указан. Возраст больных колебался в пределах от 21 г. до 48 лет. Из анамнестических данных в 6 случаях было указание на ревматизм, в остальных—на острое и хроническое заболевание сердца без обозначения этиологии. Lues во всех случаях не имел места.

Объективно чаще всего обнаруживались: отеки, цианоз, одышка, похолодание конечностей, изменения со стороны клапанов сердца, глухие тоны сердца и даже потеря сознания.

Прижизненное распознавание свободного тромба предсердия ни разу не было установлено. Только в случае Hertz'a было предположение относительно эмболии бедренной артерии, вследствие отрыва тромба из левого предсердия, а в случае Macleod'a установлено препятствие в малом кругу—эмболия легочной артерии.

Свободные шаровидные тромбы в сердце, как мы видели, встречаются редко, и не по всем пунктам их возникновения у исследователей имеется единообразие в мнениях. Обнаруживаются свободные тромбы почти исключительно в левом предсердии, при наличии стеноза венозного отверстия и недостаточности двустворчатых клапанов. В вопросе о происхождении все исследователи согласны в том, что шаровидная форма тромба и свободная подвижность его есть конечная стадия некоторых пристеночных тромбов, чаще всего ушка, оторвавшихся от своей базы под влиянием тех или других причин. Это подтверждается тем, что в случаях Arnold'a, Schmorl'a, Stange, Krumholz'a, Fischer'a и нашем на тромбе был обнаружен или маленький ствол, и неправильно-шароховатая поверхность.—след первоначального соединения тромбов со своей базой. Особенно демонстративно подтверждает это случай Krumholz'a, где свободный тромб имел покрывку из эндотелия, т. е. налицо было начало его организации, что могло иметь место только при связи его со стенкой предсердия. В 11 случаях из 15 отмечалось присутствие тромбов в ушке при малоизмененном эндокарде, но, конечно, а priori возможно также предположить здесь отрыв от пристеночных тромбов предсердия. Последнее предположение, очевидно, следует допустить для тех случаев, где ушко было свободно от тромбов. При равномерно-гладкой и даже блестящей поверхности тромбов надо думать о значительной давности их существования, когда следы соединения с первоначальным местом прикрепления успели уже сгладиться.

Относительно самого механизма возникновения шаровидной формы тромбов мнения расходятся. Hertz доказывает, что оторвавшийся тромб, вследствие круговорота тока крови перед суженным венозным отверстием, вращается и, ударяясь своими выступающими частями о стенку и клапаны, сглаживает их; оторвавшиеся же частицы его уносятся током крови и могут вызывать инфаркты. Recklinghausen и Stange объясняют возникновение гладкой поверхности тромбов путем наслоения новых пластов фибрина и форменных элементов в щелях и углублениях. Stange указывает, что обтачивание и отрывание углов сомнительны—в виду мягкости тромбов. Ribbert же ссылается на факт, что Kugelthrombus из его музея, будучи брошен на стол, прыгал, как резиновый мяч; такая мягкость и эластичность тромбов говорят, по его мнению, против теории Hertz'a.

В громадном большинстве случаев тромбы разбираемого рода представляют асептическое, ферментативное размягчение в центре, вследствие чего по оставшейся тонкой оболочке невозможно точно проследить их судьбу. Вопрос о длительности существования тромба является также неопределенным, ибо никто из исследователей не указывает срока давности их возникновения; впрочем внутреннее размягчение, гиалинизация фибрина, наличие эндотелия на поверхности тромба в случае Krumholz'a позволяют думать о продолжительном существовании этих образований, так как гиалинизированный фибрин может существовать месяцы

и годы. При гладкой и блестящей поверхности новых слоев фибрина может не откладываться, и тромб может существовать, не увеличиваясь в размерах. Повидимому, наиболее недавним по времени возникновения был тромб в случае Stange, где автор устанавливает срок его существования всего в 3 дня, что подтверждалось до некоторой степени свежим видом отростка и отчасти клиническими данными (беспричинная потеря сознания, похолодание конечностей, внезапная одышка). Вообще можно думать, что там, где на тромбах имеются неровности или стволы, тромбы являются недавно образовавшимися; там же, где поверхность тромбов гладка, блестяща, срок существования их установить едва ли возможно.

По вопросу о значении свободных шаровидных тромбов для организма высказался впервые Hertz в том смысле, что свободный тромб может вклиниться в суженное венозное отверстие и вызвать моментальную смерть. Recklinghausen же настаивает, что свободный круглый тромб не в состоянии закрыть суженного венозного отверстия. В указанных нами выше случаях на вскрытии ни разу не было отмечено, чтобы тромб вклинился в венозное отверстие. Кроме того, свободные тромбы сердца, как инородные тела, создают, очевидно, благоприятные условия для образования новых тромбов в той же полости.

Каково влияние шаровидных тромбов на сердечную деятельность? Прямого ответа на этот вопрос не дает ни один из авторов. Не следует забывать, что обычно свободные тромбы наблюдаются в случаях, где налицо имеется сильное сужение левого венозного отверстия, и поэтому трудно ограничить влияние, которое оказывает тромб на сердечную деятельность, от влияния, оказываемого стенозом. Приходится все же думать, что шаровидные тромбы, особенно значительной величины, не могут оставаться без влияния на усиление расстройства сердечной деятельности. Некоторый свет на это проливают случаи Macleod'a, Fischer'a и Stange, где стеноза венозных отверстий не наблюдалось, и тем не менее было налицо расширение сердца, особенно левого предсердия.

Если перейти теперь к анализу клинической картины, сопутствующей свободному шаровидному тромбу, то мы не найдем в ней таких характерных данных, на основании которых было бы возможно с достаточной вероятностью при жизни сделать заключение о наличии этого образования. Во всех указанных случаях клинические данные трактовались, как обычные картины, наблюдаемые при пороках клапанов сердца в периоде прогрессирующего расстройства компенсации. Ziemssen считает за патогномический признак тромбов данного сорта гангрену нижних конечностей при наличии отека и похолодания их. Зависит это, по его мнению, не от эмболии, а от артериального тромбоза, вследствие недостаточного притока крови к периферическим частям. Однако гангрена из 20 случаев наблюдалась только 2 раза (Hertz, Ziemssen), почему с толкованием Ziemssen'a далеко не все согласны.

Еще в 70-х годах прошлого столетия Schrötter в своих клинических лекциях о заболеваниях сердца, касаясь вопроса о тромбах сердца, сказал: „Как ни интересен этот предмет с генетической и патолого-анатомической точек зрения, и как ни важны его последствия у постели больного, но клиницисту тут мало поживы“. Хотелось бы, чтобы это заявление, сделанное полвека назад, оказалось теперь устаревшим — в виду

тех методов исследования, которые имеют в своем распоряжении современные клиницисты.

В заключение считаю нелишним добавить, что в Патолого-Анатомическом Музее нашего Университета за 58-летний период его существования не имеется ни одного препарата свободного шаровидного тромба сердца, кроме только что описанного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Redtenbacher. Wien. klin. Woch., 1892, № 48.—2. Hertz. D. Arch. f. klin. Med., 1885, Bd. 37.—3. Recklinghausen. Ibidem.—4. Arnold. Ziegler's Beitr., 1890, Bd. 8.—5. Fischer. Diss. 1901, München.—6. Ziemssen. Verhand. d. IX Congr. f. inn. Med., 1890.—7. Кобзаренко. Р. Арх. Пат., 13.—8. Ribbert. Hand. d. spez. path. Anat. Berlin. 1924.—9. Kaufmann. Lehrb. d. spez. pathol. Anat. 1922.—10. Krehl u. Marchand. Handb. all. Pathol., 1913.
-

Dr. A. W. Goljajew (Kasan). Zur Frage über die freien kugelförmigen Tromben des Herzens.

Der Verfasser beobachtete während der Section bei einer 40-jährigen Frau, die bei den Erscheinungen der Störung der Herzkompensation gestorben war, eine freie kugelförmige Trombe in der linken Vorkammer, 4,5 cm lang und 3,2 cm breit; im Schnitt enthielt die Trombe im Innern eine Höhle mit einer halbflüssigen Masse gefüllt und von einer kompakten 2—3 mm dicken Kruste umringt. Es ist nach der Meinung des Verfassers der 24-te in der Literatur beschriebene Fall einer freien kugelförmigen Trombe des Herzens.

О карбонатном числе плазмы крови, как показателе щелочного запаса¹⁾).

Ассистента В. Ф. Якимова.

Всякий биологический процесс протекает при известной реакции среды. Каждому ферменту, энзиму, гормону свойствен характерный *optimum* действия, стоящий в тесной зависимости от реакции окружающей жидкой среды. Это относится как к простейшим, так и к сложным организмам животного мира. Можно сказать, что функция как отдельной клетки, так и целой системы органов и всего организма зависит от сохранения этого *optimum'a* реакции среды. При изменении этой реакции нарушается и функция, результатом чего является то или другое отклонение от нормы, то или другое болезненное состояние.

Давно уже был известен факт, что жизнь млекопитающего связана с слабо-щелочной реакцией крови, и давно уже было подмечено, что организм стойко удерживает реакцию крови в определенных границах. С другой стороны еще старыми клиницистами было отмечено, что некоторые болезненные состояния зависят от интоксикации известными, а может быть еще и неизвестными кислотами, на почве производимого ими в организме нарушения равновесия кислот и оснований. Но только в последнее время, когда, благодаря успехам физической химии, стало возможно знание основных физико-химических положений о механизме внутренней регуляции ионного равновесия в здоровом организме, сделалась до некоторой степени понятна для клинициста сущность болезненных процессов, в основе которых лежит нарушение кислотно-щелочного равновесия.

За последнее время в клинической патологии снова выплывает ряд вопросов, являющихся как-бы отголосками старой гуморальной патологии, поскольку объектом исследования являются здесь соки организма, состав их в здоровом состоянии и изменения этого состава во время болезни. Снова внимание клиницистов сосредоточивается на изучении физико-химических процессов жидких тканей, соков организма, но эти соки рассматриваются не как нечто самодовлеющее (дисক্রазии старых авторов), а в тесной зависимости от клетки, которая является основой всех изменений в жидкостях, протекающих в межклеточных пространствах. Снова выдвигается вопрос о существовании в организме патологических кислот и об их значении, вопрос об ацидозе, когда-то, подобно многим другим клиническим проблемам, после стадии расцвета сданный в архив.

Та или другая реакция содержащейся в организме жидкости, а, следовательно, и крови, обуславливается содержанием в ней свободных

¹⁾ Доложено в Обществе Врачей при Каз. У-те 12/XII 1925.

„активных“ ионов H , сообщающих ей кислую реакцию, и свободных гидроксил-ионов (OH'), сообщающих среде щелочную реакцию. Концентрация свободных ионов зависит от степени диссоциации электролита. По предложению Sørensen'a реакцию всякой жидкости выражают через Ph —т. наз. водородный показатель, являющийся отрицательным логарифмом концентрации водородных ионов: $(H')=10-Ph$; $Ph=lg (H')$. $Ph=7$ является нейтральным пунктом: жидкости с Ph меньше 7 бывают щелочной реакции, а больше—кислой.

Многие исследователи, — Hoeber, Friedenthal, Fraenkel, Schulz, Michaëlis, Benedict, Hassebach und Lundsgaard, — изучая вопрос о реакции крови у животных и людей, как больных, так и здоровых, электрометрическим методом и методом индикаторов, нашли, что кровь и сыворотка—почти абсолютно нейтральные жидкости с незначительным сдвигом в сторону щелочности. Ph венозной крови человека при 38 C, по Michaëlis'y, равняется 7,35—7,38. Живой организм, благодаря сложному регуляторному механизму, очень стойко удерживает в определенных узких границах актуальную реакцию крови. При точном рассмотрении физико-химических отношений установлен факт, что некоторое накопление патологических кислот в организме может не вести к непосредственно измеримому, даже электрометрическим методом, изменению кислотности крови, причиняя в то же время нарушение физических и химических процессов в организме

Одним из факторов, регулирующих ионное равновесие и поддерживающих концентрацию H' -ионов на определенной высоте, является прежде всего сама кровь. Кровь, являясь в смысле реакции раствором $NaHCO_3$ (бикарбоната), содержащим в форме белковых тел слабые кислоты, представляет из себя т. наз. „буферную систему“, которая при незначительной концентрации активных гидроксил-ионов (OH') обладает огромным запасом потенциальных ионов этого сорта, в виде своих фосфатов и бикарбонатов, благодаря чему Ph ее не изменяется при прибавлении незначительных количеств кислоты, — таких количеств, от которых концентрация H -ионов дистиллированной воды или физиологического раствора $NaCl$ может значительно изменяться. С другой стороны такие растворы обладают большой способностью к поглощению CO_2 . Углекислота в них содержится частью в физически растворенном состоянии, зависящем от парциального давления CO_2 данного объема крови и окружающей атмосферы, а частью в химически связанном состоянии, в форме $NaHCO_3$. Количество химически связанной углекислоты— $NaHCO_3$ —будет зависеть как от парциального давления CO_2 , так и от количества и силы имеющихся в крови других кислотных субстанций, или, другими словами, от имеющейся в данный момент концентрации H -ионов, которая в каждый данный момент всецело зависит от суммы органических кислот и углекислоты.

На основании способности крови к поглощению CO_2 целый ряд авторов, — Walter и Myer, Minkowski, Kraus, Morawitz и Walker, Elmendorf, —нашли, что, если в крови появляются кислотные субстанции экзогенным (Walter) или эндогенным путем, от усиленного-ли их образования при работе (Morawitz и Walker), или от недостаточного выделения (перевязка мочеточников, Elmendorf), то связывающая способность щелочей крови по отношению к CO_2 значительно понижается, так как для поддержания при вышеупомянутых условиях

онного равновесия щелочь крови должна нейтрализовать образующиеся кислоты, а избыток CO будет удаляться. Это состояние, т. наз. гипокапнии, может служить мерилем нарушения обмена в сторону кислотности, ацидоза, тогда как актуальная реакция крови может остаться без изменения,—изменится только щелочной запас организма, т. е. количество щелочи, необходимое для связывания свободной CO_2 . В конечном итоге получится так называемый компенсированный ацидоз Henderson'a (Delore).

В случае недостатка щелочного запаса организма, недостатка внутренней регуляции для нейтрализации циркулирующих в крови эндогенно образующихся кислот, как, напр., при диабете и уремии, на помощь является новый фактор регуляции ионного равновесия—усиленная легочная вентиляция, большое Kussmaul'евское дыхание (Straub), благодаря которому избыток CO_2 удаляется, и концентрация H -ионов уравнивается на нормальной величине. Этот регуляторный процесс может протекать так быстро, что изменение активной реакции крови не может быть измерено ни при диабетической коме, ни при уремии (Ioel), понижение же щелочного запаса организма ясно покажет нарушение обмена в сторону кислотности.

Физиологическое состояние щелочей, главными представителями которых в кровяной плазме являются бикарбонаты, стоит в прямой зависимости от напряжения CO_2 крови. По Henderson'у и Michaëlis'у (цит. по Porges'у) в крови существует соотношение: $\frac{\text{CO}_2}{\text{NaHCO}_3} = K$, т. е.

содержание NaHCO_3 плазмы растет и падает в зависимости от напряжения CO_2 , и при нормальном содержании NaHCO_3 дыхание заботится о постоянном напряжении CO_2 ; следовательно, в конечном итоге содержание бикарбонатов крови будет зависеть от количества и силы находящихся в данный момент в крови других кислотных субстанций. Таким образом уменьшенное количество щелочей будет указывать на ацидоз, который здесь должен пониматься не как увеличенная кислотность крови, а как уменьшение щелочей, главным образом NaHCO_3 , параллельно которому падает напряжение CO_2 , актуальная же реакция крови остается без изменения. Следовательно, если определять содержание химически связанной CO_2 крови (NaHCO_3) в различных пробах крови при одних и тех же условиях, при одной и той же упругости, то полученные данные могут служить ясным показателем, в какую сторону изменен обмен, в сторону ли ацидоза, или в сторону алкалоза; другими словами, пробы крови, содержащие меньше связанной CO_2 (NaHCO_3), будут содержать больше других кислотных субстанций, и наоборот.

В № 51 Münch. med. Woch. за 1920 г. Rohonyi в статье „Das Problem der Azidose und eine neue Prüfung an dieselbe in kleinen Blutmengen“ предложил довольно простой метод определения карбонатного числа плазмы крови для суждения о кислотно-щелочном равновесии организма. Принцип метода покоится на следующих теоретических обоснованиях:

Атмосферный воздух обладает постоянным содержанием CO_2 , которое равно 0,04%. Если приводить напряжение CO_2 крови в равновесие с упругостью CO_2 воздуха, то можно добиться всегда одинаковой упругости CO_2 разных проб крови без восстановления и анализов смеси газов и без работы с особыми тонометрическими сосудами (метод Morawitz'a

и Walker'a), т. е. всегда придется определять содержание связанной CO_2 крови при одном и том же напряжении в 0,3 mm. CO_2 .

Вторым важным упрощением в методе Rohonui является определение связанной CO_2 крови данной пробы титрометрическим путем.

При упругости CO_2 в 0,3 mm. вся связанная CO_2 крови находится исключительно в форме бикарбоната, концентрация которого приблизительно достигает 0,01—0,02 Mol. (Rohonui). Бикарбонат (NaHCO_3), кроме белка, есть единственное вещество, связывающее кислоты в сыворотке, свободного Na_2HCO_4 в сыворотке самые большие следы, и, следовательно, по удалении белка содержание NaHCO_3 в сыворотке может быть определено алкалиметрически в присутствии соответствующего индикатора.

Индикатор должен удовлетворять двум условиям: 1) чувствительно реагировать в 0,01 Mol. растворе бикарбоната, 2) не изменяться от освобождающейся углекислоты при титровании бикарбоната кислотой. Таким требованиям вполне удовлетворяет Alisarihroth (ализарино-сульфоокислый натр), в присутствии которого 1 куб. с. 0,01 Mol'арного раствора NaHCO_3

может быть протитрован $\frac{0,01}{n} \text{HCl}$ с точностью, которая может быть нарушена только ошибками в счете. В присутствии 83% алкоголя чувствительность индикатора не нарушается, и, в то же время, 83% алкоголь полностью растворяет количество бикарбонатов, содержащихся в сыворотке.

Практическое выполнение определения карбонатного числа плазмы, которое Rohonui обозначает С, таково: кровь в количестве 3—5 куб. с. берется из локтевой вены в центрифугальную пробирку, содержащую 0,2% щавелевокислого натрия, снабженную резиновой пробкой; после предотвращения свертывания кровь в пробирке встряхивается на воздухе в течение 5 мин. до ярко-красного цвета, затем центрифугируется: 1,5 куб. с. плазмы прибавляется по каплям к 10 куб. с. 96% алкоголя в особой колбочке, которая хорошо закрывается, энергично встряхивается и оставляется на $\frac{1}{2}$ часа; по истечении этого срока смесь быстро фильтруется, и 7,7 куб. с. фильтрата, прозрачного как вода или светложелтого,

титруется $\frac{0,01}{n} \text{HCl}$ в присутствии 2 капель 0,1% водного раствора Alizarinroth. В конце титрования раствор становится, — возможно, от выпадения липоидов, — большею частью несколько мутноватым, что, однако, как и светложелтый оттенок фильтрата, не затмевает остроты цветного осадка. В конце титрования раствор не должен показывать следов красного окрашивания. Помешшее количество кубиков $\frac{0,01}{n} \text{HCl}$ указывает на содержание бикарбонатов в 1 куб. с. плазмы.

При выполнении исследования должны быть соблюдаемы следующие условия: 1) рука, из которой берется кровь, должна находиться в абсолютном покое; незначительный застой в вене значения не имеет (Rohonui); 2) все исследование должно быть закончено в 1—2 часа; 3) посуда должна быть чиста и абсолютно суха; 4) алкоголь должен нейтрально реагировать с Alizarinroth.

Rohonui исследовал кровь 25 здоровых людей, у которых нельзя было предполагать какого-либо заболевания крови, и нашел, что содер-

жание бикарбонатов плазмы колеблется между 1,25 и 1,62, средняя же величина их—1,42. Это титрационное число при PCO_2 в 0,3 мм. Rohonyi предложил называть карбонатным числом—С, по которому можно наглядно представить себе картину ацидоза, а именно, если С меньше 1,25, то можно говорить о нарушении обмена в сторону ацидоза. Таким образом, если в одной пробе крови $\text{C}=1,40$, в другой $\text{C}=1,00$, то это говорит о том, что во втором случае кровь настолько больше первой содержит кислот, сколько при данных условиях может вытеснить 0,004 Mol. CO_2 из ее соединений. Из этой разницы можно, хотя-бы приблизительно, заключить о величине кислотного излишка, что в клиническом смысле может представлять наглядный пример ацидоза.

Простота вышеописанного метода, независимость его от сложных дорого стоящих приборов, приобретение которых несколько времени назад для клинической лаборатории было делом невозможным, с одной стороны, а с другой важность для клиники затронутого вопроса—побудили нас приступить к проверке метода Rohonyi на клиническом материале. Разбору полученных нами при этом результатов мы позволим предпослать несколько слов относительно техники определения карбонатного числа плазмы крови. Титрование производилось нами из бюретки от Blut - алкалиметра Engel's, каждое деление которой равнялось 0,04 куб. с.;

титр $\frac{0,1}{n}$ HCl устанавливался по буре; $\frac{0,01}{n}$ HCl приготавлился разведением в 10 раз $\frac{0,1}{n}$ HCl; 96% алкоголь употреблялся только после пере-

гонки и установки нейтральной реакции по Alizarinroth: кровь бралась из локтевой вены в количестве не менее 5 куб. с. в пробирку от центрифуги, содержащую около 0,2% щавелевокислого натра.

Всего было исследовано нами таким образом более 400 проб крови, приблизительно у 150 человек, среди которых были как клинически совершенно здоровые люди, большею частью служащие больницы,—для установления нормальных величин карбонатного числа, так, главным образом, и больные с заболеванием тех органов и систем, при нарушении функции которых уже теоретически можно было предполагать изменение карбонатного числа,—с болезнями желудка и почек. Одновременно с этим нами, с целью выяснения чувствительности метода, был поставлен ряд исследований крови у одних и тех же лиц как во время покоя, так и тотчас после непродолжительной мышечной работы. С этой целью были исследованы пробы как здоровых, так и выздоравливающих, до и после 10—15-минутного верчения центрифуги. Разница в величине карбонатного числа в этих двух пробах могла-бы говорить, по нашему мнению, о чувствительности метода.

Желая одновременно с установлением нормальных величин С выяснить влияние желудочной секреции здорового организма на колебания карбонатного числа, мы во всех возможных случаях исследовали две пробы крови,—первую натощак, вторую через 1½--2 часа после обеда. Диета во всех случаях была приблизительно одинаковая: суп мясной, мясная котлета, каша; при этом за период времени между взятием первой пробы и обедом исследуемый не принимал ни пищи, ни воды.

Данные наших исследований сведены нами в виде прилагаемой таблицы. В графе I последней приведены данные проб крови 26 клинически здоровых лиц. Средняя величина $C=1,41$, предел колебаний C находится между 1,24 и 1,64. Здесь кстати мы должны отметить, что индивидуальное колебание C очень ограничено; так, исследование крови у одних и тех же лиц через разные промежутки времени, от $1\frac{1}{2}$ месяцев до 1 года, давало нам почти всегда индивидуально одну и ту же величину C . Наши результаты по отношению к здоровым людям всецело совпадают т. о. с величинами Rohonyi (разница в 0,01—0,02, конечно, не может приниматься в расчет).

ТАБЛИЦА

средних величин карбонатного числа C Rohonyi в 1 куб. с. плазмы при различных условиях.

Группы:	I	II	III	IV	V	VI
Характер и число исследованных:	Здоровые лица—26 чел.	Влияние желудочной секреции—16 ч.	Влияние легкой мышечной работы—10 ч.	Диффузные заболевания почек—9 ч.	Сулемовая почка—4 ч.	Гастро-дуоденальные заболевания с явлениями разл. секрет. функции желудка—12 ч.
Величина C :	$C=1,47$. Колебания 1,24—1,64	$C^1=1,45$. $C^2=1,48$. Колебания 1,24—1,64. <i>Прим.</i> C^1 —утром натощак. C^2 —после обеда через $1\frac{1}{2}$ —2 ч.	$C^1=1,53$. $C^2=1,27$. Разница 0,26 (17%). <i>Прим.</i> C^1 —во время покоя. C^2 —после 10—15 вращений центрифуги.	$C=0,96$. Колебания 1,16—0,8 (мен. нор. на 32%).	$C=0,70$. Колебания 1,0—0,6 (мен. нор. на 50%).	$C^1=1,54$. $C^2=1,84$. Разница 0,3 (19%). <i>Прим.</i> C^1 —утром натощак. C^2 —через $1\frac{1}{2}$ —2 ч. после обеда.

В графе II таблицы представлены средние результаты определения карбонатного числа двух проб крови: C^1 —утром натощак и C^2 —через $1\frac{1}{2}$ —2 часа после обеда у 16 лиц клинически здоровых лиц. В среднем $C^1=1,45$, $C^2=1,48$; разницы между ними почти нет.

В графе III таблицы нами представлены результаты влияния непродолжительной мышечной работы на C плазмы крови. Оказывается, что уже такая мышечная работа, как 10—15-минутное верчение центрифуги одной рукой, довольно значительно отражается на C ,—в среднем оно уменьшается на 0,26 (17%) против величины C при покое. При этом мы должны отметить, что у более слабых субъектов уменьшение карбонатного числа более значительно, доходя до 0,36—0,4, что стоит в связи с более быстрым накоплением у таких лиц продуктов утомления, продуктов кислотного характера.

Это уменьшение S после незначительной мускульной работы, стоящее в полном соответствии с данными Morawitz'a и Walker'a, по которым способность венозной крови человека связывать CO_2 после незначительной мускульной работы понижается на 30—40%, позволило нам считать данный метод определения кислотного излишка довольно чувствительным, вследствие чего мы затем и приступили к изучению вопроса о кислотно-щелочном равновесии на клиническом материале, у больных с заболеванием различных систем. Из данных этой серии определений S мы позволим себе остановиться на некоторых, которые еще более выпукло отражают пригодность метода для клиники.

Графы IV и V таблицы представляют величины карбонатного числа у почечных больных, — IV графа у больных в стадии нарастания отеков, как в случаях острого диффузного процесса в почках, так и в случаях обострения хронического нефрозо-нефрита, V графа — в четырех случаях сулемовой почки. Почка является важным фактором в механизме регуляции кислотно-щелочного равновесия организма, удерживая щелочность крови на необходимой для газового обмена высоте, благодаря выделению образующихся при интермедиарном обмене веществ кислот. Заболевание ее может вызвать нарушение этой важной функции, результатом чего явится нарушение кислотно-щелочного равновесия тканей, что прежде всего должно сказаться на щелочном запасе организма. Действительно, просматривая четвертую графу, мы видим, что S таких больных в среднем $= 0.96$, с колебаниями от 0,8 до 1,16. Здесь S каждого куб. с. плазмы на 0,45 меньше нормы, что составит уменьшение на 32%. При сулемовой почке, когда налицо имеется полное прекращение выделительной функции почки, нарушение равновесия идет еще глубже: графа V показывает, что здесь в среднем $S = 0,7$, что составляет уменьшение против нормы на 50%. Таким образом эти две графы ясно говорят о нарушении кислотно-щелочного равновесия организма в сторону ацидоза при вышеуказанных заболеваниях почки, легко определяемого метода Rohonyi.

В графе VI представлены результаты определения карбонатного числа плазмы крови у группы желудочных больных с явлениями повышенной секреции, гиперацидности, как на почве язвенного процесса в желудке и 12-перстной кишке, так и на почве стеноза привратника. Карбонатное число определялось нами здесь после двух проб — одной натощак, другой через $1\frac{1}{2}$ —2 часа после приема пищи, с целью выяснения влияния гиперсекреторного состояния желудка на S . Желудок является важным производителем щелочного запаса организма. Разлагая хлористые соединения Na и аммония, чтобы образовать HCl желудочного сока, он выбрасывает в сыворотку щелочные ионы, которые непосредственно насыщаются CO_2 , увеличивая тем самым бикарбонаты крови; при повышенной способности желудка к разложению и увеличенном содержании $NaCl$ в сыворотке, щелочной запас крови будет еще более увеличиваться. Рассматривая графу VI таблицы, нетрудно заметить, что здесь вообще имеется сдвиг в сторону щелочности; так, S^1 в среднем $= 1,54$, а $S^2 = 1,84$, т. е. наблюдается увеличение карбонатного числа, под влиянием желудочной секреции, на 19%. Указанный алкалоз особенно увеличился у одного больного данной группы под влиянием трехдневного промывания желудка и т. о. удаления HCl желудка с промывными водами, — у этого больного S^1 поднялось до 2,32, а S^2 — до 2,64.

Заканчивая данное сообщение, мы позволим себе высказать следующие положения.

1) Метод определения карбонатного числа С является довольно чувствительным методом для обнаружения нарушений кислотно-щелочного равновесия организма.

2) Будучи сравнительно простым по технике выполнения, он может быть применен в любой лабораторной обстановке.

3) Систематическое определение карбонатного числа у постели больного может иметь большое значение в вопросе о патогенезе некоторых болезненных состояний—состояний ацидоза.

4) Систематическое определение карбонатного числа у постели больного может быть для клинициста руководящим моментом при назначении соответствующей терапии.

5) Диффузное поражение почек в остром периоде сопровождается значительным, а сулемовый нефрит—еще большим уменьшением щелочного запаса организма, т. е. значительным ацидотическим состоянием.

ЛИТЕРАТУРА:

Landois. Руководство по физиологии человека.—Schulz. Mon. für Psych. und Neur., 1907, Bd. 22.—Hasselbach und Lunsgaard. Scand. Arch. f. Phys., 1912, B. 27.—Morawitz und Walker. Bioch. Zeit., 1914, B. 60.—Elmendorf. Ibid.—Delore. Presse méd., 1925, № 4.—Ioël. Клини. коллоидная химия.—Porges. Klin. Woch., 1924, № 6.—Rohonyi. Münch. med. Woch., 1920, № 51.—Dupuy. Presse méd., 1925, № 19.—Coste. Ibid., № 48.

Dr W. Ph. Jakimoff (Kasan). Ueber die Karbonatzahl des Blutplasma als ein Index der Alkalireserve.

Die Bestimmung der Karbonatzahl in 1 ccm. Plasma—C, angestellt an klinisch Gesunden und Kranken nach der von Rohonyi vorgeschlagenen Methode (Münch. med. W., 1920, № 5), zeigte bei Gesunden C=1,41 im Mittel, mit Schwankungen von 1,24 bis 1,64. Bei leichter Muskelarbeit fällt C auf 0,26, bei schwächeren Personen—auf 0,4 (17%). Kranke mit diffusen Nierenerkrankungen zeigen erhebliche Abweichung des C - Wertes zur Azidose—0,98 (32% unter der Norm). Bei Sublimatniere im Anuriestadium noch grössere Abweichung zur Azidose—C=0,71 (50%). Bei Kranken mit Hyperchlor- und Hypersekretionserscheinungen steigt der C - Wert—1,54 (9% über der Norm). In dieser Krankengruppe steigt C unter Einfluss der Magensekretion auf 190%. Bei Gesunden ist die Magensekretion ohne Einfluss auf den C-Wert.

К вопросу о функциональной способности и растройствах функции периферических сосудов и капилляров ¹⁾).

Н. А. Скульского.

Установлено теперь, что по состоянию капилляров, их форме, характеру течения в них крови, перистальтике и общей окраске или, вернее, фону и тонам поля зрения можно делать те или иные заключения. Так, когда при исследовании обнаруживается несколько большее против нормы количество капилляров, расположенных в несколько этажей, то это указывает, что в периферическом кровеносном русле не все благополучно. Численное увеличение отдельных петель, изменение их формы, особенно формы венозных ножек петли, несколько при этом расширенных и удлинненных против нормы, с замедлением в них тока крови, принимающего иногда характер ленивого течения, служат признаком сосудистого застоя. При более длительном застое начинает расширяться подсосочковое сплетение, и весь фон изменяет свой цвет на более темные тона; в тяжелых случаях застоя колорит принимает цианотическую окраску с фиолетовым оттенком, подсосочковое сплетение представляется чрезмерно широким и петлеобразно извитым, сами капиллярные петли бывают удлиннены, венозные части их бухтообразно вздуты и значительно извиты. Течение крови, по мере усиления застоя, замедляется, появляется ядерное течение, частые стазы, а временами обратный ток крови,—правда, только в венозных ножках капилляров ²⁾).

Все застои в капиллярной области, возникающие на почве растройства деятельности сердца, не сопровождаются морфологическими изменениями в капиллярах; наличие отека здесь надо объяснить лишь повышением способности эндотелия к выпусканию излишней жидкости в целях саморегулирования кровотока. При застоях сердечного происхождения обычно не наблюдается потери капиллярами своего тонуса. В этом убе-

¹⁾ Доложено на I Всеукраинском Съезде Терапевтов 1926 г.

²⁾ Все такие тонкие нюансы, отличить которые очень важно, могут быть легко обнаружены лишь при пользовании обычным дневным рассеянным светом, т. е. искусственное освещение, как-бы оно ни было совершенно, всегда извращает как нормальные тона, так и состояние капилляров (вследствие нагревания). Помимо этого, наличие металлических частей в Hautmikroskop'e служит причиной раздражения (термического и механического). В виду этого мною предложена простая модель, названная „Усовершенствованным капилляроскопом“, которая не имеет указанных существенных недостатков, благодаря чему упрощается исследование, и подучаются более точные данные (демонстрирована на Съезде и выставке).

ждает некоторый спазм артериальной ножки и наблюдаемые в ней временами довольно энергичные сокращения, служащие выражением усиления ее физиологической способности, имеющего целью преодолеть препятствие в более слабой части капиллярного русла, именно, в венозных ножках петли и подсосочковом венозном сплетении. Подтверждением этому служит то, что возникшее энергичное сокращение артериальной части перистальтически передается на венозные отделы капилляра, где эти сокращения, постепенно ослабевая, угасают. Наблюдаемая перистальтика гигантских, атонически расширенных венозных частей происходит в виде ленивого перекачивания, никогда не наблюдаемого в нормальной артериальной части. Поэтому-то и все формы застоев характеризуются изменением венозных частей; при длительных застоях здесь развиваются даже морфологические нарушения, и раньше всего именно в этом месте.

Общезвестен факт, что всякая недостаточность кровообращения характеризуется застойными явлениями. Как же теперь отличить, центрального, т. е. сердечного, происхождения застой, или он развился на почве чисто-сосудистой недостаточности?

Точных данных в этом отношении, правда, дать еще нельзя, но кое-что можно отметить. Во-первых, в большинстве случаев застоя сердечного характера, особенно вначале, морфологических изменений в капиллярной области не бывает. Затем испытание функциональной способности говорит за то, что способность эта не только не понижена, но, наоборот, иногда даже повышена. Призыв к работе большего против нормы числа капилляров, усиление пропускной способности у эндотелия, сужение артериальных частей—все это представляет собою компенсаторное приспособление, как и понижение давления в вышележащих артериальных отрезках.

В случаях, где вазомоторная система относительно удовлетворительна, там дело обстоит сносно; там же, где мы имеем страдание этой системы, особенно конституциональную аномалию (*Vasoneurotische Diathese*), расстройства периферического кровообращения бывают более стойки. Такая от природы ослабленная капиллярная система не может вполне компенсировать расстройства кровообращения без того, чтобы не изменилась морфология капилляров. Таким образом здесь присоединяется периферическая декомпенсация.

Компенсирование различных расстройств сосудистой и капиллярной системы тесно связано с игрой вазомоторов. Коль скоро она удовлетворительна,—компенсация периферическими сосудами достаточна; коль скоро же мы имеем вазомоторные расстройства периферических сосудов и капилляров, примером которого могут служить *Vasoneurotische Diathese* O. Müllera, *akroziānōsis*, эритромеалгия, эссенциальная капиллярная гипертония и пр.,—компенсирование на периферии бывает лишь относительным.

Издавна известно, что в периферических сосудах и капиллярах могут быть обнаруживаемы довольно стойкие функциональные изменения, как, напр., резкий застой, цианоз, отек, опять - таки с поражением в первую очередь венозных частей, причем не бывает решительно никаких изменений со стороны сердца. Как же объяснить происхождение подобных расстройств периферического кровообращения, и можно-ли это чем-либо доказать?

В данном случае капилляроскопия и оказывается ценным методом. Помимо обычных характерных признаков застоя в капиллярах, при ней

обращают внимание главным образом изменения артериальных частей, именно, последние начинают становиться шире нормы, перистальтика их постепенно делается вялой, вместо спазмов появляются стазы, часто в виде четкообразной, но отнюдь не колончатой зернистости с промежутками, характерной для расстройств сердечного типа. Затем, испытание функциональной способности обнаруживает отклонения ее от нормы, — дистонию с склонностью к понижению, периферический тонус сосудов оказывается пониженным. Расширение венозных частей доходит до аневризматических выпячиваний, развиваются анастомозы, появляются кровоизлияния, словом, начинают уже выявляться морфологические нарушения. Примерами могут служить болезнь Renaud, отек Quincke, akroziaposis и пр., где мы имеем уже органическое поражение на почве функциональных расстройств вегетативной иннервации.

Стало быть, капилляроскопия может давать некоторые указания относительно расстройства кровообращения. Но теперь возникает вопрос, можно-ли определить пределы такого расстройства, и как это доказать?

Способ функционального испытания сердечно-сосудистой системы по E. Weiss'y дает некоторые указания лишь относительно работоспособности сосудов, не определяя ее пределов. Указаний на работоспособность и состояние сердца и его функций он, конечно, тоже не дает, а только косвенно указывает на относительную силу пульсовой волны и сократительную способность артерий при понижении таковой же у сердца. Частая положительная проба по E. Weiss'y при различных вазомоторных расстройствах может давать, далее, указания на расстройство, на дизергию в капиллярной области.

Предлагаемое дополнение к пробе E. Weiss'a, в виде учета времени продолжительности капиллярного течения после зажатия манжетки на плече до приостановки тока ¹⁾, повышает ценность способа. Почти в 45% результат такого испытания функциональной способности совпадает с капилляроскопической картиной расстройств периферического кровообращения, причем в большинстве случаев венозное давление по Moritz-Taboga бывает сравнительно высоким. Отсюда можно заключить, что параллелизм между нарастанием периферического сопротивления (венозное давление повышено, капилляроскопия обнаруживает понижение капиллярной способности) и состоянием сердечно-сосудистой системы (проба E. Weiss'a с моим коррективом), — очевидно, существует, тем более, что тонометрия артериальных отрезков даст при этом цифры несколько ниже нормальных.

Одновременное испытание циркуляционной способности прекапилляров (Gärtner+капилляроскопия) и испытания физиологической способности капилляров (проба с адреналином в сочетании с капилляроскопией и различные другие пробы: вазоконстрикторная, вазодилаторная, на лимфообразование—Gröer-Hecht+капилляроскопия ²⁾) дают также весьма часто ценные указания. Так, при расстройстве кровообращения сердечного характера способность капилляров и мелких артерий или остается в пределах нормы, или повышается; при страдании вегетатив-

¹⁾ Обозначаемое в виде дроби, где числитель—число E. Weiss'a, а знаменатель—указанное время тока крови до приостановки его.

²⁾ Подробно появится скоро в печати.

ной нервной системы тонус периферических вазомоторов ослабевает и, при нарастании застойных явлений, понижается.

Не говоря о нарушениях периферического кровообращения при страдании вегетативной нервной системы, примером чего служат различные степени вазоневротического диатеза, разные конституциональные аномалии и пр., часто приходится наблюдать расстройство периферического кровообращения при заболевании желез внутренней секреции. В этом смысле наиболее изучено влияние гормона надпочечников. Недостаточность его, напр., при Addison'овой болезни, понижает функцию сосудов и капилляров с отчетливой картиной типичных анемических волосных сосудов, весьма скудным количеством их и понижением их физиологических свойств. Нарушения капиллярного кровообращения при крайних противоположных степенях поражения щитовидной железы отличаются прямой противоположностью по причине различного действия на капилляры. При типичных формах диабета наблюдаются также особые капиллярные нарушения, свойственные заболеванию поджелудочной железы, гормон которой не остается без влияния на функцию капиллярного кровообращения.

Вообще надо отметить, что все нарушения внутренне-секреторного аппарата характеризуются функциональными расстройствами сосудов и капилляров и обычно проявляются в виде вазомоторных расстройств типа *Vasoneurotische Diathese*, на почве влияния того или другого гормона на вегетативную нервную систему, небезучастную, как мы теперь знаем, по отношению к сосудам и капиллярам.

Кроме предложенных способов функционального испытания сосудов и капилляров по E. Weiss'у и моему, в вопросе о нарушении функций периферического кровообращения некоторый интерес, в смысле указания состояния тонуса, главным образом прекапилляров и капилляров, представляет тонометроскопия. Во-первых, при ней не удастся обычно подметить строгой зависимости давления в волосных сосудах от давления в других отрезках, главным образом, в крупных артериях. Ближе всего к капиллярному давлению примыкает Gärtner, и чаще можно отметить параллелизм их. Что же касается RR-Короткова, то уловить аналогии здесь не приходится, особенно при артериосклерозе, когда в процесс бывают вовлечены только крупные стволы: в таких случаях капиллярное давление дает нормальные цифровые величины, а иногда даже пониженные. В этом нельзя не усмотреть компенсаторной роли активного русла капилляров.

Надо заметить, что всякое повышение функции капилляров наичаще характеризуется увеличением давления в них. При вазоневрозах, где функция этих сосудов бывает извращена, изменения капиллярного давления особой ценности не представляют.

Особый интерес представляет, далее, повышение капиллярного давления при начинающихся токсико-инфекционных процессах (скарлатина, септический эндокардит, острый гломеруло-нефрит и пр.), где такое явление объясняется нарастающим изменением функциональных свойств при развивающемся капиллярите (нофропатии), что мной было уже подробно описано. В этих случаях нарушение функции капилляров может быть подмечено задолго до появления обычных клинических симптомов, причем одновременное учитывание изменения давления в венозных отрезках дает

прогностические указания; именно, уменьшение разницы между капиллярным и венозным давлениями при увеличении цифр G ä r t n e r'a служит плохим прогностическим признаком, в смысле нарастания процесса в капиллярах, следствием чего бывает нарушение местного кровообращения. Обратное отношение говорит о восстановлении тонуса периферических сосудов. Однако, как ни заманчив способ испытания функции сосудов капиллярной области тонометрией их, все же, в виду с одной стороны особой условности распределения капиллярной сети, а с другой—несовершенства всех приборов для тонометроскопии капилляров, пока мы не можем придавать большого значения получаемым величинам капиллярного давления и делать отсюда те или другие выводы. Тонометрия капилляров—пока еще черезчур относительный метод, капилляроскопия же имеет все права гражданства, особенно в вопросе о периферических нарушениях кровообращения.

Изложенное приводит нас к следующему:

1. Состояние капилляров (фон, форма, характер тока крови в них и пр.) может давать, до некоторой степени, указания относительно растройства сердечно-сосудистой деятельности и функции сосудистой системы.

2. Метод E. Weiss'a часто бывает подспорьем при оценке работоспособности сосудов, но точных¹ указаний относительно работоспособности сердца он не дает.

3. Функциональное испытание сосудов и капилляров часто указывает на слабость периферических вазомоторов; однако предел изменення функции их установить этим путем не всегда возможно.

4. Растройства функции сосудов и капилляров, повидимому, тесно связаны с нарушением секреции эндокринных желез и дистонией вегетативной нервной системы.

5. Капилляроскопия и определение капиллярного давления дают часто указания насчет растройства функции периферических сосудов и капилляров.

6. При изменении тонуса прекапилляров, капилляров и первых венозных сосудов (Postkapillaren) определение капиллярного давления дает указания относительно нарушения периферического кровообращения. Наиболее ценные данные обнаруживаются в системе волосных сосудов при заболеваниях токсинфекционного происхождения, как, напр., скарлатина, септический эндокардит и пр., но получаемые при этом величины капиллярного давления у лиц с вазомоторными нарушениями особой ценности не представляют.

7. Капиллярное давление не стоит в строгой зависимости от давления в других сосудистых отрезках; капиллярная область часто выравнивает различные дефекты давлений в прилежащих сосудистых участках.

8. В вопросе тонометроскопии капилляров требуется дальнейшая разработка попутно с исследованием функциональной способности венозной системы.

Dr. N. A. Skulsky (Kijew). Zur Frage über die funktionale Fähigkeit und die Functionstörungen der peripherischen Gefässe und Kapillare.

Schlussfolgerungen des Verfassers: 1) Der Zustand der Kapillare (der Fond, die Form, der Charakter des Blutstromes in ihnen u. a.) kann einermassen auf die Störungen der Arbeit des Blutsystems und der Funktion des Gefässsystems zeigen. 2) Die Methode von E. Weiss dient oft als Hilfsmittel bei der Schätzung der Arbeitsfähigkeit der Gefässe, giebt aber keine deutlichen Hinweisungen über die Arbeitsfähigkeit des Herzens. 3) Die funktionale Prüfung der Gefässe und Kapillare deutet oft auf die Schwäche der peripherischen Vasomotoren; es ist aber auf solche Weise nicht immer möglich die Grenze der Veränderung ihrer Funktion festzustellen. 4) Die Störungen der Funktion der Gefässe und Kapillare sind wahrscheinlich eng mit den Sekretionsstörungen der endokrinen Drüsen und der Dystopie des vegetativen Nervensystems verbunden. 5) Die Kapillaroskopie und die Bestimmung des Kapillardruckes deut n oft auf die Störungen der Funktion der Peripheriegefässe und Kapillare. 6) Bei der Veränderung des Tonus der Praekapillare, Kapillare und der ersten venösen Gefässe (Postkapillare) zeigt die Bestimmung des Kapillardruckes auf die Störungen des peripherischen Blutkreislaufes; einen grösseren Wert haben die Ergebnisse im Haargefässsystem bei toxiinfektiösen Erkrankungen, wie z. B. Scharlach, Endocarditis septica u. a.; aber die dabei erhaltenen Grössen des Kapillardruckes haben bei Personen mit Vasomotorenstörungen keinen besonderen Wert. 7) Der Kapillardruck hängt vom Druck in anderen Gefässabschnitten nicht streng ab; die Kapillargegend gleicht oft verschiedene Defekte des Druckes in den anliegenden Gefässgebieten aus. 8) Die Frage der Tonometroskopie der Kapillare verlangt ein weiteres Studium zugleich mit der Untersuchung des funktionalen Fähigkeit des venösen Systems.

Лечение анэмий большими дозами *ferri hydrogenio reducti*.

Ординатора Н. А. Дрягина.

Большой наплыв анэмичных больных в нашу клинику, притом больных, естественно стремящихся к возможно быстрому выздоровлению, вынуждает нас искать новых способов лечения анэмий. Желание иметь свое впечатление от действия больших доз *ferri hydrogenio reducti* побудило проф. Н. К. Горяева поручить мне провести над рядом подобных больных наблюдения над действием больших доз железа.

Из имеющейся у меня под руками литературы по этому вопросу известно, что для лечения анэмий такие дозы железа были впервые применены педиатром Lichtenshtein'ом у грудных детей. У взрослых большие дозы железа применил для лечения анэмий шведский врач Lindberg в 1922 г.; он лечил анэмию на почве инфлюэнцы, давая *Fe hydrogen. reductum* в количестве до 3,0 ежедневно, и получил при этом очень благоприятные результаты. Осенью 1923 г. опубликовал свои наблюдения Barkan, который лечил по методу Lindberg'a 3 случая хлороза и 2 случая вторичной анэмии неясной этиологии; и это автор точно также получил прекрасные результаты, при отсутствии побочных действий железа со стороны желудочно-кишечного тракта, несмотря на многонедельное применение железа. В следующем году Rausch сообщил свои наблюдения над лечением по методу Lindberg'a пернициозных анэмий, причем в 2 случаях из 5 у него получилось ясное улучшение; по заключению этого автора железо может производить при пернициозных анемиях формативное раздражение костного мозга, если способность его к ремиссиям еще сохранена. Наконец, уже во время наших наблюдений, в текущем году, Гросман сообщил о леченных им большими дозами *Fe* 10 случаях гипохромных анэмий различного происхождения, причем полученные им результаты также были хорошими и быстрыми, при отсутствии осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта; так, напр., в одном случае в течение 26 дней количество гемоглобина у него увеличилось на 320%, а число эритроцитов — на 1 миллион.

Нами действие больших доз железа наблюдалось в 13 случаях гипохромных и в 3 случаях гиперхромных анэмий. Во всех этих случаях мы исследовали, как до лечения, так и во время его, количество Hb (гемоглобина) гемометром Sahli, число Er (эритроцитов) и L (лейкоцитов) — в счетной камере Горяева-Рарренгейм'a, число ПОЗ (эритроциты с прижизненно окрашивающейся зернистостью), RE (резистентность Er) и содержание Bi (билирубина) в плазме крови. Число ПОЗ определялось в мазках, окрашенных по методу Schilling'a, RE — по

№№ больных.	До лечения железом				Во время лечения				Во время лечения				К о н е ц л е ч е н и я													
	Ег в миллионах	Гемоглобин	ПОЗ в %.	Стойкость Ег	Минимальн.	Максимальн.	Содержание би- лирубина в 1 см. плазмы крови.	Дни лечения	Принято Fe в гг	Ег в миллионах	Гемоглобин	ПОЗ в %.	Стойкость Ег	Минимальн.	Максимальн.	Содержание би- лирубина в 1 см. плазмы крови.										
1	2,4	230,450	0,560,5	0,125	—	—	—	4	4,0	2,6	30	6,1	0,540,34	12	16,0	3,8	50	15,8	33	47,5	4,9	77	0,4	0,540,4	0,0313	
2	2,2	221,8	0,560,4	0,0313	—	—	—	3	1,2	2,5	26	12	0,520,38	9	4,8	3,1	41	11,2	37	25,2	3,7	63	0,2	0,560,4	0,0313	
3	2,1	230,2	0,580,480,125	—	—	—	—	7	11,0	2,5	25	3,6	0,540,38	62	61,0	4,7	73	1	69	63,5	5,8	84	1	0,560,380,0313	—	
4	3,9	411,2	0,540,4	—	—	—	—	9	4,4	3,9	45	2	0,520,34	16	11,0	4,4	54	5	51	31,0	4,8	66	2	0,520,38	—	
5	2,4	232,0	0,560,280,125	—	—	—	—	9	5,4	2,6	37	5,6	0,520,38	12	8,4	3,3	40	2	38	48,9	3,6	69	0,3	0,5	0,360,0625	
6	2,7	330,5	0,540,360,125	—	—	—	—	7	7,0	2,9	42	5	0,520,32	18	22,0	4,0	53	7	25	32,5	4,2	62	1	0,540,360,0313	—	
7	3,4	320,2	—	—	—	—	—	9	9,0	3,5	41	4	—	17	17,0	4,0	47	10	45	45,0	4,4	63	1	—	—	
8	2,7	252,2	0,540,220,16	—	—	—	—	3	2,2	2,7	29	5	—	9	12,2	3,5	36	7	32	39,2	3,9	38	0,5	0,520,260,016	—	
9	2,9	290,6	0,480,280,0313	—	—	—	—	6	11,5	3,7	37	12	—	—	—	—	—	—	11	26,5	4,1	55	4	0,480,260,0313	—	
10	1,3	140,5	0,540,4	0,125	—	—	—	8	12,5	2,1	31	12	0,520,32	15	26,0	3,2	46	15	28	96,0	4,0	66	2	0,560,340,0313	—	
11	2,6	290,2	—	—	—	—	—	6	10,5	2,8	34	4	—	10	22,5	3,0	45	8	22	49,5	4,0	68	8	—	—	
12	3,1	390,050,580,42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36	22,0	4,3	70	0,81	0,540,38	—	
13	1,6	251,8	0,540,380,1875	—	—	—	—	22	44,6	2,1	49	15	0,5	0,3	35	94,1	2,9	69	12	43	134,1	3,9	76	2	0,540,340,0313	—
14	1,7	452,8	0,540,4	0,375	—	—	—	8	12,0	1,8	40	0	—	15	20,0	1,3	35	2	19	28,0	1,1	29	1,4	0,520,380,375	—	
15	1,6	462,0	0,5	0,260,125	—	—	—	14	20,5	1,4	48	2,1	0,5	0,26	21	34,5	1,8	50	1,8	35	90,5	1,5	37	0,6	0,5	0,280,125
16	1,4	351,2	0,520,4	0,25	—	—	—	7	9,0	1,5	42	8	0,5	0,38	14	23,0	2,0	47	6	18	31,0	2,2	49	6	0,5	0,360,0625

методу Brieger'a¹⁾, содержание Bi в плазме крови—по методу Herzfeld'a. У здоровых людей мы получали число $\text{ПОЗ}=0,3-0,1$, начало гемолиза Hg в среднем—в 0,56% растворе хлористого натра, при концентрации же 0,38—полный гемолиз; количество Bi —от 0,016 до 0,0625 mg. в 1 см. плазмы крови. Назначалось $\text{Fe hydrogen. reduct.}$ в форме порошка в желатиновых капсулах. Максимальная дневная доза, до которой мы доходили, была 5,0 (Alder считает возможным при назначении $\text{Fe hydrogen. reduct.}$ доходить до 8,0 в сутки). Железо, как это рекомендует Lindberg, назначалось перед едой для того, чтобы последующее жевание удалило все частицы его изо рта, и таким образом можно было избежать вреда в отношении зубов. Одновременно с железом назначалась соляная кислота (acid. mur. dilut.) по 5 капель при каждом приеме железа, с целью способствовать переходу последнего в желудке в пониженое состояние. В видах экономии места приведу наш материал только в форме таблицы и кратких сведений о полученных от лечения результатов с указанием диагнозов.

1. П-ов, 39 лет. Диагноз: геморрой, анэмия на почве хронических геморроидальных кровотечений. Больному 17/X была сделана операция по поводу геморроя, протекавшая без осложнений. До лечения железом после операции прошло 18 дней, но как общее состояние больного, так и состав крови у него совершенно не улучшились. При лечении же железом мы видим быстрое улучшение того и другого: П. прибыл в весе на 13 фунтов и выписался вполне трудоспособным.

2. С-на, 32 лет. Диагноз: Addison'ова болезнь, поздний наследственный сифилис, хронический воспалительный, фиброзно-продуктивного характера, процесс в левом легком (tbc? lues?), вторичная анэмия (хроническая малярия?). С момента поступления больной в клинику ей применялось в течение 46 дней противо-малярийное (хинин) и противолужетическое лечение (ртуть—неосальварсан), но состав крови остался без перемен, заметного улучшения в общем состоянии тоже не последовало, и лишь при лечении железом наступило резкое улучшение того и другого, повысилось кровяное давление, интенсивность пигментации кожных покровов уменьшилась, б-ая прибавила в весе на 13,5 фунтов. Выписалась трудоспособной.

3. С-ова, 30 лет. Диагноз: $\text{endocarditis lenta}$, анэмия. До поступления в клинику больная многократно лечилась железом в обычных дозах, но без успеха; лечение же, проведенное в больших дозах, дало резкое улучшение как общего состояния, так и состава крови, кожа приобрела нормальную окраску, а слизистые оболочки—даже интенсивную. Селезенка до начала лечения была на 4 пальца ниже края реберной дуги, а к концу лечения уменьшилась, выступая всего на 1½ пальца. Реакция с мочой на уробилин до лечения была резко положительна, при лечении же сделалась отрицательной. Границы сердца остались без заметных изменений: границы относительной тупости—верхний край III ребра, правая на 3½ пальца от lin. mediana вправо, левая на 2 пальца кнаружи от $\text{lin. mamillaris sin.}$ К систолическому шуму, который был и до начала лечения железом, при поступлении, во время лечения присоединился еще самостоятельный диастолический шум на аорте. Нерегулярные повышения температуры, иногда и до 38°, которые были и до лечения, имелись во время лечения и сохранились к концу его. Прибыла в весе б-ая на 15,5 фунтов.

4. М-ва, 34 лет. Диагноз: анэмия на почве кровотечения при родах (которые были 14/XI). После лечения общее состояние больной значительно улучшилось, наблюдавшиеся до лечения приступы сердцебиения, ощущаемые субъективно с учащением пульса до 120 в 1', исчезли.

5. Б-ин, 50 лет. Диагноз: вторичная анэмия неясной этиологии. До поступления в нашу клинику больной лечился в течение 4 месяцев довольно регулярно (2 раза в одной из клиник, один раз в продолжении 3 недель) мышьяком и железом

1) Наблюдения над RE, произведенные нами в клинике проф. Н. К. Горева, позволяют нам присоединиться к мнению авторов, видящих в повышении RE признак усиления регенерации крови.

в обычных дозах, но состояние его все ухудшалось. К моменту поступления в нашу клинику он с громадным трудом передвигался по комнате. После лечения железом в больших дозах состояние резко улучшилось, и он выписался работоспособным. В таком хорошем состоянии находится и сейчас (12/V).

6. Ж-нов, 73 лет. Диагноз: миокардит, артериосклероз, расширение аорты, геморрой, анемия на почве хронических геморроидальных кровотечений. Больной 2 недели находился в клинике до лечения железом, но состав крови у него не улучшился, после же, при лечении железом, мы видим быстрое улучшение состава крови вместе с улучшением общего состояния. К моменту прекращения наблюдения за больным общее состояние его значительно улучшилось.

7. Б-в, 43 лет. Диагноз: атрофический цирроз печени, хронический перитонит, асцит, артериосклероз, расширение аорты, миокардит, вторичная анемия. Больной находился в клинике до лечения железом 2 недели, но состав крови у него не улучшился, при лечении же железом мы видим улучшение состава крови и общего состояния его. 10/XII у больного появилось желудочное кровотечение, общее состояние быстро пошло к ухудшению, и Б. 13/XII умер при явлениях желудочного кровотечения.

8. Ш-ров, 53 лет. Диагноз: рак желудка, вторичная анемия. У больного выявленный, далеко зашедший рак желудка с резко развитой анемией. Первые 10 дней он находился в клинике без лечения железом, но как состав крови, так и общее состояние продолжали у него ухудшаться. При лечении железом больной прибл. в весе на 6 фунтов, и общее состояние его резко улучшилось, он стал бодрым и не указывал на слабость.

9. И-тов, 55 лет. Диагноз: рак прямой кишки, миокардит, эмфизема легких, вторичная анемия. Больной провел в клинике без лечения железом 5 дней; за это время состав крови у него не улучшился, а за 11 дней лечения большими дозами Fe мы видим резкое улучшение состава крови вместе с резким улучшением общего состояния.

10. Мо-ва, 29 лет. Диагноз: послеродовой сепсис, вторичная анемия. Больная провела в клинике 17 дней до начала лечения Fe. В течение этого времени ей были сделаны 2 внутривенных вливания 2% раствора колларгола по 25 сст. каждый, которые снизили температуру, но состав крови не улучшался. В течение последующих 30 дней лечения Fe у ней имело место очень быстрое улучшение состава крови и общего состояния. К моменту окончания лечения больная стала работоспособной.

11. Ба-ва, 34 лет. Диагноз: вторичная анемия после сильного маточного кровотечения. Несмотря на 2-месячный промежуток времени, прошедший после этого кровотечения, состояние здоровья ее не улучшалось. При лечении Fe последовало быстрое улучшение здоровья.

12. В-ва, 49 лет. Диагноз: эссенциальная тромбопения, протекающая хронически. Лечение железом повело к улучшению состава крови и самочувствия.

13. Б-ва, 22 лет. Диагноз: хроническая анемия (пернициозная?), малярия (?). Край языка красного цвета с поверхностными дефектами эпителия. Лейкоцитов 5.600, имеются молодые и атипичные формы нейтрофилов. Число кровяных пластинок 107.000. Картина красной крови: мегалоциты, единичные мегалобласты и нормобласты. До начала лечения Fe больная провела в клинике 2 недели, в течение которых ей было сделано внутривенное переливание крови, и начался хинин, но как состав крови и картина ее, так и общее состояние еще ухудшились. К концу же лечения большими дозами Fe состав крови приблизился к нормальному, картина крови стала также нормальной, и общее состояние резко улучшилось.

14. Н-ва, 32 лет. Диагноз: пернициозная гипопластическая анемия. Лечение железом дало отрицательный результат, как и последующие 3 переливания крови (всего 800 сст. внутривенно).

15. К-н, 39 лет. Диагноз: пернициозная метапластическая анемия, отсутствие селезенки после операции. Селезенка была удалена по поводу пернициозной анемии в 1923 году. Лечение железом не дало результата, как и последующие 2 переливания крови (в общем 500 сст.).

16. Л-ва, 62 лет. Диагноз: пернициозная метапластическая анемия. Больная после назначения железа прибыла в весе на 6 фунтов, состав крови и общее состояние у нее улучшились.

Из приведенных данных можно с уверенностью заключить, что улучшение состава крови в наших случаях действительно зависело от железа, в доказательство чего мы можем сослаться на случаи 1, 2 и 8. В случае № 1 прошло 18 дней после операции по поводу геморроя до начала лечения железом, но состав крови оставался без улучшения, а в течение последующих 32 дней лечения железом мы видим увеличение количества Hb на 54% и числа Eг на 2,5 миллиона. В случае № 2 больная находилась в клинике до начала лечения железом 46 дней, в течение которых ей проделывалось противомаларийное (хинин) и противолютическое (ртуть—неосальварсан) лечение, но состав крови не улучшался, а после—мы видим увеличение количества Hb на 41% и числа Eг на 1,7 миллиона в течение 28 дней лечения железом. В случае № 8 у больного с раком желудка до лечения железом состав крови ухудшался и улучшился после лечения железом вместе с улучшением общего состояния больного.

На вопрос, представляет ли способ лечения анемий большими дозами железа преимущества перед способом лечения их обычными дозами, можно также с уверенностью ответить в положительном смысле. Как на примеры, особенно ярко подчеркивающие это, мы сошлемся на случаи №№ 3, 5, 9 и 10. В первом из них больная до поступления в нашу клинику многократно и регулярно лечилась и мышьяком, и железом в обычных дозах, но улучшения состояния здоровья не было, и лишь применение больших доз железа привело к резкому улучшению состояния здоровья. В случае № 5 больной почти непрерывно в течение 4 месяцев лечилась мышьяком и железом в обычной дозировке (в том числе 2 раза лечилась в клинике, один раз в течение 3 недель), но состояние его здоровья все ухудшалось, и к моменту начала лечения большими дозами железа он только с большим трудом мог передвигаться в пределах комнаты, и то при настойчивом требовании; при лечении же железом в больших дозах в течение 38 дней количество Hb у него увеличилось на 46%, а число Eг поднялось на 1,2 миллиона, и общее состояние улучшилось настолько, что он стал работоспособным. Случаи №№ 9 и 10 иллюстрируют быстроту действия больших доз железа: в первом из них в течение 11 дней лечения количество Hb возросло на 26%, а число Eг—на 1,2 миллиона, т. е. ежедневно в среднем Hb прибывал на 2,4% и Eг на 0,1 миллиона; во втором случае за время лечения железом Hb ежедневно прибывал на 2%, а Eг—на 0,1 миллиона. Создавалось т. о. общее впечатление ежедневного „расцветания“ больных.

Если мы теперь проследим изменения состава крови под влиянием больших доз железа более детально, то должны будем отметить, что гемоглобин нарастает быстрее, чем число эритроцитов, и это ведет к повышению гемоглобинового показателя. В то время, как Hb нарастает,—в более или менее значительном количестве,—тогда же после начала лечения, число эритроцитов обычно дает скачек вверх лишь в середине или конце лечения. Так, напр., в случае № 3 подобный скачек имел место в середине лечения на 0,9 миллиона и в конце—на 1,1 миллиона, в случае № 4 наблюдался скачек на 0,5 миллиона в середине лечения, в случае № 5—скачек на 0,7 миллиона в середине лечения, в случае № 10—скачек на 1,1 миллиона в середине лечения и в случае № 13—скачек на 1,0 миллион в конце лечения. Железо в больших дозах вызывает интенсивные явления регенерации крови.

Число эритроцитов с прижизненно-окрашивающейся зернистостью, оказалось, резко увеличивается в середине лечения (до 15%) и падает при окончании лечебного действия железа (случай № 2). В случаях №№ 14 и 15 гиперхромных анэмий, при отсутствии заметного улучшения состава крови от лечения железом, не было и значительного изменения в содержании ПОЗ, и наоборот, у нас не было ни одного случая с хорошим эффектом от лечения железом, где-бы не было значительного увеличения числа эритроцитов с прижизненно-окрашивающейся зернистостью. Количество ПОЗ может служить т. о. показателем лечебного действия железа,—чем оно больше, тем лучше эффект лечения.

Во всех случаях с пониженной стойкостью эритроцитов мы наблюдали, далее, повышение ее от больших доз Fe. Одновременно с интенсивной регенерацией крови при этом лечении мы могли констатировать и уменьшение разрушения эритроцитов. Количество В_i в плазме крови в тех случаях, где оно было повышено, падало до нормальных цифр.

Со стороны белой крови, результаты исследования которой не внесены в таблицу по техническим соображениям, обращает внимание процентное увеличение, в конце лечения, содержания базофилов, наблюдавшееся в случаях №№ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 и 13. Базофилы до начала лечения железом в некоторых случаях совершенно не были обнаруживаемы, или содержались в небольшом проценте (0,25%—0,5%), к концу же лечения содержание их увеличивалось от 1% до 2%.

Несмотря на большие дозы (до 5,0 ежедневно в случае № 13) и многонедельное применение Fe hydrogenio reducti, средство это хорошо переносилось, не вызывая побочных действий со стороны желудочно-кишечного тракта. Из 16 наших больных, леченных большими дозами железа, нам пришлось сделать перерывы в лечении у трех,—№№ 8, 16 и 3,—причем в случае № 16 перерыв был сделан из-за приступа болей на почве желчно-каменной болезни, а в случае № 3—из-за болей в животе и поноса, которые, однако, существовали здесь и раньше. Точно также боль в подложечной области, наблюдавшаяся вначале при лечении железом в случае № 9, существовала у больного и при поступлении в клинику. Во всех случаях, кроме №№ 14 и 15, при лечении железом наблюдались значительное усиление аппетита и улучшение общего состояния больных.

В общем итоге во всех случаях гипохромных анэмий мы получили от лечения большими дозами Fe положительные результаты, из 3 же случаев гиперхромных анэмий положительный результат имел место лишь в одном, в остальных двух—отрицательный.

Выводы: 1. Положительный лечебный эффект, достигнутый в наших случаях применением больших доз железа, ясно указывает на благоприятное лечебное действие последнего.

2. Лечение анэмий большими дозами Fe hydrogenio reducti представляет значительные преимущества перед лечением обычными дозами его.

3. При лечении железом анэмий наблюдается более быстрое нарастание количества гемоглобина, чем числа эритроцитов, что ведет к повышению гемоглобинового показателя; в большинстве случаев число эритроцитов увеличивается преимущественно в середине или конце лечения.

4. При положительном действии железа число эритроцитов с прижизненно-окрашивающейся зернистостью резко увеличивается, особенно

сильно в середине лечения, падая к концу его; увеличение числа эритроцитов с прижизненно-окрашивающейся зернистостью может служить показателем положительного действия железа.

5. При лечении железом во всех наших случаях анемий стойкость эритроцитов, если она была раньше понижена, повышалась, или же оставалась повышенной, если она была повышена и до лечения.

6. При положительном действии железа содержание билирубина в плазме крови, в случаях, где оно было повышено, падало до нормальных цифр.

7. В большинстве случаев к концу лечения железом можно бывает констатировать увеличение процентного содержания в крови базофилов.

8. Все наши случаи гипохромных анемий (13), леченные железом, дали положительный результат, из 3 же случаев гиперхромных — положительный результат был получен лишь в одном.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Rausch. Klin. Woch., 1924, № 48.—2) Barkan. Ib., 1923, № 37—38.—3) Д. А. Гросман. Врач. Дело, 1926, № 4.—4) Brieger. Deut. Arch. für kl. Med., 1920, Bd. 133.—5) Herzfeld. Ib., 1922, Bd. 139.

D-r K. Drjagin. (Kasan). Die Anämiebehandlung mit grossen Dosen Fe hydrog. red.

Die Behandlung wurde in 13 Fällen hypochromer und 3 Fällen hyperchromer Anämien ausgeführt. Auf Grund des zur Verfügung stehenden Materials gelang der Verfasser zu folgenden Ergebnissen: 1) Der in Fällen des Verfassers durch Anwendung grosser Dosen Fe hydrog. red. erzielte positive Behandlungseffekt weist klar auf die wohltätige Heilwirkung des Eisens hin. 2) Die Anämiebehandlung mittels grosser Dosen Fe besitzt einen bedeutenden Vorzug vor der Behandlung mit gewöhnlichen Dosen. 3) Bei der Anämiebehandlung mit Eisen ist das Wachstum der Menge des Hämoglobins ein schnelleres, als das der Zahl der Erythrozyten, was zum Steigen des Hämoglobin-Indicators führt; in den meisten Fällen mehrte sich die Zahl der Erythrozyten vorwiegend in der Mitte oder am Ende der Behandlung. 4) Bei positiver Wirkung des Eisens steigt die Zahl der Erythrozyten mit lebendgefärbter Granulation auffallend, besonders stark in der Mitte der Behandlung, und fällt am Ende derselben; die Vergrösserung der Zahl der Erythrozyten mit lebendgefärbter Granulation kann als Indikator für die positive Wirkung des Eisens dienen. 5) In allen Anämiefällen erhöhte sich bei Behandlung mit Eisen die Stabilität der Erythrozyten da, wo sie gesunken war, oder aber blieb erhöht, falls sie schon vor der Behandlung sich in erhöhtem Stande befand. 6) Bei positiver Wirkung des Eisens sank der Bilirubingehalt im Plasma des Blutes in den Fällen, wo er erhöht war, auf die normalen Werte herab. 7) In den meisten Fällen finden wir zum Ende der Eisenbehandlung eine Erhöhung des prozentualen Gehalts an Basophilen im Blut. 8) Sämtliche mit Eisen behandelten Fälle hypochromer Anämien (13) ergaben ein positives Resultat; von den 3 hyperchromen Fällen wurde nur in einem Falle ein positives Resultat erzielt.

К вопросу о межлопаточно-грудной ампутации при злокачественных новообразованиях плече-лопаточной области.

Ординатора **З. Д. Заложневой.**

(С 2 рис.).

В виду того, что вопрос о применении того или другого вида оперативного вмешательства при злокачественных новообразованиях плече-лопаточной области еще не вполне выяснен (что отчасти объясняется сравнительной редкостью данного заболевания), и что каждая недостаточно радикальная операция ведет в этих случаях к тяжелому исходу, тогда как, наоборот, своевременно сделанная радикальная операция дает хорошие результаты, хирурги вынуждены сообщать и соответствующие отдельные случаи, дабы в дальнейшем, на основании статистических данных, иметь возможность строить правильные заключения.

В вопросе о лечении злокачественных опухолей плече-лопаточной области чрезвычайно важно установить, в каких случаях следует производить здесь радикальную операцию, *amputatio interscapulo-thoracica* (операция Berger), и в каких более консервативную, экстирпацию (*resp. резекцию*) лопатки.

Дедов на основании литературных данных и собственных наблюдений устанавливает следующие показания к первой из них: „На наш взгляд *amputatio interscapulo-thoracica* показана во всех случаях злокачественных новообразований плече-лопаточной области, независимо от величины видимого распространения, так как мы не можем с достоверностью решить, как далеко зашел процесс. Она особенно показана, если новообразованием поражены: 1) хотя-бы только одна головка плечевой кости, 2) часть плеча в области прикрепления *m. deltoidei*, 3) лопатка в области *spinae scapulae*, притом во всех этих случаях совершенно независимо от величины опухоли и распространения ее на мягкие ткани; далее, 4)—если новообразованием поражены нижележащие участки плечевой кости, но уже им захвачены и мягкие ткани; наконец, 5) в случаях новообразований, метастатически развившихся в плече-лопаточной или ключичной области, когда иначе удалить их невозможно, придется прибегнуть к этой операции, „если“, как говорит проф. Сапежко, „не из видов на продолжительную жизнь больного, то, по крайней мере, из сочувствия к ужасным страданиям человека, раз раковый узел заслонит нервный пучок и инфильтрирует надлопаточную область“.

Неудовлетворительные результаты операции Berger в функциональном отношении и тяжкое увечье, наносимое ею больному, заставляет нас быть очень осторожными в показаниях к ампутации при ограниченных, небольших опухолях лопатки и прибегать здесь к более сохраняющим операциям—1) экстирпации лопатки с резекцией ключицы и плеча, с тщательным удалением жировой клетчатки и лимфатических желез подмышечной, под- и надключичной области, и 2) экстирпации или иссечению лопатки, причем тщательное удаление лимфатических желез показано и при саркомах, так как некоторые виды сарком могут распространяться и по лимфатическим сосудам (Стрелков, „К вопросу о хирургии злокачественных опухолей лопатки“, Перм. Мед. Журнал, 1923 г. №№ 1—2). Сам автор операции Berger говорит: „Злокачественная опухоль лопатки оправдывает межлопаточно-грудную ампутацию лишь в том случае, когда сохранение верхнего члена несовместимо с полным удалением опухоли“.

Экстирпация лопатки с резекцией ключицы и плеча была применена в случае Estor'a; второй случай этой операции, Прянишникова, был опубликован в „Хирургии“ за 1908 г., третий описан Бауманом (оперировал проф. Тихов в 1912 г.), и четвертый случай, Эпштейна, был опубликован в „Хирургии“ за 1913 г. 1-й, 3-й и 4-й случаи этой операции окончились благополучно, во 2-м же случае наступила смерть от рецидива. 1-й, 2-й и 4-й из этих случаев подтверждают закон распространения инфекции. Так, в 1-м случае, Estor'a, после экстирпации лопатки с резекцией ключицы и верхнего конца плеча рецидив возник в виде двух саркоматозных узлов в тканях верхней части рубца (после удаления узлов больная прослежена в течение 8 месяцев, причем рецидива у ней не наступило). В случае Прянишникова рецидив имел место у срединного конца ключицы, на лопатке, около позвоночника (со стороны, где была первичная опухоль), на голове. В случае Эпштейна рецидив возник в виде узелка, величиной со сливу, в области рубца ниже сосцевидного отростка, у места отхождения m. sterno-cleido-mastoidei (после удаления рецидива больная через 28 дней умерла от сепсиса, развившегося после парапроктита). Справедливо, поэтому, отмечает Эпштейн, что „локализация рецидивов в указанных трех случаях подтверждает законы распространения инфекции: конечность, лежащая в стороне от тока крови, осталась свободной от рецидива, следовательно amputatio interscapulo-thoracica не спасла-бы от рецидива, так как возвраты во всех трех случаях явились независимо от сохранения конечности“.

К сожалению, многие авторы не указывают локализации рецидивов. В доступной мне литературе я нашла только один случай появления рецидива на конечности после резекции лопатки по поводу саркомы, именно сл. Дедова (Труды Госпитальной Хирургической клиники проф. С. П. Федорова за 1906 г.). Рецидив появился здесь в виде болезненного инфильтрата на передней поверхности верхней части плеча. Но этот случай неособенно ясен, так как больной погиб от генерализации опухоли, и саркома лопатки, по поводу которой ему была произведена резекция последней, возникла путем метастаза из опухоли правого бедра, ампутированного за 2 г. 2 мес. до резекции лопатки.

Мы не можем здесь подробно останавливаться на установке точных показаний к резекции лопатки, но считаем уместным указать, что эта

операция может иметь место лишь: 1) при доброкачественных опухолях лопатки, встречающихся, правда, в этой области значительно реже злокачественных; 2) в случаях небольших злокачественных опухолей, развившихся из самой лопатки, при отсутствии поражения мягких частей; 3) при небольших злокачественных опухолях какой-либо мышцы задней поверхности лопатки.

Таблица д-ра Недзельского с добавлением к ней 16 случаев, собранных Дедовым (всего 117 случаев сделанных с 1883 по 1905 г. операций по поводу злокачественных опухолей плече-лопаточной области), показывает, что $\%$ смертей от рецидивов и метастазов при удалении опухоли или ампутации в два и более приемов значительно больше, чем при первичной межлопаточно-грудной ампутации, и что $\%$ излечений, прослеженных от 1 до 30 лет, при первичной ампутации больше, чем при экстирпациях, резекциях и вторичной ампутации. Привожу неполностью указанную таблицу:

А. <i>Первичная ампутация</i> —всего. 79 случ.		
Излечение, прослеженное от 1 до 30 лет, . 13	„	(16,45 $\%$).
Смерть от метастазов 16	„	(20,25 $\%$).
Смерть от рецидивов 8	„	(10,12 $\%$).
Б. <i>Удаление опухоли или ампутация</i> в два и более приемов—всего 38 случ.		
Излечение, прослеженное от 1 до 30 лет, . 6	„	(15,78 $\%$).
Смерть от рецидивов и метастазов 16	„	(42,10 $\%$).

Из этой таблицы видно, что операция удаления всего плечевого пояса дает гораздо больше гарантий для стойкого выздоровления, а потому и должна быть предпочитаема другим, менее радикальным операциям; однако, вследствие тяжкого уродства, получающегося после этой операции, при небольших, ограниченных опухолях лопатки приходится строго индивидуализировать каждый отдельный случай и только при наличии наиболее злокачественных опухолей, быстро растущих и распадающихся, применять операцию Berger.

Что касается результатов последней, то в 1887 г. Berger сообщил данные относительно 50 случаев ее с 20 $\%$ смертности; Fowler собрал в 1900 году 82 случая всего с 8 $\%$ смертности и более, чем 46 $\%$, „длительных излечений“; Jeanbrau и Riche сообщили в 1906 г. о 188 случаях с общей смертностью в 11 $\%$, из коих 35 случаев до 1887 г. дали смертность в 29 $\%$, а 153 случая после 1887 г.—всего в 7,8 $\%$.

Дедову удалось собрать из русской литературы за десятилетие с 1896 по 1905 г. включительно (с его двумя случаями) всего 10 случаев операции по Berger, да из иностранной литературы за этот же срок также 10 случаев. Во всех этих случаях ампутация протекла без указанных выше осложнений, причем Rosados, в 1896 г., оперировал по Berger 15-месячного ребенка, который в течение 7 месяцев до опубликования был вполне здоров ¹⁾. Юкельсон (1902 г.) сделал ампутацию Berger у 20-летней больной на 7-м месяце беременности, причем она также хорошо перенесла операцию и впоследствии благополучно родила в срок. Стрелковым до 1923 г. собрано 37 случаев межлопа-

¹⁾ Случай этот подробно описан у Стрелкова.

точно-грудной ампутации, произведенной русскими хирургами по поводу злокачественных новообразований плече-лопаточной области. всего с двумя смертельными исходами непосредственно от операции (8,7% смертности).

Что касается длительных результатов, то они представляются после *amputatio interscapulo-thoracica* для злокачественных опухолей более благоприятными, чем после экзартикуляции в плечевом суставе, или после простой экстирпации лопатки. *Jeanbrau* и *Riche* считают для злокачественных опухолей, микроскопически установленных, средний срок выживания оперированных равным 35 месяцам. Статистики, к сожалению, страдают во многих отношениях в смысле длительных наблюдений. *Berger* считает смертность при *amputatio interscapulo-thoracica* при опухолях лопаточного происхождения в 5 раз выше, чем при опухолях плечевого происхождения. По данным Дедова и др. русских и иностранных хирургов стойкое излечение после первичной ампутации *Berger* наступает в 33—50%¹⁾.

Перехожу теперь к описанию нашего случая.

Больной К., 40 лет, поступил 4/X 24 г. в Пермскую Госпитальную Хирургическую клинику по поводу опухоли в плече-лопаточной области. 8½ месяцев тому назад, во второй половине января 1924 г., у него в области надплечья появилась небольшая припухлость мягкой консистенции. Через 1½ месяца опухоль распространилась на верхнюю треть плеча и постепенно стала приобретать плотную консистенцию; в это время больной обращался в местную больницу, где ему советовали ехать в Пермь для хирургического лечения, но материальная необеспеченность семьи оттянула на продолжительный срок эту поездку. Больному, плотнику по профессии, приходилось часто носить тяжести. Не придавая особенного значения заболеванию, так как никакой боли им вначале не ощущалось, больной продолжал свою обычную работу, по привычке таская бревно на больном плече, как и на здоровом. Самое возникновение данного заболевания больной приписывает постоянному механическому раздражению плеча при поднимании и переноске тяжестей во время работы. В конце июля 1924 г. опухоль начала быстрее расти, распространилась, по словам больного, на лопатку, в некоторых местах стала более мягкой и вызвала ограничение движений в плечевом суставе. С этого же времени больной начал худеть, и временами у него стали появляться небольшие боли в области плеча. В половине сентября месяца больной упал при постройке лесов и ушиб опухоль, после чего заметил, что последняя стала еще быстрее увеличиваться и в двух местах изъязвилась. Работать перестал вследствие сильного ограничения движений в плечевом суставе. Через две недели после ушиба больной поступил в клинику. Во время заболевания он применял различные домашние средства,—втирал в больное место масло, скипидар, несколько раз «правил», но рост опухоли продолжал прогрессировать.

Со стороны наследственности у К. ничего патологического не отмечается. Больной женат, жена здорова, имеет 5 человек детей. До настоящего заболевания ничем не болел. До 1914 г. много пил. С ранних лет занимается тяжелым физическим трудом.

Status praesens. Больной среднего роста, правильного телосложения, кожа и видимые слизистые оболочки бледны, подкожный жировой слой развит умеренно, мускулатура хорошо развита. Лимфатические железы не увеличены, за исключением желез левой подмышечной впадины. Правая граница сердца на 1 сант. вправо от *l. sternalis d.*, тоны сердца глуховаты. На обеих верхушках легких несколько жесткое дыхание. Остальные внутренние органы уклонений от нормы не представляют. В области надплечья обнаруживается опухоль, ограниченная, на широком

¹⁾ По Стрелкову возраст больных с злокачественными новообразованиями плече-лопаточной области очень разнообразен. Наименьшие цифры падают на детский возраст, до 5 лет, и на старческий, от 60 до 80, а наибольшие—на возраст от 15 до 30 лет.

основании, распространяющаяся на лопатку, за исключением лишь нижнего ее угла, на всю область плечевого сустава и верхнюю часть плеча до места его прикрепления (см. рис. 1). Опухоль овальной формы, величиною более головы взрослого человека. Длина ее—34 сант., ширина—25 сант. Измерение по поверхности опухоли: расстояние от наиболее удаленных точек опухоли во фронтальной плоскости (т. е. от медиального края лопатки до области прикрепления *m. deltoidei*)—52 сант., в сагиттальной плоскости—43 сант. Окружность плеча при измерении через подмышечную впадину и *acromion*—67 сант. Опухоль слегка бугристая. Кожа на ней напряжена, по периферии опухоли нормального цвета, в центре красновато-синеватого, на ней видна сеть расширенных венозных сосудов; в двух участках, величиною с 3-х и 5 коп. медную монету, кожа изъязвлена. Местами кожа спаяна с опухолью. При ощупывании опухоль безболезненная, большая часть ее плотной, местами даже твердой, как кость, консистенции; в некото-

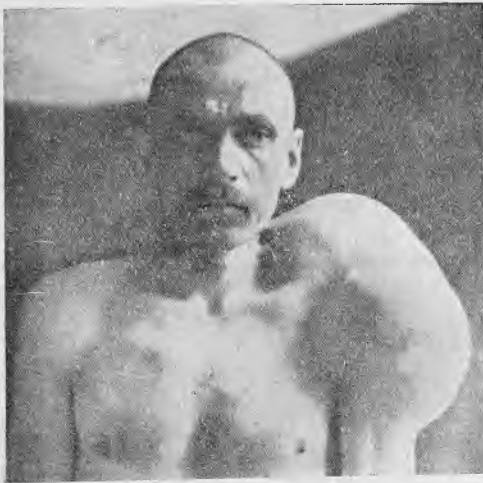


Рис. 1.

рых участках с мягкой консистенцией наблюдается невоплотная ясная глубокая флюктуация. Опухоль тесно сросшена с подлежащими частями, совершенно не смещается по отношению к лопатке и плечевой кости. Из анамнеза, вследствие ненаблюдательности больного, не удалось выяснить, из какой первоначально кости возникла опухоль. Мышцы левого плеча и предплечья значительно атрофированы. Незначительные активные и пассивные движения плеча совершаются за счет плечевого пояса, активные же и пассивные движения в плечевом суставе совершенно отсутствуют. В других суставах конечности движения нормальны. Диагноз—остеосаркома лопатки и надплечья.

15/X 24 г. произведена проф. В. Н. Париным *amputatio interscapulo-thoracica* под морфий-хлороформ-эфирным наркозом. Участки с изъязвившейся кожей покрыты, в несколько слоев, марлевыми компрессами, прикрепленными швами по краям. Разрез по передней поверхности ключицы, от грудинного ее конца кнаружи, продолжен на подмышечную впадину по переднему ее краю с таким расчетом, чтобы получить возможно большой лоскут для закрытия дефекта. Ключица перепилена на месте перехода срединной в среднюю треть, перерезаны *m. subclavius*, *m. pectoralis m. et min.*, перевязаны *art. et v. axillares* двойными лигатурами, и перерезано нервное сплетение. Опухоль вместе с наружным концом ключицы отделена кнаружи, и по отведении верхнего края раны перевязаны *art. transversa scapulae* и *art. transversa colli*. Разрез со стороны ключицы у наружного его конца продолжен назад к подмышечной впадине в пределах непораженной кожи и совпал с передним разрезом. После перерезки соответствующих мышц, конечность вместе с лопаткой и опухолью удалена. Дополнительно удалены лимфатические железы подмышечной впадины и жировая клетчатка (некоторые из лимфатических желез оказались значительно увеличенными). Рана без особого натяжения зашита наглухо, за исключением нижнего отдела, куда были введены две небольшие марлевые полоски. Операция протекала при малой потере крови, явлений шока не наблюдалось. Больной после операции проснулся через час, чувствовал себя хорошо.

Послеоперационное течение в общем благоприятное. Рана зажила *per primam*, за исключением двух небольших участков, где были вставлены тампоны, и где наблюдалось некоторое время гнойное отделение. Здесь выделились в разное время 2 лигатуры. 18/XII на месте операционной раны обнаружен узкий рубец (см. рис. 2, на стр. 921). Болей нет, состояние больного хорошее, сон и аппетит нормальны. Больной выписан из клиники. Через 4 месяца после операции он по личным делам приехал в Пермь, причем был найден совершенно здоровым и значительно прибавившимся в весе.

Макроскопическое описание препарата: вес конечности вместе с опухолью 8,5 кило (вес конечности вместе с лопаткой у трупа мужчины такого же возраста и сложения оказался равным 4 кило, т. е., следовательно, вес опухоли был около 4,5 кило или 11 фун.). Опухоль вместе с лопаткой и пораженной частью плеча по величине более головы взрослого человека. Исходит она из лопатки. Костное вещество последней и верхней части плеча сильно изъедено, порозно. Хрящ *cavities glenoidalis* и головка плеча разрушены. Опухоль проросла мышцы лопатки и плеча. При разрезе опухоли видны вновь образованные тонкие нежные костные перекладки, напоминающие губчатое вещество кости, от присутствия которых при разрезе опухоли слышится хруст. Местами имеется распад ткани. Поверхность опухоли всюду покрыта плотной соединительнотканной капсулой.

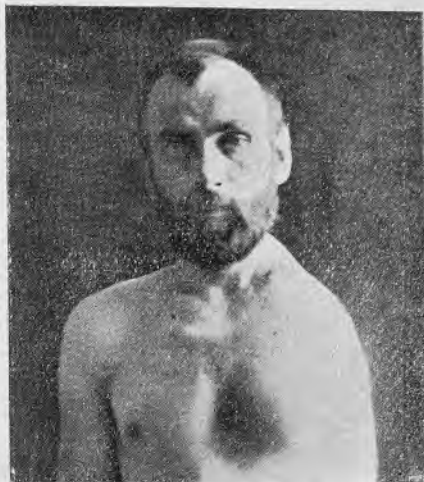


Рис. 2.

Микроскопическое исследование обнаружило остеод-хондросаркому: в опухоли встречались островки новообразованного хряща, окрашивавшиеся гематоксилином в фиолетовый цвет, с расположенными в нем клетками, окруженными капсулой, сядрами, плохо красившимися гематоксилином; остеодная ткань располагалась в виде островков и тяжей неправильной формы, окруженных расположенными в один ряд крупными отростчатыми клетками, имевшими характер остеобластов.

Таким образом, в нашем случае

- 1) У больного в области левой лопатки развилась опухоль, перешедшая на надплечье и верхнюю треть плеча; опухоль эта, неоднократно подвергавшаяся травме, обнаружила необычайно быстрый рост и за последнее время подверглась изъязвлению.
- 2) Больному, приблизительно спустя 9 месяцев после обнаружения опухоли, была произведена *amputatio interscapulo-thoracica*, с предварительной перевязкой *art. transversae scapulae* и *art. transversae colli*.
- 3) Опухоль, весившая 11 фунтов, при микроскопическом исследовании оказалось остеодной хондросаркомой.
- 4) Спустя 4 месяца после операции рецидива не наблюдалось, больной значительно прибыл в весе, чувствует себя совершенно здоровым.

Л И Т Е Р А Т У Р А:

- 1) Архангельский. Нов. Хир. Архив, 1923. — 2) Дедов. Труды Госп. Хирургической клиники проф. С. П. Федорова. — 3) Нездельский. Рус. Хир. Архив, 1903. — 4) Стрелков. Пермский Мед. Журнал, 1923. — 5) Bier, Braun, Kummel. Chirurg. Operationslehre, Bd. V, 1923.

Dr. S. D. Saloschnewa (Perm). Zur Frage über die amputatio interscapulo-thoracica bei bösartigen Geschwülsten der regio brachio-scapularis.

Im Grunde dieser Mitteilung liegt ein Fall, wo sich bei einem 40-jährigen Manne in der Gegend des linken Schulterblattes eine Geschwulst entwickelte, die auf die Achsel und den oberen $\frac{1}{3}$ des Armes überging; diese Geschwulst, mehrmals traumatisiert, wuchs ausserordentlich schnell. Ungefähr 9 Monate nach der Entdeckung der Geschwulst wurde dem Kranken die amputatio interscapulo-thoracica mit vorläufiger Verbindung der aa. transversa scapulae und transversa colli gemacht. Die Geschwulst, etwa 11 Pfund schwer, erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als osteoid-chondro-sarcoma. 4 Monate nach der Operation war kein Recidiv zu bemerken, der Kranke nahm an Gewicht zu und fühlte sich ganz wohl.

К вопросу об отношении *gl. thymus* к операции нижней трахеотомии.

Б. Ярославцева.

(С рис.).

Как известно, трахеотомия относится к типу неотложных операций, ее должен произвести каждый врач, какой-бы он ни был специальности, даже не имея под рукой специальных инструментов. Порою она является единственным средством для спасения жизни больного, и, делая ее, врач буквально вырывает последнего из когтей смерти.

Способов для производства трахеотомии много, делают трахеотомию по K ö n i g'у, T r a n d e l e n b u r g'у, H a g e d o r n'у, K o c h e r'у и целому ряду других авторов. В большом ходу две операции трахеотомии: верхняя и нижняя. Практически еще не решен окончательно вопрос об относительных преимуществах нижней трахеотомии перед верхней. Вернее, и та, и другая имеют свои показания. Все же при сужениях (дифтерия, круп), распространяющихся на трахею, особенно у детей, нижняя трахеотомия предпочтительнее (С и м а н о в с к и й, Болезни уха и пр., СПб.).

Производство операции с технической стороны не очень трудно и доступно каждому врачу, результаты же блестящи; сразу наступает резкое улучшение, пропадают синюшность, надутость вен, свистящие хрипы, пугающие окружающих больного, дыхание последнего быстро восстанавливается через трахеотомическую трубку, введенную в разрез трахеи, и ребенок скоро спокойно засыпает (Т и х о в, Частная хирургия, СПб.).

Бывают, однако, случаи, когда при производстве нижней трахеотомии наблюдается ряд неблагоприятных явлений, как поранение вен и артерий, в особенности при их аномальном расположении, сопровождающееся сильным кровотечением, вскрытие гортани не точно посредине, отслойка слизистой оболочки в полость гортани, ранение пищевода, ранение щитовидной железы, сопровождающееся опять-таки сильным кровотечением, как артериальным и венозным, так и паренхиматозным, а при операции на маленьких детях, или даже на детях 13—14-летнего возраста, можно иногда поранить высоко лежащую зобную железу. По этому случаю Чугаев (Болезни и повреждения шеи, СПб.) говорит: „При операции на грудных детях присоединяется еще новое затруднение, которое происходит от сильного стеснения операционного поля зобной железой. *Gl. thymus* у новорожденных поднимается так высоко, что, соприкасаясь с щитовидной железой, не оставляет никакого промежутка... При таком тесном соприкосновении щитовидной железы с зобной, при операции вполне возможно поранение последней, что в свою очередь

вызовет артериально-венозное и паренхиматозное кровотечение. Кроме того легко поранить артерии, питающие зобную железу и лежащие вблизи срединной линии шеи, которые нередко берут свое начало от *art. thyreoidea inferior* (реже—*superior*) и *art. cervicalis ascendens*...

Занимаясь морфологией *gl. thymus*, мы позволяем себе остановить внимание читателей на анатомо-топографической стороне этой железы, издавна привлекавшей внимание авторов.

Топографическое положение зобной железы, по Когниг'у (Рук. по топ. анатомии, Берлин, 1924), следующее: *gl. thymus* состоит из 2 долей и у новорожденного имеет около 5 сант. в длину и 1½ сант. в ширину; весьма редко обе доли развиты симметрично. По отношению к медиальной плоскости орган расположен в верхней части *cavi mediastini ant.*, однако он еще выдается над *incisura jugularis ant.* в нижнюю часть шеи, может соприкасаться с щитовидной железой и подниматься еще выше, сбоку от *gl. thyreoidea*.

По удалении грудной кости и реберных хрящей *gl. thymus* бывает видна в рыхлой соединительной ткани переднего средостения. Большая часть передней и латеральной поверхности ее покрыта *pleura mediastinalis*, здесь же к железе подходят ее сосуды, идущие от *art. et vena mammaria int.*; спереди железа покрывает расположенные в переднем медиастинальном промежутке большие сосудистые стволы,—частью *v. aopnima*, затем *v. cava sup.*, дугу аорты и большие стволы, отходящие от нее. Наконец, она опускается по передним медиастинальным сторонам плеврального мешка, который покрывает ее на разном протяжении.

Далее Когниг говорит, что при аномальном положении железа не только может располагаться над *incisura jugularis sterni*, но даже, в исключительных случаях, может достигнуть уровня под'язычной кости и образовать здесь т. наз. добавочные железки (*thymus accessoria*), соединенные узким мостиком с нижней, главной массой железы.

Брезеке (Рук. по анат. чел., Киев, 1917), Казаринов (дисс., СПб., 1899) и др. также указывают на возможность для зобной железы располагаться как внизу, у самой диафрагмы, так и вверху, рядом со щитовидной железой. Мы, работая по морфологии этой железы, тоже не раз видели на трупиках новорожденных, а также на трупиках детей более старшего возраста, что зобная железа располагается у самой щитовидной железы и бывает так тесно спаяна с последней своею капсулой, что разделять их приходится с некоторым затруднением. Как часто встречается подобное высокое положение железы, этого мы пока сказать не можем, т. к. еще не вполне закончена наша основная работа в этом направлении.

Форма железы, как и ее положение, имеет большое хирургическое значение. Если мы имеем дело с двумя правильно образованными долями, то нам легко произвести разрез между ними, раздвигая доли в стороны: гораздо труднее сделать это при железе, состоящей из 3—4 долей неправильной формы, винтообразно изогнутых, а равно при железе с двумя долями неправильной формы, с подогнутым вниз верхним полюсом, с долями, которые налегают одна на другую и соединены капсулой и между собой, и со щитовидной железой. Такую железу весьма трудно раздвинуть, придется приподнимать верхние полюсы, что весьма затруднительно, т. к. туда впадают артерии и выходят вены самой железы,

которые необходимо предварительно перевязать, ибо при нечаянном ранении они могут дать сильное кровотечение, могущее залить поле операции и причинить массу хлопот хирургу. С другой стороны перевязкой сосудов можно лишить железу питания, и, если своевременно не развяжутся коллатерали, то мы можем получить после перевязки ряд острых явлений, до некроза железы включительно.

Относительно формы железы мнения авторов сильно расходятся. Одни указывают, что железа имеет пирамидальное тело (Debiegge), другие говорят, что она представляет сегмент овоида, срезанный по большой оси (Sappey, Гундобин, Казаринов), дольчатую форму (Зернов). Testut указывает, что форма зобной железы весьма разнообразна и изменчива, — то она похожа на букву Н, то на букву V, то представляется изогнутой.

И не только форма железы, но и количество долей ее весьма разнообразно: можно встретить железу с двумя, тремя, четырьмя и даже пятью долями (A. Biedl, Брезеке, Казаринов).

Иногда, как мы уже указывали выше, верхний или нижний полюс может подвернуться вниз и симулировать добавочную долю; тогда хирург, при производстве операции, натывается на двух-этажную железу, причем сверху будет лежать тело железы, а внизу ее подогнутый хвост (Biedl).

Мы знаем, что *gl. thymus* растет и развивается в период детства и своего наивысшего развития достигает в возрасте полового созревания. Затем она постепенно атрофируется, и у взрослых людей на месте ее имеется лишь небольшой комочек паренхимы, окруженный жиром. К старости железа настолько атрофируется, что вес ее достигает всего 6 грам.; но полной атрофии железы не бывает (Waldeyer). Иногда же, в виде исключения, мы можем видеть хорошо развитый *thymus* у человека в 30—40 лет, что подтверждено рядом работ разных авторов.

Самую большую железу мы можем встретить в период полового созревания ребенка, когда она достигает наибольшего размера и веса в 37,0—52,0 (Biedl). Чугаев, как указано выше, говорит, что у новорожденного при высоком положении железы может произойти осложнение при производстве нижней трахеотомии. Тем более мы должны ожидать такого осложнения у детей, достигших возраста полового созревания (13—14 л.). Иногда мы имели объемистую железу, высокое положение которой может служить серьезным препятствием для производства операции, а потому врачу, делающему трахеотомию на детях этого возраста, нужно помнить о могущем быть высоком положении зобной железы. В качестве иллюстрации такого положения железы у детей в периоде полового созревания приведем описание одного случая, наблюдавшегося нами на секции у мальчика 14 лет, крепкого телосложения, хорошего питания, с хорошо развитой мускулатурой, ростом 152 сант.

После вскрытия грудной клетки и рассепаровании шеи, мы встретили в претрахеальной области хорошо развитую зобную железу, покрытую соединительнотканной капсулой (см. рис.). Железа своими верхними полюсами доходила до щитовидной железы, причем была сросшена с ней своей капсулой, так, что между обеими железами оставалась лишь небольшая щель. Кроме того капсула железы была вверху соединена с *fascia profunda colli*. Вся железа лежала поверх больших сосудов, покрывая собою *v. апонима sin.* Верхние полюсы железы достигали нижнего края щитовидной железы и даже несколько заходили под нее. Нижние полюсы

свободно лежали в верхней части *mediastini antici*, покрывая собою большие сосуды и верхнюю треть сердечной сорочки. После снятия капсулы железа оказалась состоящей из целого конгломерата маленьких долек, соединенных между собой рыхлой клетчаткой и образовавших две большие доли неравной величины и неправильной формы. Правая доля имела пирамидальную форму с заостренной верхушкой и несколько приплюснутым, как-бы срезанным наискось широким основанием.



Высокое положение *gl. thymus* у мальчика 14 лет.

1.—Правая доля *gl. thyreoideae*. 2.—Левая доля *gl. thyreoideae*. 3.—Правая доля *gl. thymus*. 4.—Левая доля *gl. thymus*. 5 и 6—*V. jugularis comm. dex. et sin.* 7 и 8.—*Art. mammaria int. dext. et sin.* 9 и 10.—*V. mammar. dex. et sin.* 11 и 12—*Art. et vena thyreoideae sup. sin.* 13.—Часть сердечной сорочки.

Передняя поверхность ее была выпукла, задняя вогнута. Верхний, заостренный конец доли подходил под щитовидную железу с латеральной стороны, где спаивался с глубокой фасцией шеи, нижний же, широкий конец лежал свободно в верхней части переднего средостения, будучи несколько подогнут в медиальную сторону. Левая доля имела вид тоже пирамиды, но только перевернутой основанием вверх, вследствие чего верхний полюс этой доли представлялся широким и тоже срезанным наискось, но только в обратную сторону, а нижний полюс заострен. Передняя поверхность левой доли была плоска, задняя—выпукла. На месте, где железа перекидывалась через *v. aponima sin.*, имелось глубокое вдавление. Своим верхним полюсом левая доля достигала щитовидной железы и заходила отчасти под ее левую долю, несколько обхватывая ее с латеральной стороны, где она спаивалась с глубокой фасцией шеи, а также касалась своим латеральным краем верхнего полюса *v. jugularis com. sin.* Нижний полюс железы свободно оканчивался в переднем средостении и имел небольшой хвост, подогнутый под тело. Медиальные грани долей тесно соприкасались между собой. Правая доля имела в длину 9 сант., в ширину—2 сант.; левая имела в длину 8,2, сант., в ширину—2 сант. Как видно из этих цифр, правая доля была несколько больше левой.

Питание правой доли происходило из *art. mammaria int. dextr.*, от которой отходила небольшая артериальная веточка, проникавшая в середину железы с задней стороны. Левая доля питалась от *art. mammaria int. sin.* через небольшую веточку, внедрявшуюся в ее верхний полюс. Вены железы были довольно многочисленны и сильно развиты, по своему диаметру они были вдвое толще артерий. Две *v. v. thymici* выходили из нижних полюсов обеих долей и впадали каждая самостоятельным стволиком в *v. anonima sin.* с нижней стороны. Из правой доли с наружной стороны выходила, кроме того, небольшая вена, впадавшая в *v. thyreoidea med.*; вторая очень толстая вена выходила из верхнего полюса и, перекрещивая на своем пути *v. thyreoidea med.*, впадала в *v. thyreoidea sup. dextra*. У левой доли, кроме основной ветви *v. thymici*, имелись 3 добавочные вены, из коих первая выходила из верхнего полюса несколько медиально и впадала в *v. thyreoidea med.*; вторая вена тоже отходила из верхнего полюса и впадала в венозное сплетение щитовидной железы; третья вена выходила из вершины верхнего полюса очень мощным стволом и шла по протяжению *art. carotis sin.*, впадая в *v. thyreoidea sup. sin.*

В данном случае врач, производя нижнюю трахеотомию, вынужден был бы оперировать в очень узкой щели, стесненной сверху щитовидной железой, а снизу и боков—верхними полюсами зобной железы. Попытки оператора отодвинуть тупым крючком зобную железу вниз могли бы вызвать разрыв ее вен, выходивших из верхних полюсов обеих долей, вследствие чего могло бы получиться, с одной стороны, сильное кровотечение, а с другой—попадание воздуха в широко раскрытые вены могло бы вызвать опасную воздушную эмболию, при которой врач мог бы потерять пациента на операционном столе.

Такое несчастье может произойти уже при нормально увеличенной зобной железе и высоком ее положении, не говоря об ее гипертрофии (*status thymicus*). Когда вес железы достигает 50, 70, 100 и даже 200 грамм (Bovaird, Nicoll и др.). Такая железа еще больше затруднила бы операцию нижней трахеотомии. Надо заметить еще, что иногда к гипертрофии самой железы присоединяется гипертрофия лимфатических желез (как известно, на шее их большое количество), что может вызвать припухлость шеи и затруднить оператора в отыскании опознавательных пунктов, а также изменить топографические отношения. Кроме того в подобных случаях сюда присоединяются явления общего характера (*status thymico-lymphaticus*).

Заканчивая свое краткое сообщение относительно высокого положения зобной железы у детей и его хирургического значения при производстве нижней трахеотомии, скажем еще раз, что производя нижнюю трахеотомию у детей как в раннем возрасте, так и в периоде полового созревания, врач, особенно врач-неспециалист, работающий притом не в больничной обстановке (где, в случае ошибки, можно помочь горю) должен всегда принимать в расчет возможность высокого положения зобной железы и учитывать расположение ее сосудов, дабы не натолкнуться на неожиданность, которая сильно осложнит операцию и может даже повлечь смерть оперируемого ребенка.

Dr. B. Jaroslawtzeu (Astrachan). Zur Frage über das Verhältniss der gl. thymus zur Operation der unteren Tracheotomie.

Auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen fand der Verfasser, dass die gl. thymus bei den Kindern wie im frühen Alter, so auch während der Pubertät oft eine hohe Lage einnimmt. Diesen Umstand, wie auch die Lagerung der Gefässe der Drüse muss der Arzt bei den unteren Tracheotomie in Acht nehmen, um nicht auf Complicationen zu stossen, die zuweilen zum Tode des Operierten führen können.

Случай гуммозного поражения глазницы *).

Е. В. Волженского.

(С рис.).

Сифилитическое поражение глазницы принадлежит к редким заболеваниям глаза. Ассистент Саратовской Глазной клиники И. А. Беляев с 1881 по 1924 г. собрал из литературы 39 случаев его и сам описал 2 случая. Одновременно с этим были опубликованы 2 случая гуммы глазницы Батарчуковым, из Казанской клиники, и один случай — Слепяном из Глазного отделения Минской городской больницы (Рус. Офт. Журн., 1924, № 4). Наконец, в Архиве Офтальмологии за 1926 г., № 3, были опубликованы 2 случая гуммы глазницы Перлисом, из Глазного отделения Тамбовской губернской больницы.

Хотя число опубликованных в литературе случаев сифилитического поражения глазницы, т. о., невелико (46), однако надо полагать, что в действительности заболевание это встречается гораздо чаще, и много случаев его не опубликовано отчасти потому, что врачи, работающие вдали от научных центров, лишены возможности для точной диагностики пользоваться клиническими методами исследования (как реакции Wassermann'a, Sachs'a-Georgi), а отчасти — вследствие отсутствия в их распоряжении специальной литературы. И, если бы не очевидность и ясность картины сифилитического периостита глазницы в случае, который нам пришлось наблюдать в Глазном отделении Бугурусланской уездной совбольницы в октябре 1925 г., а также не возможность ознакомиться с литературой данного вопроса при Глазной клинике Казанского Университета, то судьба нашего случая была бы такова же, как и многих других.

Насколько редко встречаются гуммы или гуммозный периостит глазницы, — об этом свидетельствует статистика Birch-Hirschfeld'a: на 130,000 больных Лейпцигской глазной клиники это заболевание наблюдалось всего в 17 случаях, т. е. в 0,013%. Среди 122,341 больных Казанской клиники встретилось лишь 2 случая гуммозного поражения орбиты, т. е. 0,001%. В Глазной клинике Саратовского Университета на 41,000 первичных больных данное заболевание наблюдалось всего два раза (0,005%). Наконец, по статистике Alexander'a и Bada'a *periostitis gummosa orbitae* встречается лишь в 1—2% всех страданий глаз на почве сифилиса и в 0,02% всех заболеваний глаз.

*) Сообщено в Секции глазных врачей Общества Врачей при Казанском Университете 28/IV 1926 г.

Редкость заболевания и резкое улучшение, полученное нами от смешанной специфической терапии (ртуть и иодистый кали), и побуждают нас сделать сообщение о наблюдавшемся нами случае гуммозного периостита глазницы в печати.

Больная С. Ш., 40 лет, замужняя, крестьянка, татарка, поступила в отделение 22/X 1925 г. с жалобами на боль в правом глазу, опухоль около глаза, сильное ослабление зрения того же глаза и язву вокруг него. Левый глаз без изменений, vis. ego—1.0 Em, глазное дно нормально.

Больная — выше среднего роста, правильного телосложения, питание понижено, видимые слизистые бледны, на коже никаких рубцов не отмечается. На волосистой части головы замечается плешивость, довольно характерная для сифилитической алопеции. Шейные железы с правой стороны увеличены, локтевые определяются в виде отдельных плотных узлов, паховые тоже увеличены; периоститов на костях не наблюдается; во внутренних органах отклонений от нормы не отмечается; в области гениталий следов перенесенного lues'a не обнаружено. Температура как при поступлении, так и за время пребывания в больнице нормальна. Ex consilio с хирургом и венерологом поставлен диагноз: Periostritis gummosa orbitae et iridokeratitis os. dex. Течение болезни: 28/X назначено смешанное специфическое лечение, — инъекции 1% салициловой ртути по 2 куб. сант. через день внутримышечно, внутрь sol. kalii jodati 6,0—200,0 по 3 столовых ложки в день, местно sol. atropini 1%, ungu. hydr. ophthalm. flavi 1%, на язву повязка с ung. prof. Diakonoff, полоскание раствором kali chlorici. 7/XI: сфотографирована. 12/XI: язва в верхней части глазницы зарубцевалась, язва в нижней части глазницы рубцуется, припухлость окружающих тканей и плотность значительно меньше и мягче, шейные железы уменьшились, отек верхнего века уменьшается, нижнего держится, выворот нижнего века увеличился вследствие рубцевания язвы, отделяемого из карманообразного углубления меньше, и углубление это становится мельче. Из распросов выяснилось, что Ш. больна всего 1½ месяца. Вначале у нее была только опухоль, а потом уже появились язвы. Три последних года больная страдает головными болями и болями в бедренных костях, усиливающимися по ночам; в то же время больная заметила выпадение волос на голове. Всех живых детей родила 7, из которых первые пятеро живы, а последние двое умерли в раннем детстве; кроме того, две последних беременности окончились выкидышами.

При исследовании правого глаза оказалась, что глазная щель закрыта отечными веками, нижнее веко несколько вывернуто, особенно у внутреннего угла, глазное яблоко смещено книзу и кнутри, конъюнктива хемотична, на роговой оболочке наблюдается глубокое помутнение — немного ниже зрачка кнаружи, сверху наблюдается перикорнеальная инъекция, чувствительность роговицы понижена, зрачок сужен, неправильной формы, в виде ∞ , рефлекса нет. Vis.—счет пальцев на расстоянии 0,5 метра, причем веки приходится разводить векоподъемниками. Ниже надбровной дуги, у височного края глазницы, находится язва длиной сант. в 3, шириной в 0,5 сант., с каллезными краями и сальным дном, отделяющая густой, желтоватый гной; в области нижнего края и стенки глазницы имеется вторая язва длиной сант. в 4 и сант. в 1,5 шириной, тоже с каллезными краями; между костной стенкой и мягкими покровами имеется карманообразное углубление, из ко-



торого выдавливается густой гной серовато-желтого цвета. Кожа вокруг язвы имеет синевато-багровый цвет, наощупь безболезненна. На правой стороне носа, выше границы хрящевой и костной частей остова, имеется ограниченная опухоль с лесной орех,—разрушение надкостницы. Глазное дно офтальмоскопировать не удается, глазная щель начинает немного открываться самостоятельно, так что возможно исследование остроты зрения без помощи векоподъемников: vis. o. d.—0,07, vis. o. s.—1,0; головные боли резко уменьшились; больная не спавшая по ночам при поступлении в отделение, теперь спит спокойно. 15/XI: введено 10 куб. сант. 1% салициловой ртути и внутрь две дозы sol. kalii jodati 6,0—200,0; в виду болезненности внутримышечных инъекций назначены фрикции серой ртутной мази по 4,0 в день, внутрь назначение sol. kalii jodati в той же дозе продолжено, местно прибавлен массаж век с 10% ихтиоловой мазью. 20/XI: язва в области нижнего края глазницы зарубцевалась. 25/XI: состояние тоже, втирания серой ртутной мази продолжают, равно как и приемы sol. kalii jodati, массаж рубцовой ткани с мазью из ихтиола и KJ. 30/XI: рубцы стали несколько мягче, глазная щель значительно увеличилась благодаря тому, что верхнее веко начало подниматься самостоятельно. 2/XII: больная выписалась по семейным обстоятельствам с окончательно зарубцевавшимися язвами при остроте зрения на правый глаз=0,07; ей предложено показаться для дальнейшего наблюдения и для производства пластической операции; сфотографировать вторично больную, в виду неожиданной ее выписки из лечебного заведения, не удалось.

Как я упоминал выше, наблюдавшийся нами случай в диагностическом отношении не представлял затруднений: характерный анамнез (два выкидыша, боли в костях), ясно выраженная аденопатия локтевых и паховых желез, alopecia syphilitica, характерные для гуммозного распада безболезненные края язвы с салиным дном—позволяли нам исключить туберкулезный характер язвы; против наличия флегмоны говорили длительность процесса, безболезненность окружающих тканей, торпидность течения без повышения t^0 ; наконец, предпринятое специфическое смешанное лечение окончательно подтвердило нашу диагностику.

Что касается локализации процесса, то надо полагать, что исходным пунктом заболевания были верхний и нижний края глазницы у наружного угла, доказательством чего служат наличие смещения глазного яблока книзу и внутри и отсутствие exophthalmus'a, каковое, по Birch-Hirschfeld'u, наблюдается при локализации гуммозного процесса на стенке или позади глаза.

ЛИТЕРАТУРА.

Birch-Hirschfelda. Graefe-Saemisch's Handbuch., II T., IX Bd.—Димитриев. В. Офтальмология, 1910, № 11.—Оречкин. Вест. Офт., 1914, № 3.—Батарчуков. Рус. Офт. Журн., 1924, № 4.—Беляев. Там же.—Слепян. Там же.—Перцева. Мед. Журн., 1921.—Перлис. Арх. Офт., 1926, т. I.

Dr. E. W. Wolschensky (Buguruslan, Gouv. Samara). Ein Fall der gummösen Erkrankung der Augenhöhle.

Diesen Fall beobachtete der Verfasser bei einer 40-jährigen Tatarin mit deutlichen Symptomen der Syphilis. Das Gumma befand sich in dem äusseren Winkel der Augenhöhle. Die gemischte Behandlung mit Quecksilber und KJ gab vortrefflichen Erfolg.

К вопросу о пересадке яичника в полость матки *).

Директора клиники А. Н. Софотерова.

Как известно, бесплодие очень часто зависит от тех или других патологических процессов в придатках матки, делающих последние непригодными для того, чтобы служить делу оплодотворения и зачатия. Зачастую эти процессы со всей яркостью обнаруживаются лишь во время операции, и тогда хирургу-гинекологу с болью в душе приходится удалять в одних случаях трубы, в других—яичники, в третьих—те и другие. Во всех этих случаях женщина часто в самом цветущем возрасте, при страстном желании иметь детей, становится абсолютно-бесплодной, а в тех случаях, где удаляется целиком вся ткань яичника, к бесплодию неизменно присоединяется целый ряд весьма тяжелых растройств в связи с выпадением деятельности одной из главных эндокринных желез женского организма. Неудивительно поэтому, что в оперативной гинекологии издавна предлагается и разрабатывается целый ряд различных операций, направленных к восстановлению утраченных функций как труб, так и яичников.

Не касаясь различных оперативных методов восстановления проходимости труб, большинство которых, за исключением метода пертурбации, представляет из себя видоизменение старого Martin'овского способа, отмечу лишь, что в настоящее время идея трансплантации начинает осуществляться и в этой области. Идея пересадки труб впервые возникла в Америке, где она впервые и была выполнена. Таковы, напр., случаи Watkins'a и Cullen'a, у которых после имплантации труб получилась беременность, но закончившаяся выкидышами на III и VII месяцах. Можно также отметить здесь три успешных случая Unterberger'a и др.

Я лично произвел дважды операцию трансплантации труб, но результат этой операции мне пока неизвестен.

Конечно, все методы, направленные к восстановлению функциональной способности труб, уместны при относительной целости хотя-бы некоторого их участка. Там, где мы имеем поражение всей трубы, эти методы неприменимы. Пересадка труб от других женщин в подобных случаях пока еще остается делом будущего. Что касается случаев заболевания яичников и их удаления, ведущих не только к бесплодию, но и к нарушению целого ряда жизненных отправлениях женского организма, то мы в настоящее время имеем для этих случаев два метода лечения: органотерапию и развившуюся из нее операцию трансплантации яични-

*) Сообщено в Научном Обществе врачей гор. Самары 13 мая 1926 г.

ков. Общая цель этих двух методов—дать организму то, что в силу тех или других причин у него было изъято,—в первом случае ввести в кровяные гормоны, которые выделяются яичниками, во втором—пересадить сами яичники.

Трансплантация яичников, как известно, может быть или в виде аутотрансплантации, или в виде гомотрансплантации. В первом случае яичник, или его часть, берется от самой больной и пересаживается в то или другое место, во втором он берется от другой женщины. Местом для пересадки яичника служат самые различные области женского организма, начиная от полости брюшины, мышц брюшных стенок и кончая клетчаткой бедер и больших половых губ. При этом берутся чаще женские яичники, хотя некоторые авторы описывают благоприятные результаты трансплантации яичников и от животных. Так, напр., Ortega сообщает об успешной пересадке яичника овцы девушке 18 л. с признаками недостаточной деятельности ее собственных яичников; через 3 мес. после операции у пациентки пришли первые крови, растительность на лобке увеличилась, груди значительно развились, изменилась психика и т. п.

К числу недостатков чисто-технического характера при всех гомотрансплантациях яичника нужно отнести трудность получения эксплантата. Надо иметь одновременно двух больных, из которых у одной требуется удалить яичник, а у другой имеется необходимость пересадки, причем обе операции должны быть произведены одновременно,—обстоятельство, которое и является причиной сравнительной редкости разбираемой операции.

Так дело обстоит до самого последнего времени. В настоящее время вопрос о нахождении материала для пересадки яичников упростился, благодаря открытию, которое сулит богатое будущее этой отрасли хирургии. Я имею в виду открытие, сделанное Zondeck'ом и Wolff'ом в Патолого-Анатомическом Институте Lubarsch'a в Берлине. Применяя Karrel'евский метод роста тканей *in vitro* по отношению к яичнику 8-месячного ребенка, взятому спустя 8 часов после смерти девочки, указанные авторы, кроме получения культуры ткани яичника *in vitro*, с несомненностью установили возможность пользоваться для целей пересадки яичников яичниками, взятыми от свежего женского трупа. При этом рядом опытов авторы доказали возможность довольно продолжительного сохранения яичниками способности к функционированию после консервирования их холодом. Способ консервирования состоит в том, что яичник (или его часть), добытый после операции или из трупа вскоре после смерти, помещается в стерильную чашку Petri, промывается холодным Ringer'овским раствором, затем закрывается другой чашкой и помещается в ледник при t^0 — 12^0 . Предприимчивые немцы фабрикуют уже теперь для этой цели усовершенствованные переносные ледники.

Перейду теперь к вопросу, являющемуся основным в настоящем моем сообщении,—вопросу о пересадке яичников в полость матки. Как я уже отметил выше, целью пересадки яичника является восстановление его функциональных способностей, причем последние можно разделить на функциональные способности яичника, как железы с внутренней секрецией, и—как железы с внешней секрецией, вырабатывающей и выделяющей яйцевые клетки. Для проявления этой второй функции в норме необходимо наличие здоровых труб, как органа, проводящего яйцевые

клейки от яичника в полость матки. Без труб до настоящего времени яйцевая клетка, даже при наличии яичников или после их пересадки, не могла попасть в матку, и, следовательно, невозможно было восстановление функции яичника, как железы с внешней секрецией. Но то, что казалось невозможным раньше, с ростом оперативной техники и углублением изыскательской мысли в настоящее время становится возможным, открывая новые горизонты в деле лечения бесплодия.

В этом отношении интересны опыты с пересадкой в матку оплодотворенных яиц у животных, сделанные Briedl'em, Peters'om и Hofstätter'om, которые в 1921 г. пересаживали у кроликов оплодотворенные яйца в матку другого животного. Эти авторы установили, что у девственных животных пересаженные яйца погибают в матке, у животных же, раньше рожавших, матка к этим яйцам относится, как к своим собственным, и после их пересадки может наступить нормальная беременность. К сожалению, сделать подобные опыты на человеческом материале не представляется возможным в виду трудности получения оплодотворенных яйцевых женских клеток. Но, с получением возможности иметь культуру яичника *in vitro*, надо думать, что в недалеком будущем мы будем иметь у себя в пробирке и оплодотворенные женские яйца.

Если мы пока не можем пересадить в полость матки женщины оплодотворенное яйцо, то за то возможным оказывается пересадка туда яичника или его части. Первая цель этой операции—та, которую мы преследуем, пересаживая яичник куда-либо в другое место, т. е. устранение кастрационных расстройств; вторая цель—сделать возможным наступление беременности при полном отсутствии труб, так как можно предполагать, что яйцевые клетки, выделившись из пересаженного яичника в полость матки и будучи здесь оплодотворены, могут привиться и дать беременность.

Спрашивается: можно-ли допустить и оправдать подобную операцию? В настоящее время на основании целого ряда экспериментальных исследований и клинических наблюдений можно без колебаний дать положительный ответ на этот вопрос.

Как известно, первый результат удаления яичников есть выпадение менструаций. После аутотрансплантации яичника, независимо от места пересадки, в первую очередь восстанавливается менструация—на срок 5—10 лет. Это установлено еще 20 лет тому назад Tüffier и подтверждено многочисленным рядом наблюдений других исследователей, как-то Mc Arthur'a, Miller'a, Mathëi, Lack'a, Blair-Bell'я. Tüffier с 1922 по 1925 г. сделал до 50 пересадок яичников в матку, причем, за исключением двух случаев, у всех больных после операции наступили регулярные крови. Он высказывается при этом за преимущества пересадки яичника на ножке, считая эту операцию прекрасным способом сохранить менструацию. Отрицательная сторона этой операции, по его мнению,—та, что в матку вводится не только сам яичник довольно больших размеров, но и его сосуды и нервы, и при этом последние могут ущемиться, благодаря сокращениям миометрия.

Я лично за последний год сделал 3 операции пересадки яичника в полость матки. В одном случае была пересажена часть яичника свободно, в 2 других случаях—с сохранением ножки. У двух первых больных в настоящее время имеется менструация—у одной в течение 9—10 мес.,

у другой втечении 5 мес. Третья больная только что выписалась из клиники, но думаю, что и у ней эта функция также будет нормальная.

Посмотрим теперь, каким образом операция пересадки яичника в матку сказывается на процессах оплодотворения и беременности. Личного опыта в этом отношении у меня пока нет, и поэтому я приведу лишь литературные данные преимущественно иностранных авторов, так как у нас в России этот вопрос совершенно не затрагивается в доступной мне литературе.

Прежде всего интересна экспериментальная сторона данного вопроса. В этом отношении мы можем гордиться, что первая свободная пересадка яичника в матку была произведена нашим соотечественником Григорьевым в 1897 г. на кроликах; но его опыты остались у нас одинокими и как-то не привлекли к себе должного внимания других исследователей. Лишь спустя много лет они были повторены за границей и дали там в конечном итоге данные, позволившие поставить эти опыты и в клинической обстановке, на женщинах.

Григорьев пересаживал яичники в рога матки кроликов и имел затем 4 беременности и 4 родов. В 1909 г. Krieger повторил эти опыты на 12 кроликах и наблюдал у них правильную функцию пересаженных яичников втечении многих лет. Из других авторов Ester мог констатировать у собак 2 случая беременности вслед за пересадкой свободных яичников в рога матки. В последнее время (1925 г.) Benesch и Köhler пересаживали яичники свободно у кроликов и морских свинок. Пересаживалась только половина яичника, которая пришивалась шелком к мышцам матки, но через несколько дней или недель исследование обнаруживало, что маточная полость была свободна,—матка выбрасывала яичник, или он рассасывался. Поэтому те же авторы потом стали пересаживать яичники на ножке у собак, причем для большей емкости полости матки они брали беременных собак, у которых пересадка производилась после предварительного кесарского сечения. Всего ими было оперировано таким образом 7 собак. Ни у одной из них авторы после этого не наблюдали беременности, хотя животные и имели совокупление. Через несколько месяцев собаки подвергались новой лапаротомии, причем у 2 собак яичников не оказалось в полости матки, а у остальных, при гистологическом исследовании найденных там яичников, последние оказались совершенно нормальными, без всяких признаков дегенеративных изменений; в них имелись фолликулы во всех стадиях развития. Но во всех случаях яичники были окружены соединительнотканым и эпителиальным слоями.

Все указанные авторы имели дело с яичниками тех же животных, т. е. они производили операцию аутотрансплантации. Посмотрим теперь, как обстоит дело с гомотрансплантацией яичников.

Castle и Philipps, в 1913 г., произвели 141 опыт этого рода на морских свинках. В 100 случаях самки совокуплялись, но только в 3 случаях у них наступили беременность и роды. Guthrie пересаживал яичники кур, черных и белых, и наблюдал, какие результаты получались при перекрестном оплодотворении.

Уже упомянутые Castle и Philipps в результате своих опытов на свинках пришли к выводам, что для того, чтобы получить успешные результаты при пересадке яичников от других животных, необходимо пользоваться животными „чистыми“ в родовом смысле.

Weisner экспериментировал на больших полевых мышах. Сделавши 68 опытов пересадки яичников, он в 20% имел успех. В заключение своей работы он приходит к следующим выводам: 1) гомотрансплантация яичника может давать беременность; 2) доказательством того, что плод в этих случаях обязан своим происхождением пересаженному яичнику, служат результаты совокупления самцов - альбиносов с самками, у которых были пересажены яичники альбиносов же, — от них рождались дети - альбиносы, если же пересаживался яичник пигментированных самок, то плод от совокупления с самцом - альбиносом рождался пигментированным; 3) беременная самка не оказывает влияния на плод; 4) число плодов, происходящих из пересаженных яичников, значительно меньше обычного.

Из сказанного можно заключить, что эксперименты на животных дают возможность при пересадке яичников в матку, путем ли аутоотрансплантации, или путем гомотрансплантации, получить оплодотворение и беременность.

Взглянем теперь, что дает нам клиника в этом вопросе. Здесь мы также имеем ряд весьма интересных наблюдений как при производстве аутоотрансплантации, так и при гомотрансплантации.

Tüffier и Bour при аутопластике имели 40 случаев пересадки, но не получили ни одного случая беременности. Petit, в 1908 г., оперировал женщину 32 л. по поводу гнойного воспаления труб, причем ему пришлось убрать и правый яичник; оставшуюся часть левого яичника (1/4 его) на ножке он пересадил через разрез в полость матки; после операции крови, а в феврале 1910 г. наступила беременность, окончившаяся нормальными родами 26/X 1910 г., причем родилась девочка в 8 фунтов весом. Ester проделал пересадку яичников на ножке в матку у 100 женщин; он имеет сведения о 27 оперированных, причем беременность наступила у 4 из них; в 2 случаях беременность эта закончилась нормальными родами живыми плодами, в 2 остальных последовал аборт на III месяце.

Такие же, более или менее благоприятные, результаты были получены и при свободной пересадке яичников. Так, Morris, которому принадлежит честь первой пересадки яичника у женщины, в 1895 г., удалив яичники и трубы у женщины 26 лет, пересадил часть яичника во внутренний сектор трубы; вскоре после операции наступила беременность, которая, однако, закончилась абортом на III мес.

В том же году Mars и Franck проделали эту операцию в 3 случаях и в 1 случае имели нормальные роды, в 1—аборт, и в 1 случае, возможно, имела место внематочная беременность. Ester, в 1922 г., получил хорошие результаты от пересадки яичников у 19 женщин, из которых у 2 наблюдалась беременность, закончившаяся родами.

Таким образом можно заключить, что аутоотрансплантация яичника в матку свободно или на ножке позволяет надеяться на беременность, которая, хотя и может закончиться абортом, но все же в некоторых случаях доходит до конца и приводит к нормальным родам.

Что касается операции гомотрансплантации яичников у женщины, то здесь мы имеем пока только единственный случай успешности этой операции, — это случай Morris'a, который в 1903 г., после удаления у 21-летней женщины ее яичников, пересадил ей в широкую связку

вдоль трубы 2 кузочка яичника (в $\frac{1}{2}$ сант. длиной и $\frac{1}{4}$ сант. шириной) от женщины 33 лет, страдавшей проляпсом. Через 3 года наступила беременность и роды нормальным ребенком. Тот же автор в дальнейшем применил еще в 14 случаях эту операцию; но беременность наступила только в одном из этих случаев, и то она закончилась абортom. Все же, т. о., и после удаления яичников у женщины и пересадки ей яичника от другой женщины беременность и роды возможны.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Cullen. Bull. of the John Hopk. Hosp., 1922, t. XXXIII.—
- 2) Tüffier et Bour. Presse med., 1924, № 43; 1925, № 64.—
- 3) Briedl, Peters u. Hofstätter. Zeit. f. Geb., 1922, Bd. LXXXIV.—4) Mc Arthur. Med. Journ. of Aust., 1924.—5) Miller. New-Orleans Med. and Surg. Journ., 1924, t. LXXVI.—6) Mathëi, Zentr. für Gyn., 1924, № 35.—7) Lack a. Blair-Bell. Цит. по Tüffier и Boury.—8) Krianer. Arch. f. Gyn., 1900, Bd. LX.—
- 9) Григорьев. Zentr. f. Gyn., 1897, S. 663.—10) Ester. Med. Times, 1922.—11) Benesch u. Köhler. Zentr. f. Gyn., 1925, № 46.—
- 12) Castle a. Philipps. Science, 1913.—13) Guthrie. Journ. of Exp. Zool., 1908.—14) Wiesner. Arch. f. mikr. Anat., 1923, Bd. XCIX.—15) Morris. New-York med. Journ., 1895.—16) Frank. Zentr. f. Gyn., 1918, № 7.—17) Morris. Med. Ber., 1906.—18) Ф. Н. Ильин. Журн. Ак. и Жен. Бол., 1925, № 4.

Dr. A. K. Sofoterow (Samara). Zur Frage über die Transplantation des Eierstockes in die Uterushöhle.

Der Verfasser machte diese Operation bei 3 Kranken, wobei bei einer ein Teil des Eierstockes frei transplantiert wurde, bei zwei anderen—an einem pedunculus. Zwei von diesen Kranken menstruierten (die eine während 9—10 Monate, die andere—5 Monate), die dritte hat vor Kurzem Klinik verlassen.

К перкутанной туберкулино-терапии в детском возрасте.

Д-ра М. М. Левинсон.

Туберкулин с лечебной целью применяется при детском tbc реже, нежели при tbc у взрослых. Это объясняется рядом сомнений, какие существуют при проведении туберкулиновой терапии вообще, как небезопасность этого метода, спорность получаемых результатов и пр. Кроме того, в тех случаях, где течение tbc неблагоприятно и требует терапевтического вмешательства, у детей чаще, чем у взрослых, наблюдается острое течение, при котором туберкулиновая терапия противопоказана. Некоторое значение имеет и то обстоятельство, что клиника детского tbc менее изучена, почему безошибочно подбирать вполне подходящие случаи для этого метода лечения труднее, чем у взрослых.

Что касается способов применения туберкулина, то в последние годы все больше проявляется стремление вводить его не под кожу, а в самую кожу, так как обнаружено, что кожа играет большую роль в выработке антител. В течение последних лет появилось много работ (Hoffmann, Bloch, Menz), указывающих на роль кожи в выработке иммунных тел.

Hoffmann находит, что кожа не только защищает организм от внешних повреждений, но что она известным образом влияет на течение заболеваний внутренних органов. Давно известно, что многие болезненные процессы в коже протекают более благоприятно, чем в других тканях. Уже в глубокой древности было отмечено, что оспа, привитая в кожу, протекает легче самопроизвольной; то же можно сказать и относительно сибирязвенной кожной пустулы по сравнению с другими формами сибирской язвы; также среди раковых заболеваний—рак кожи протекает благоприятнее рака других органов. Тbc кожи также сравнительно представляет благоприятную форму его (Лепский). Jenner указал на биологические свойства кожи после того, как ему удалось путем прививки вакцины защитить организм от столь тяжелого инфекционного заболевания, как оспа. Уже в 1822 году тому же Jenner'у удалось доказать благотворное влияние процедур, раздражающих кожу, на течение заболеваний внутренних органов, что в последнее время подтверждено Hoffmann'ом и Misch'ом, которые нашли, что действие на кожу общих световых и солевых ванн способствует усиленной продукции иммунных тел.

Menz установил следующие закономерные отношения между функцией кожи и иммунитетными процессами при инфекционных заболева-

ниях: инфекционные заболевания, фильтрующий вирус которых обнаруживает „обязательный дермотропизм“, ведут к более или менее абсолютному иммунитету. Напротив, инфекционные заболевания, фильтрующий вирус которых не обнаруживает „обязательного дермотропизма“, не дают абсолютного иммунитета (цит. по Н а у е к'у).

Tbc палочка не обнаруживает „обязательного дермотропизма“, и потому tbc не ведет к абсолютному иммунитету. Но, тем не менее, кожный иммунитет при tbc значительно выражен, чем и обуславливается, по Мисс'у, сравнительная редкость волчанки. По Н о f f m a n n'у лица, страдающие волчанкой, редко заболевают tbc внутренних органов, в частности tbc легких. Что кожа играет видную роль в выработке иммунных тел явствует, по Медовикову, из того клинически известного факта, что золотушные дети, у которых tbc выражается в кожных проявлениях, редко заболевают в дальнейшем tbc легких.

Bloch приписывает коже биологические свойства, называя ее защитным органом против бактерий и их токсинов для внутренних органов, почему лечебный метод, избирающий кожу за исходный пункт, заслуживает большого внимания. Поэтому вполне естественно использовать кожу, как место приложения специфической терапии при tbc.

Накожное втирание туберкулина было впервые предложено Spen-gler'ом в 1897 г. при лечении лихорадящих больных, большей частью детей. Он энергично втирал в кожу туберкулин от 1 до 200,300 mgr. с промежутками в 2—3 дня. Высокие дозы он повторял и, спустя 8—14 дней, переходил к инъекциям.

В том же 1897 г. Petruschky предложил свою модификацию накожного применения туберкулина на Международном Конгрессе в Москве; но тогда этот метод не получил широкого распространения.

В дальнейшем Мого предложил для терапевтического применения мазь, известную под названием эктебина, а R o n d o r f применял втирание старого туберкулина К o c h'а в царапины длиной в палец, нанесенные на кожу. На методах Мого и R o n d o r f'a мы останавливаться не будем, так как мы пользовались методом, близким к методу P e t r u s c h k y.

Лечение tbc путем втираний Petruschky проводил в течение многих лет. Материал его с 1919 по 1922 г. охватывает свыше 3000 случаев. Он применял этот метод при разнообразных формах tbc—легочном, костном и железистом. При закрытых формах tbc эта терапия преследует цель повысить специфическую резистентность и препятствовать переходу закрытого tbc в открытый. Особенно горячо рекомендует Petruschky прибегать к втираниям у детей с положительной реакцией Pirquet, а также с профилактической целью—у детей с отрицательной реакцией на туберкулин, но происходящих из семей, где имеется открытый tbc, полагая, что в незараженном организме можно путем туберкулина повысить сопротивляемость к tbc инфекции.

При применении этой терапии Petruschky не получал местной реакции. Что касается температурной, то и она в большинстве случаев не наблюдалась. Это обстоятельство заставляет многих усомниться в действительности этого метода. Действительно, возможно-ли путем втираний ввести в биологическое обращение, по выражению Н а у е к'а, достаточное количество антигена, чтобы вызвать достаточное раздражение? Но после-

того, как Petruschky экспериментально доказал проницаемость неповрежденной кожи для размельченных тbc бацилл, нельзя сомневаться в проходимости кожи для туберкулина. В пользу того, что туберкулин всасывается, говорит также падение веса после каждого втирания, как это наблюдал у 2 детей проф. Медовиков при проведении туберкулиновой терапии.

Petruschky отмечает у своих больных вначале втираний утомляемость, бессонницу, увеличение кашля, мокроты у легочных больных. Но очень скоро как Petruschky, так и Grossmann наблюдали улучшение общего состояния больных,—в виде повышения веса, прекращения бессонницы, поднятия настроения,—и улучшение местных явлений как со стороны желез, так и в легких.

Bedeiker пользовался методом Petruschky при детском тbc. Из 286 детей 153 с положительной реакцией Pirquet были лечены им втираниями по Petruschky. На основании полученных результатов автор пришел к заключению, что дети с положительной реакцией Pirquet в большинстве лучше поправлялись (в весе, росте), нежели дети с отрицательной реакцией на туберкулин,—в то время, как годом раньше лучше поправлялись у него дети с отрицательной реакцией Pirquet.

Науек применял перкутанную терапию в течение 3 лет. На излечении у него состояло свыше 600 детей. Результаты от проведенного лечения он получил вполне удовлетворительные. Относительно метода Р. он говорит следующее: „В настоящее время можно считать твердо установленным, что перкутанная терапия по методу Р. как биологически, так и с точки зрения упрощенной техники заслуживает нашего полного интереса, и что несомненной заслугой является разработка этого способа в ценный метод“. По Науек'у метод Р. можно назвать многообещающим“.

В противоположность Науек'у ряд авторов, как Bandelier и Rörke, Ulrici, Gehrike и Schmied, находят, что этот метод недействителен. Ulrici на большом материале не мог получить никакой реакции, не взирая на то, что он втирал до 80 капель, но этому автору возражает Müller, который получал реакцию у больных уже при втираниях 1—2 каплей раствора 1: 25000.

В виду разнообразной оценки этого метода, который мог-бы быть большим приобретением в лечении тbc, если-бы положительные результаты от него подтвердились, в нашей клинике были предприняты наблюдения над перкутанной туберкулиновой терапией, каковая терапия применялась здесь, начиная с зимы 1923 г.

При подборе больных для лечения названным методом исключались дети с далеко зашедшим процессом. Возраст больных был различен—от 1 г. 2 м. до 13 лет. Всех детей, у которых была применена туберкулиновая терапия, было 23, из них 15 лечились стационарно и 8—амбулаторно. Среди них были дети с тbc желез—шейных (4) и бронхиальных (6), страдавшие субкомпенсированным тbc легких (11) и множественным тbc кожи и костей (2). Дети поступали в клинику с жалобами на похудание, головную боль, отсутствие аппетита, раздражительность. Некоторые из них, особенно маленькие, страдали бессонницей. Лечение проводилось в зимние месяцы. Что касается обстановки, в которой дети жили во время лечения, то амбулаторные больные оставались в прежних условиях. По отношению к стационарным больным лечение свежим возду-

хом не применялось, так как из-за отсутствия теплого верхнего платья дети почти не гуляли. К обыкновенному больничному столу прибавлялся рыбий жир по десертной или чайной ложке 2 раза в день, в зависимости от возраста. К лечению больных втиранием мы прибегали после месячного наблюдения, когда убеждались в том, что ребенок на обычном больничном режиме не поправляется.

Втирание туберкулина проводилось нами по модифицированному методу Petruschky. Нами была приготовлена смесь из равных частей глицерина, старого туберкулина и Bacillen Koch'a, аналогичная мази Petruschky, в разведениях 1:10, 1:100 и 1:1000. Сперва делалось 10 втираний разведения 1:1000 с 3-дневными промежутками, а затем 10 втираний разведения 1:100 с недельным перерывом. Как втирания 1:1000, так и втирания 1:100 начинались с одной капли и доводились до 9, причем до 4 капель каждая доза повторялась 2 раза. Втирание производилось на внутренней поверхности предплечья. После тщательной дезинфекции кожи спиртом и эфиром на кожу наносилось пипеткой нужное количество препарата и втиралось досуха в кожу гладкой поверхностью какого-нибудь стеклянного предмета.

Во всех наших случаях местной реакции мы не получили; что касается температурной реакции, то в большинстве случаев t^0 в течение первых 2—3 втираний повышалась на 2—3 десятых градуса; в этом, однако, мы не усматривали причины для прекращения лечения. Лишь в двух случаях, о которых будет упомянуто ниже, нам пришлось отказаться от этого метода, так как после каждого втирания на другой день t^0 у детей повышалась до 38^0 . Вес детей при первых 2—3 втираниях не менялся, хотя в нескольких случаях наблюдалось падение его на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ фун. Раздражительность и беспокойство к этому времени возрастали, при железистом тбс железы делались крайне болезненны, в свищах увеличивалось количество отделяемого, дети плохо спали и ели. При дальнейших втираниях, однако, картина резко менялась: t^0 выравнивалась до нормы, раздражительность и головные боли уменьшались, а в дальнейшем совершенно исчезали, дети начинали хорошо есть и спать, причем это до того резко бросалось в глаза, что отмечалось как родителями амбулаторных больных, так и больничным персоналом, как средним, так и высшим. При железистом тбс наблюдалось уменьшение желез в объеме, хотя полного рассасывания достигнуть не удалось. Что касается легочных процессов, то притупление оставалось in statu quo, но количество хрипов уменьшалось. Таким образом к моменту выписки больных можно было обнаружить улучшение как общего состояния, так и местных процессов.

В среднем лечение путем перкутанной терапии продолжалось от 3 до 4 месяцев. Приводим в виде примеров краткие выдержки из двух историй болезни:

I. Б-ая Ф., 13 лет, поступила в клинику 5/1 23г. с жалобами на кашель, головную боль, общую слабость, плохой аппетит. Больна с мес-ца. Больная перенесла в раннем детстве корь и скарлатину; родители ее умерли во время голода, и она живет в приюте. Бледная, худая девочка; прощупываются шейные железы величиной в горох, а также наключичные и подмышечные величиной в чечевицу. Симптомы D'Esrpine'a, Koganu'i налици. В правом легком имеется укорочение перкуторного звука у нижнего угла лопатки; тут же выслушиваются крепнителирующие хрипы. Рентгеноскопией обнаружено увеличение желез у hilus'a справа. Со стороны сердца изменений нет. Селезенка не прощупывается, печень определяется на 1 сант. по l. mamillaris. В моче ничего патологического. Реакция

Pirquet резко положительная. T° дает под'емы до 38°. В течение первых 5 недель пребывания в клинике б-ая потеряла в весе $1\frac{1}{2}$ ф. После того, как t° у ней снизилась до 37,5°, приступили к втираниям туберкулина. При первых втираниях вес тот же, t° не выше 37,7°, больная очень раздражительна, плохо ест. При дальнейших втираниях t° ниже 37°, больная прибывает в весе, настроение хорошее. Получив 10 втираний раствора 1: 1000 и 8—раствора 1: 100, больная выписалась при хорошем самочувствии и нормальной t°, прибавившись в весе на 10 фунт.; что касается процесса в легких, то притупление осталось без перемен, хрипы же перестали выслушиваться. Спустя 1 год после проведенного лечения, больная была нами исследована; она отмечала хороший аппетит, отсутствие головной боли, хорошее настроение; в легких хрипов не оказалось, притупление же осталось без изменения.

II. Б-ая А., 4 лет. Мать жалуется на то, что девочка плохо ест, худеет, кашляет, раздражительна. T° дает под'емы до 37,2—37,4°. На веках часто образуются ячмени. У отца катарр верхушки; лечится в диспансере. Девочка бледная, но хорошо упитанная. Лимфатические железы—шейные и надключичные увеличены. Симптомы Koganui, D'Espine'a налицо. Рентгеноскопией обнаружено увеличение желез у hilus'a больше справа. Реакция Pirquet резко-положительная. Девочка, получив 10 втираний, прибыла в весе на 2 ф., стала хорошо есть. Заболела корью, которая не повлияла неблагоприятно на течение tbc процесса. Оправившись от кори, больная продолжала курс лечения.

Столь же удовлетворительные результаты мы получили и во всех других наших случаях, за исключением двух. Что касается этих последних больных, то краткие данные об них таковы:

I. Б-ая С., 1 г. 2 м., с диагнозом lymphadenitis colli, scrophulosis, у которой после каждого втирания туберкулина мы получали под'емы температуры до 38° и падение веса.

II. Б-ой А. с субкомпенсированным легочным tbc. После 5 втираний туберкулина у него были обнаружены явления экссудативного плеврита и под'емы t° до 39°.

К конпу туберкулинового лечения наши больные давали положительную реакцию на туберкулин в то время, как Р. у своих больных получал положительную анэргию. Такую реакцию на туберкулин у наших больных мы можем объяснить тем, что они у нас получали один курс лечения в то время, как больные Р. подвергались систематическому лечению в течение многих лет. Что касается прочности полученных результатов, то для суждения об этом материал наш недостаточен. Все же мы должны отметить, что при исследовании 20 детей, спустя 12—18 месяцев после проведенной терапии, мы могли убедиться, что дети чувствуют себя хорошо, и что tbc процесс у них дальше не распространяется.

Метод накожных втираний имеет очень большие преимущества,—он безболезнен, дешев, выполнение его крайне просто, и, по Науеку, он требует врачебного контроля лишь время от времени, почему может быть проводим в любой обстановке—в амбулаториях, диспансерах, и даже в домашней обстановке. Наряду с достоинствами этому методу свойствен, однако, и большой недостаток—невозможность точно дозировать количество всасывающегося туберкулина.

Резюмируя свои наблюдения, мы можем сказать, что метод накожного втирания туберкулина, как самый простой и дешевый, заслуживает внимания врачей, особенно в России, где им очень мало пользуются. Применение его показано в случаях хронической tbc интоксикации, в начальных формах легочного tbc, а также при костном tbc.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Bandelier u. Röpke. Lehrb. d. spez. Diagnose u. Therapie d. Tbc. Leipzig. 1920.—2) Böhm. Zeit. f. ges. exper. Med., 1924, Bd. 40.—3) Воробьев. Каз. Мед. Жур., 1921, № 2.—4) Наяек. Проблема тbc. IV изд.—5) Gehriке u Schmied. Beitr. z. Klin. d. Tbc Bd. 60, H. 4.—6) Grossmann. Die spez. Percutanbehandlung d. Tbc, nach Petruschky. 1921.—7) Ленский. Лекции о тbc дет. возраста. Казань, 1923.—8) Медовиков. Вр. Дело, 1924, № 16—17.—9) Menz. Münch. med. Woch., 1920, № 39.—10) Müller. Ib., 1923, № 39.—11) Ulrici. Ib., 1915, S. 145.
-

D-r M. M. Lewinsohn. Zur perkutanen Tuberkulinbehandlung im Kindesalter.

Zur Behandlung wurde eine Modification der Petruschky'schen Methode, welche in 1—2 Mal wochentlichen Einreibungen eines Gemisches von Tuberkulin, Bazillenemulsion und Glycerin in Verdünnungen 1:1000 und 1:100 bestand, angewandt. Die 23 von 1 J. 2 M. bis 13 J. alten Kinder, welche nach dieser Methode behandelt werden, litten theils an aktiver Lungentuberkulose, theils an Drüsen- und Knochentuberkulose. Nach den ersten Einreibungen wurden kleine Temperaturerhöhungen und Gewichtsverluste beobachtet, im weiteren Verlaufe der Behandlung konnte aber eine Besserung sowohl des Allgemeinbefindens, als auch der localen Prozesse festgestellt werden, trotzdem die Behandlung im Winter erfolgte und keine Freiluftbehandlung angewandt worden ist. Bei einer Nachuntersuchung von 10 Kindern nach 12—18 Monaten konnte Verf. ein gutes Allgemeinbefinden und ein Stationärbleiben des örtlichen Prozesses feststellen. Das Verfahren wird zur Behandlung der sog. tuberkulösen Intoxication, der Anfangsstadien von Lungentuberkulose sowie der Knochen- und Drüsentuberkulose empfohlen.

Брюшные рефлексы*).

Д-ра И. Б. Галанта (Москва).

Семиологическое значение брюшных рефлексов, как и большинства других рефлексов, велико, а те детальные исследования этих рефлексов, которые с давнего времени (с 1912 г.) с особенной тщательностью и различными методами (клинически-анатомическими и экспериментальными) проводил шведский невропатолог Gotthard Söderbergh, дают повод подозревать, что рефлексы эти в некотором отношении имеют даже особенно большое значение и играют исключительную роль. И в самом деле, Soederbergh провел до того тонкий анализ рефлекторно-двигательных явлений брюшных покровов, что он на основании таких рефлекторно-двигательных, с первого взгляда незначительных, но все же отклоняющихся от нормы явлений в состоянии был заключать о существовании заболеваний спинного мозга (опухолей) в области D₅₋₁₂ с точной локализацией заболевания. Söderbergh достиг такого совершенства после того, как он электрически раздражал передние дорсальные корешки интрадурально (при подходящих случаях ламинэктомии). При этом он с исключаяющей всякую ошибку точностью установил следующее:

1. D₅ иннервирует I сегмент прямой мышцы брюшной стенки (сокращение первого сегмента *m. recti* по обеим сторонам живота при раздражении D₅; смещения пупка при этом не наблюдается).

2. D₆ иннервирует I и II сегменты *m. recti* (гомолатеральное сокращение I и II сегментов этой мышцы со смещением пупка вверх по прямой линии при раздражении D₆).

3. D₇ оказывает влияние на *rectus* выше пупка и на верхнюю часть *m. obliqui ext.* (при раздражении D₇ получаются сокращения I, II и III сегментов *m. recti* и небольшой части боковой мускулатуры живота в углу между *m. rectus* и нижним краем *thorax'a* с нижней границей, тянущейся по направлению сверху и сбоку медиально и вниз, а также смещение пупка вверх, несколько гомолатерально).

4. D₆ и D₇ имеют, вероятно, отношение и к верхней части *m. transversi abdominis*.

5. D₈ иннервирует *rectus* выше пупка и боковую мускулатуру немного ниже пупка [смотря по силе примененного к D₈ электрического тока можно было наблюдать: лентообразное сокращение шириной в 2—3 ст., идущее от нижней латеральной части реберной дуги к оставшемуся на своем месте пупку (слабый электрический ток); усиление лентообразных сокращений и гомолатеральное смещение пупка больше по горизонтальной линии, чем вверх (сильный электрический ток); *m. rectus*

*) См. Каз. Мед. Жур., XX, № 6, и XXI, № 7.

раздраженной стороны был сокращен в его трех верхних сегментах, боковая мускулатура—в верхней и средней ее части немного ниже пупка; особенно сильные электрические раздражения имели своим результатом сокращения мускулов брюшной стенки выше пупка по обеим ее сторонам].

6. D_9 является главным иннерватором *m. transversi* на высоте пупка, принимает участие в иннервации средней части боковой мускулатуры и *m. recti* ниже пупка [гомо-или билатеральная реакция; сокращение верхней (первые 3 сегмента) и нижней части (IV сегмент) *recti*; горизонтальное смещение пупка].

7. D_{10} иннервирует среднюю часть *m. obliqui int.* и принимает участие в иннервации боковых мускулов ниже пупка, а также находящейся ниже пупка части *m. recti* [лентообразное втягивание живота шириною в 3—4 ст. непосредственно над пупартовой связкой, тянущееся параллельно этой связке кнаружи и кверху к XI и XII ребрам (воздействие слабых токов на D_{10}); при сильных токах получается складчатое втягивание пупка вниз и умеренное сокращение IV сегмента *recti*; все явления—гомолатеральны].

Эти экспериментальные данные Söderbergh согласовал с клиническими своими наблюдениями над брюшными рефлексами, благодаря чему сделалась возможной медуллярная локализация трех, различаемых этим автором, кожных брюшных рефлексов—верхне-брюшного, средне-брюшного и ниже-брюшного рефлекса. Верхне-брюшной рефлекс имеет свою жизненную силу в $D_{(6)7}$ — D_9 , средне-брюшной—в D_{8-9} , ниже-брюшной—в D_{10-12} ($L_1?$). Так как мышечные сокращения, соответствующие каждому из этих рефлексов, особенно характерны, и зона их распространения строго ограничена, то легко заключить по аномалиям в форме, интенсивности и распространении мускульных сокращений при каждом из этих рефлексов о заболеваниях спинного мозга в области D_5 — D_{12} ($L_1?$). Соответственно этим трем кожным брюшным рефлексам Soederbergh различает при поражениях спинного мозга в области D_{5-12} 3 брюшных синдрома: верхний синдром имеет свою причину в поражениях D_{5-7} , средний—в таковых D_{8-9} и, наконец, нижний—в поражениях D_{10-12} . Симптомы этих синдромов можно изучать на следующих случаях, сообщенных Soederbergh'ом:

Случай I. Клинически—парез *m. recti abdominis* выше пупка слева. Диагноз до операции: tumor в области D_4 ; на левой же стороне должны быть поражены D_5 и D_6 , и вероятно также— D_7 . При операции были удалены опухоли, давившие на D_5 и D_6 . При вскрытии можно было установить, что и седьмой дорсальный сегмент был подвержен компрессии.

Случай II. Клинически—неполное достоверный парез левого *m. recti* выше пупка, определенный легкий парез верхней части левого *m. transversi*, возможен также парез верхней части левого *m. obliqui ext.*, показавшего уменьшение электрической возбудимости. При операции найдена опухоль, давившая на левый D_7 . При вскрытии над D_7 опухоли не найдено.

Случай III. Клиническая картина: на правой стороне—судороги в прямой мышце живота выше пупка плюс фасцикулярные подергивания в *m. obliquus ext.* (в верхней части); при судорогах пупок смещается вправо кверху; при сильных припадках тонические судороги в *m. rectus* над пупком и в верхней и средней части боковой мускулатуры; пупок смещен вправо, и средняя линия образует выпуклость в эту же сторону, особенно над пупком. Диагноз до операции: опухоль, сдавливающая спинной мозг в области D_8 ; так как, однако, наблюдались и судороги мышц, которые бывают при электрическом раздражении D_7 и D_8 , то опу-

холь или опухоль и серозный менингит должны быть отыскиваемы в области D₇₋₈ справа. Больной умер до операции от воспаления легких. При вскрытии найдена справа опухоль, которая сдавливала D₇₋₈, главным образом D₇.

Случай IV. Клинически—судороги, смещающие пупок влево. При операции найдены небольшие опухоли на передней стороне спинного мозга в области восьмого и девятого дорсальных сегментов.

Случай V. Клиническая картина: судороги, сильно тянущие пупок вниз и влево, так что кожа в области пупартовой связки образует складки; после таких припадков пупок смещается вверх и вправо, что особенно хорошо заметно при кашле; парез левого m. obliq. inf. При операции была обнаружена опухоль в области D₁₀, видная с задней стороны спинного мозга, в углу между левым десятым дорсальным корешком и спинным мозгом.

Моторно-рефлекторные явления со стороны брюшной стенки оказываются, таким образом, верными опознавательными симптомами при локализации заболеваний спинного мозга в области D₅₋₁₂. Я думаю поэтому, что и вновь открытый мной брюшной рефлекс, т. наз. спино-илиакальный рефлекс, являющийся, однако, не кожным, а надкостничным, может со временем, при старательном изучении, приобрести высокое семиологическое значение—тем более, что он и теперь представляет немаловажный интерес.

Называется этот рефлекс спино-илиакальным потому, что *spina iliaca* есть тот пункт, раздражение которого дает в результате данный рефлекс. При поколачивании *spinae iliacaе anterioris superioris* молоточком наблюдается в тех случаях, где данный рефлекс положителен, одностороннее, соответствующее стороне раздражения *spinae iliacaе*, сокращение мускулатуры брюшной стенки, или же реакция распространяется по всему животу, и мы имеем сокращения мышц брюшной стенки по обеим сторонам *lineae albae*. Реакция на поколачивание *spinae iliacaе* до того разнообразна и до того склонна к различного рода вариациям, что она не может быть описана так, чтобы служить типом для каждого единичного случая спино-илиакального рефлекса.

Впервые я наблюдал SJR (спино-илиакальный брюшной рефлекс) у женщины, страдавшей тяжелой эпилепсией и представлявшей некоторый интерес и в других отношениях. Я поэтому опишу здесь этот случай более подробно.

Б-ая А., 26 лет, страдавшая с 21-го года жизни эпилептическими припадками, поступила в Лепёхинский Родильный Дом в Москве, чтобы подвергнуться операции кесарского сечения, т. к. она находилась на VI месяце беременности, и с течением беременности число эпилептических припадков у нее все возрастало. Операция, вместе со стерилизацией больной (*resectio tubarum*), была произведена 29/VIII 1925 г. Первоначальное намерение произвести ее под спинномозговой анестезией впоследствии должно было быть отброшено, т. к. у 6-ой непосредственно перед операцией участились сильные эпилептические припадки, и можно было опасаться, что, появившись, при спинно-мозговой анестезии, во время операции, они осложнят эту последнюю. Операция была поэтому произведена под общим хлороформным наркозом и прошла, как и послеоперационный период, вполне гладко.

Б-ая говорила, что она до 20-летнего своего возраста ничем не болела. Однако у ней имелись изменения, свидетельствовавшие о том, что она в детстве перенесла тяжелую нервную болезнь, по всей вероятности полиомиелит (*poliomyelitis anterior*): правые конечности, рука и нога, оказались у ней атрофичными, притом рука больше, чем нога, правая рука оказалась вдвое уже и тоньше левой. Атрофированы были m. interossei, мышцы thenar'a и hypothenar'a и вообще всей мускулатуры правой руки. Два средних пальца этой руки были искривлены в конечных фалангах так, что нагоминали картину остеомаляции или пальцы, находящиеся

ся в атетотических или хорейатических движениях. Б-ая говорила, что она, будучи ребенком 1½ г., попала под колесо, которое ей раздавило пальцы, чем, по ее мнению, и надо объяснить все явления, отмеченные на руке. Однако атрофия мускулатуры, анестезия руки и медиальной половины плеча и предплечья, отупение чувствительности на латеральной стороне конечности, своеобразный блеск кожи руки, повышенные периостальные рефлексы и патологические рефлексы руки (Daumenballen-Beugereflex), полная функциональная неспособность правой руки (больной с трудом удавалось сделать ею некоторые неkoordinированные движения),—все эти явления говорили за то, что в данном случае дело шло о поражении центральной нервной системы, тем более, что правая нога у больной тоже была атрофична, хотя и в меньшей мере, чем рука, и представляла ясно выраженный рефлекс Вабинского. Вероятнее поэтому, что б-ая в раннем детстве болела полиомиелитом (может быть, в abortивной форме), каковая болезнь осталась неизлеченной не только ею самой, но и окружающими лицами.

В 1920 г. А., служившая тогда няней в одной из московских больниц, заболела тяжелым тифом (брюшным?), болела 6 недель и находилась долгое время в коматозном состоянии. Когда она, наконец, начала выздоравливать и получила разрешение оставить постель, то, вставши, не успела сделать и двух шагов, как упала: с нею начались судороги, она прикусила язык, и у ней имело место непроизвольное мочеиспускание. Это был первый эпилептический припадок, которым и началась та тяжелая эпилепсия, которую она продолжала страдать и потом,—эпилепсия, развившаяся, стало быть, как осложнение брюшного (?) тифа. С тех пор припадки у ней стали повторяться 3—4 раза в месяц и чаще, отличаясь временами особенной интенсивностью. Во время их она иногда, ударяясь о пол и окружающие предметы, причиняла себе серьезные повреждения. Так, в конце 1924 г. она выпала в эпилептическом припадке из постели и сломала себе левую ключицу, другой раз сломала руку и т. д. Припадки больной, наблюдавшиеся в Лепёхинском Родильном Доме, были типичными эпилептическими, с полной потерей сознания, интенсивными клоническими судорогами, прикусыванием языка, пеной у рта и отхождением мочи. Интересно отметить, что у б-ой ни разу не случилось эпилептических припадков во время менструации—в противоположность тем случаям этой болезни, где припадки являются только во время менструации, или же к этому времени учащаются. Здесь кстати упомянем, что *menpes* начались у б-ой на 14-м году, повторялись до замужества каждые 2 месяца, а после замужества—каждый месяц, были обильны и безболезненны.

Объективное исследование, произведенное 8/IX, дало следующую картину: б-ая лежит спокойно в кровати, и трудно было-бы по внешности ее догадаться, что она всего 11 дней тому назад перенесла тяжелую операцию. По строению тела А. можно было-бы охарактеризовать, как мезопластичку, т. е. как довольно крепко сложенную женщину, с хорошо развитой мускулатурой, с сильным, но не бросающимся в глаза костяком, относительно слабым развитием жира, с широким, несколько выпуклым *thorax*-ом и в такой же приблизительно мере большими другими полостями тела. Внутренние органы не обнаруживают никаких отклонений от нормы. Правая рука атрофична, представляет признаки сильного пареза; правая нога тоже атрофична, но в функциональном отношении совершенно нормальна. Левые конечности здоровы. На животе отмечается свежий рубец от операции. Левая ключица имеет мозоль на месте сращения старого перелома. Кожа, волосы, ногти ничем патологическим не отличаются. Б-ая любезна и охотно дает ответы на вопросы. Речь ее плавна, но все же она говорит так, будто ей не хватает воздуха... Не приписывая речи б-й ничего специфически-эпилептического, я не мог все-таки не видеть в говоре ее одной из эпилептических ее особенностей. При исследовании рефлексов, которые на правой, атрофично-паретичной стороне были отчасти спастически повышены (верхняя конечность), отчасти понижены (пателлярный рефлекс), отчасти же подчеркнуто-патологичны (Вабинский, Daumenballen-Beugereflex), мне пришлось в голову ударить молоточком по *spina l. ant. sup.*, и в результате я получил большую рефлекторную волну, которая разлилась по всему животу. Я говорю «рефлекторную волну», ибо это не было обыкновенное, продолжающееся короткое время сокращение одной или нескольких мышц, как это обыкновенно наблюдается при рефлексках, а сравнительно продолжительное, волнообразное движение, которое было сильнее на той стороне живота, где была раздражена *spina iliaca*, и медленно терялось на противоположной стороне живота. Заинтересовавшись этим явлением, я решил изучить природу открытого мною феномена, распространив свои исследования на возможно большее число индиви-

дов, причем мне удалось установить, что мы имеем здесь дело с новым брюшным рефлексом, который я, в отличие от других брюшных рефлексов, назвал спино-илиакальным брюшным рефлексом.

Прежде, чем перейти к обсуждению результатов моих исследований SJR, я хотел-бы сделать несколько замечаний относительно точки, раздражение которой вызывает этот рефлекс,—*spina il. ant. sup.*

Spina il. ant. sup. отличается большой чувствительностью, и редко или, правильнее, никогда почти не встречаются б-ые, которые при первом или повторном ударе молоточком по *spina il.* не жаловались-бы на боли, иногда даже на невыносимые боли. Этот факт имеет своим объяснением то обстоятельство, что здесь надкостница совершенно обнажена, несмотря на то, что *spina il.* служит местом прикрепления *m. obliqui abdominis int.* и *m. sartorii*, а иногда на ней случайно попадают волокна *m. obliqui abdom. ext.* и *transversi abdominis*. Однако более, чем вероятно, что SJR—рефлекс чисто-периостальный, а не сухожильный. Это можно заключить из того обстоятельства, что, при большом сравнительно постоянстве SJR, сопровождающие его движения в ноге, которые можно было свести на раздражение прикрепления *m. sartorii*, или изолированные сокращения в боковой части брюшной стенки, как результат раздражения волокон прикрепления *m. obliqui. int.*, очень редки, и SJR распространяется большей частью на одну половину живота, или на весь живот.

Как уже сказано, SJR отличается большим постоянством. Я пробовал вызывать этот рефлекс у 116 женщин и нашел его в 90 случаях, т. е. в 77,5%, с обеих сторон равной приблизительно интенсивности. В остальных 26 случаях (22,5%) рефлекс или совсем отсутствовал (в 13 случаях=11%), или был на одной только стороне (в 9 случаях=3,5%), или же рефлекс был сомнительный (в 9 случаях=7,7%). Можно таким образом с известной оговоркой сказать, что SJR в 89% всех случаев положителен.

Главное различие между кожными брюшными рефлексам и SJR можно видеть в том обстоятельстве, что сегментальная локализация этого последнего рефлекса почти невозможна. Склонность к варьированию SJR очень велика, и трудно указать преобладающий тип реакции. Если исключить те случаи, где рефлекс сопровождается сопутствующими движениями в верхних или нижних конечностях гомолатерально ими перекрестно, или же движениями конечностей на обеих сторонах одновременно, и ограничиться теми только случаями, где рефлекс локализуется исключительно на животе, то можно различать следующие типы реакции на поколачивание *spinae iliacae*: 1) Рефлекс распространяется на весь живот (повышенный рефлекс). 2) Рефлекс не выходит из границ той половины живота, на стороне которой раздражается *spina il.*, причем реакция бывает различной интенсивности и имеет различную локализацию: а) рефлекс может состоять в сокращении I верхнего сегмента *pecti* (часто); б) рефлекс находит свое выражение в изолированных сокращениях мускулатуры нижней боковой части живота (локализованная реакция *m. obliqui int.*?); в) наблюдаются подергивания во всей передней части живота без или со смещением пупка; г) получаются сокращения мышц в средней и нижней половине передней части брюшной стенки (реже).

Разнообразие типов реакции, из которых каждый в отдельных случаях имеет свои индивидуальные особенности, делает излишним ста-

тистическое указание частоты отдельных типов реакции разбираемого рефлекса. Важно, однако, упомянуть следующую особенность последнего, имеющую силу закона:

SJR обыкновенно повышен там, где кожные рефлексы живота понижены или совсем отсутствуют; часто, впрочем, наоборот, SJR понижен или отсутствует, а кожные брюшные рефлексы повышены. Рефлекс этот, далее, повышен, если и другие периостальные рефлексы повышены. В общем наблюдается полная гармония между интенсивностью кожных брюшных рефлексов и SJR.

Такого рода „антагонизм“ между кожными брюшными рефлексами и другим периостальным рефлексом живота, т. н. „костальным брюшным рефлексом“, наблюдал G. H. Monrad-Krohn. Костальный брюшной рефлекс вызывается поколачиванием нижнего края thorax'a (нижние ребра) немного медиальнее мамиллярной линии. Рефлекс состоит в сокращениях мускулатуры брюшной стенки—главным образом m. obliqui ext. со смещением пупка в сторону точки раздражения. Этот рефлекс, как говорит Monrad-Krohn, особенно легко отличить от кожных брюшных благодаря тому, что в большинстве случаев, когда кожные рефлексы живота по причине пирамидального поражения отсутствуют, костальный брюшной рефлекс повышен.

Из патологических брюшных рефлексов Soederbergh упоминает инверсию брюшных рефлексов, которую он наблюдал в одном случае ограниченного серозного спинального менингита: при исследовании левого нижнебрюшного рефлекса пупок смещался вверх вправо. В другом случае (spondylitis), при исследовании средне-брюшного рефлекса, пупок смещался в горизонтальном направлении контралатерально.

Monrad-Krohn считает характерными для патологического брюшного рефлекса следующие особенности: 1) Рефлекс является после более или менее длинного латентного периода (1—2 секунды, в зависимости от интенсивности раздражения). 2) Сокращения мышц брюшной стенки билатеральны, причем сокращения на противоположной стороне раздражения половине живота (левой) сильнее, чем на гомолатеральной стороне, так что пупок смещается влево. 3) Сокращение мускулатуры живота сопровождается легкой флексией правой ноги в бедре и колене. 4) Раздражение, примененное для вызывания билатерального брюшного рефлекса, интенсивнее такового же для вызывания нормального брюшного рефлекса. 5) Щекочущее ощущение, сопровождающее обыкновенно нормальный левый брюшной рефлекс, отсутствует на левой стороне живота.

Следует отметить, что патологический брюшной рефлекс может быть налицо независимо от поражения пирамидального тракта (Monrad-Krohn).

Таковы в кратких чертах результаты многолетних тщательных исследований брюшных рефлексов. Всего их насчитывается шесть: три кожных брюшных рефлекса (верхне-, средне-и нижнебрюшной рефлексы), 2 надкостничных рефлекса [SJR (Галант) и костальный брюшной рефлекс (Monrad-Krohn)] и инверсия брюшных рефлексов, как тип патологического брюшного рефлекса. Патологических брюшных рефлексов.

в самом деле много, т. к. каждый нормальный брюшной рефлекс, приобретая указанные Monrad-Krohn'ом патологические особенности, которые я сам неоднократно наблюдал на различных брюшных рефлексах, делается патологическим рефлексом.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Перечень работ Soederbergh'a по вопросу брюшных рефлексов, числом 14, имеется в работе этого автора, помещенной в *Zeit. für die ges. Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 81, Heft 1/2. Из других работ по брюшным рефлексам достойны внимания: Monrad-Krohn, *Arch. of neurology and psychiatry*, vol. XIII, 1925; Monrad-Krohn and F. Konrnsfeldt, *ibidem*; Astwazaturow, *Journ. of neur. a. ment. dis.*, 1925, t. 61.

Dr. J. B. Galant (Moskau). Bauchreflexe.

Der Verfasser beschreibt in seiner Mitteilung den von ihm entdeckten spino-iliac'schen Reflex, den er nicht für einen Haut—, sondern für Periostalreflex hält. Dieser Reflex entsteht bei der Perkussion der spina os. ilei ant. sup., wobei entweder eine einseitige der Reizungsseite entsprechende Contraction der Bauchmuskulatur entsteht, oder die Reaktion verbreitet sich über den ganzen Bauch. Die Reaktion beim Klopfen auf die sp. il. ant. sup. ist überhaupt sehr verschieden. Zum ersten Mal erhielt der Autor diesen Reflex bei einer schwer an der Epilepsie leidenden Frau. Bei weiteren Untersuchungen in dieser Richtung an 116 Frauen erhielt er den positiven Reflex in 89%, wobei er ungeachtet der Verschiedenheit dessen fand, dass im Allgemeinen eine volle Übereinstimmung zwischen seiner Intensivität und der Intensivität der Bauchreflexe besteht.

Два случая кожного лейшманиоза, леченных сурьмой *).

Ассистента А. Б. Вайнштейна.

Бывшие столь редкими в наших широтах тропические болезни начинают, повидимому, встречаться у нас все чаще. Это находится в связи с пережитыми годами гражданской войны и голода, когда население бросало насиженные места, уезжало в далекие окраины (Туркестан, Закавказье), а теперь, возвращаясь оттуда, привозит с собою лейшманиоз и т. п. заболевания. Забывая об этом, мы иногда находимся в затруднительном положении, так как клиническая картина кожного лейшманиоза не дает никаких опорных пунктов для диагноза, и на помощь нам приходят только микроскоп и анамнез. Я позволю себе вкратце остановиться на некоторых спорных вопросах этиологии и гистопатологии этого страдания.

В то время, как общепризнанным возбудителем кожного лейшманиоза являются тельца *Leishman'a - Donovan'a* (идентичные таковым и при внутреннем лейшманиозе),—весьма оригинальный взгляд на этиологию страдания высказывает *Donagh*: по его мнению плохо воспринимающая окраску протоплазма паразита с узким, хорошо окрашивающимся ободком является вовсе не телом паразита, а остатком той эвдотелиальной клетки—„*Wirtzelle*“,—куда проник паразит, относящийся, по его мнению, к кокцидиям, почему и весь процесс он называет „авенерическим кокцидиозом“. Переносчиками болезни, помимо человека и домашних животных (*Марциновский*), могут служить комары рода *Anopheles* (*Franchini*) и клопы (*Faber* и *Harold*).

Тельца *Leishman'a - Donovan'a*, повидимому, являются паразитами тканевыми, так как в периферической крови их удалось найти только один раз *Neumann'y*. *Давытян*, наблюдавший случай *kala-azar*, мог обнаружить паразитов в мазках из пунктата селезенки только в том случае, если при пункции вместе с кровью попадала и селезеночная ткань.

Вопрос о взаимоотношении между кожным и внутренним лейшманиозом не выяснен до настоящего времени. Большинство авторов склонно отрицать возможность одновременного существования обоих заболеваний у одного и того же индивидуума (*Хозукин*, видевший в Мерве массу больных детей с кожным лейшманиозом при отсутствии у них *kala-azar*);

*) Сообщено в научном Собрании врачей Института 26/V 24 г.

находятся, однако, отдельные авторы, считающие такое сочетание возможным (Kastellano).

Клиническая картина кожного лейшманиоза не представляет ничего характерного. Различают кожную и подкожную формы (Cheen); встречающиеся при обеих формах узлы большей частью изъязвляются, хотя иногда попадаются папуло-пустулезные формы без изъязвления (Schröter, видевший у ребенка до 100 неизъязвившихся инфильтратов). Спорной является отчасти и гистопатология процесса: одни авторы находили строение эпителиомы и отсюда указывали на роль Protozoa при злокачественных новообразованиях (Cheen), большинство же считает кожный лейшманиоз банальным воспалением в начале болезни и инфекционной гранулемой — в конце ее.

После этого вступления обратимся к двум случаям кожного лейшманиоза, наблюдавшимся нами в Казани.

Весной 1924 г. в Кожно-Венерическую клинику почти одновременно поступило двое больных: III-в, 33 лет, и Ц-а, — девочка 4 лет, оба приезжие из Туркестана. Некоторый интерес со стороны анамнеза представляет первый больной: по его уверению он вернулся из Туркестана в конце 1920 г., заболел же в конце 1923 г., — инкубация здесь тянулась, т. о., три года (?); у второй больной заболевание тянется год. Оба больные явились в клинику по поводу имеющих на лице язв.

I. Б-ой III, 33 лет, татарин; телосложение и питание хорошее, со стороны внутренних органов и нервной системы никаких отклонений от нормы, кровь и лейкоцитарная формула также нормальны, WR и SGR отрицательны. Болезненный процесс локализуется на лице: на правой щеке имеется инфильтрат, величиной с $\frac{1}{2}$ ладони, подходящий вплотную к глазу; при ощупывании инфильтрата отмечается тестоватая припухлость; цвет его — синевато-фиолетовый. В центре инфильтрата неглубокая язва, величиной с медный пятак, круглой формы, со слегка подрытыми краями и с незначительным отделением; в дне язвы видны разрастающиеся грануляции; цвет ее — насыщенно-фиолетовый. На левой щеке также определяется инфильтрат, несколько больших размеров, переходящий отчасти на верхнюю губу и спинку носа; в центре его видна язва величиной с 3-копеечную медную монету, такого же характера, как и вышеописанная. В нижней части левой щеки находилась третья язва — совершенно иного вида: овальной формы, почти плоская, с инфильтрированными, покато спускающимися краями, инфильтрированным дном, насыщенно-темного цвета, не дающая выделений, т. е. клинически типичный склероз. Железы нормальны.

II. Б-ая Ц., 4 лет, русская. Телосложение и питание удовлетворительны. Внутренние органы, нервная система, кровь и лейкоцитарная формула нормальны. WR и SGR отрицательны. Болезненный процесс локализуется также на лице: посредине левой щеки имеется инфильтрат величиной с медный пятак, тестоватой консистенции, синеватого цвета; в центре его — язва величиной с 2-копеечную медную монету, довольно глубокая, с подрытыми краями, без инфильтрации по краям и в основании, с значительным отделением.

Т. о. у обоих больных мы констатировали на лице ряд язв, не дававших клинически никакого опорного пункта для диагноза, так как с одинаковым успехом мы могли говорить здесь и о вулгарных абсцессах, и даже о склерозе у первого больного. Анамнез обоих больных заставил, однако, нас заподозрить кожный лейшманиоз; обилие телец Leishman'a-Dopуan'a, найденных в мазках из соскоба язв, подтвердило наше предположение. У обоих больных были поставлены две реакции преципитации: Napier (с 30% формальдегидом — якобы специфичная для kala-azar) и Gramachis (с aq. destill.); но обе реакции у обоих больных дали отрицательный результат.

Переходя к вопросу о лечении, нужно сказать, что ни при каком другом заболевании не было предложено столько средств, как при кожном лейшманиозе, с самыми различными результатами. Предлагались выскабливание (Norman), углекислота (В. Поспелов), радий, сальварсан (Богров), висмут в форме стибенила (Causton), „Bayer 205“

(Lindenberg). В 1913 г. Wianna впервые ввел в терапию лейшманиоза сурьму, и с тех пор она с различным успехом применялась отдельными авторами. Smidt, собрав всю литературу с 1906 г. по 1921 г. о лечении сурьмой различных заболеваний, пришел к выводу, что лучше всего поддается лечению сурьмой кожный и внутренний лейшманиоз, затем венерическая гранулема, *angina Vincenti*, наконец сифилис—при применении сурьмы с зильберсальварсаном в виде антилюэтина. Так как местно сурьма производит сильное раздражение тканей, то она большей частью применяется внутривенно. Неодинаковые успехи с сурьмой у различных авторов при кожном лейшманиозе объясняются, повидимому, тем, что при оценке результата не принимается во внимание длительность болезни. В этом отношении заслуживает внимания работа Хозукина („Опыт лечения кожного лейшманиоза сурьмой“, Вр. Газ., 1924, № 21—22), который имел под своим наблюдением 26 случаев кожного лейшманиоза, разделенных им по длительности болезни на три группы: случаи в стадии созревания язвы, в периоде цветения и в периоде рубцевания. Всех больных он лечил внутривенными вливаниями 1% сурьмы (20—30 вливаний на курс). При этом в то время, как у больных, находившихся в периоде рубцевания язвы, получилось полное выздоровление, у больных в периоде цветения % выздоровления равнялся только 33, а у больных в периоде созревания этот % падал до 0 (у последней группы больных после полного курса вливаний в язвах были обнаружены тельца *Leishman'a-Donovan'a*). Хозукин (в противоположность Давытану, видящему в сурьме настоящее хемотерапевтическое средство) думает, что сурьма не вызывает изменений в биологических особенностях паразита, т. к. культуры последнего до лечения и после него ничем не отличались друг от друга.

Наших двух больных мы также лечили внутривенными вливаниями 1% сурьмы. Вливания (в количестве 5,0—12,0 у первого больного и 1,0—5,0—у второй) делались 2 раза в неделю; всего было сделано обоим больным по 10 вливаний. Каких-либо побочных явлений общего и местного характера при этом не наблюдалось. После третьего вливания у обоих больных язвы стали очищаться (местно к ним прикладывалась мазь из ланолина и вазелина aa); после пятого вливания тельца *Leishman'a-Donovan'a* были находимы уже с трудом, и началась эпителизация, которая к 10-му вливанию закончилась, покрыв все язвы тонким, нежным слоем. Так как в соскобах из язв паразиты больше не обнаруживались, дальнейшее лечение мы сочли излишним и произвели у первого больного экзизию (к сожалению, до лечения больные от таковой категорически отказались). Вырезан кусочек из края затянувшейся язвы, который был фиксирован в спирте, залит в целлоидин, и срезы окрашены гематоксилин-эозином, по *van-Gieson'u*, по *Unna-Parrenheim'u* и *Giemsa*.

При слабом увеличении получилась следующая картина: сосочки сглажены, эпителий утончен, в некоторых местах отечен, межклеточные промежутки в нем расширены, в некоторых эпителиальных клетках перинуклеарный отек, кое-где расширенные фолликулы, заполненные роговыми пробками; *corium* и сосочки заняты сплошным инфильтратом, который располагается больше в верхнем отделе *corium'a*; в глубоких слоях инфильтрат этот располагается отдельными фокусами, преимущественно вокруг сосудов. Соединительная ткань отечна, с расширенными лимфатическими и кровеносными сосудами, местами подверглась перерождению,

что видно по окраске. При сильном увеличении видно, что инфильтрат в главной своей массе состоит из мелких лимфоцитов и плазматических клеток. Последние самой разнообразной формы и величины, встречаются в большом изобилии, местами (вокруг сосудов) в виде гнездных скоплений, вытесняющих своей массой остальные клеточные элементы; многие из плазматических клеток находятся в стадии распада. Местами попадаются гигантские клетки типа *Langhans'a*, в соседстве с ними эпителиодные клетки и кое-где одиночные тучные клетки. Встречаются также фибробласты, изредка лейкоциты. Телоц *Leishman'a - Donovan'a* в срезах обнаружить не удалось.

Т. о. по гистопатологической картине один из наших случаев представлял типичную инфекционную гранулему, что согласуется с данными большинства авторов.

Dr. A. B. Weinstein (Kasan). Zwei Fälle der Hautleishmaniose mit Stibium behandelt.

In einem Falle wurde die Erkrankung bei einem 33 Jahre alten Manne beobachtet, im anderen—bei einem 4-jährigen Mädchen, die aus Turkestan gekommen waren. Klinisch erwies sie sich in beiden Fällen durch das Erscheinen von *ulcera* auf dem Gesichte, die nichts charakteristisches vorstellen; nur die Anamnese der Kranken liess hier die Diagnose der Leishmaniose stellen, welch Diagnose durch das massenhafte Finden der *Leishman-Donovan's Körperchen* in den *ulcera* bestätigt wurde. Die Behandlung mit intravenösen Injectionen der 1% Stibiumlösung gab in beiden Fällen einen glänzenden Erfolg.

Роль эндокринной системы в патогенезе кожных болезней¹⁾.

Прив.-доц. Н. Н. Яснитского.

Учение об этиологии кожных болезней представляет собой в настоящее время наименее изученный теоретически отдел дерматологии, полный туманных, шатких гипотез и глубоких противоречий, логически и неизбежно вытекающих из нашего недостаточного знакомства с сущностью и характером анатомо-физиологической связи кожи с различными органами нашего тела. Еще так недавно в дерматологии господствовал взгляд, по которому все заболевания кожных покровов трактовались, как вторичные процессы, обусловленные по большей части наличием в крови гипотетического вредного начала. С развитием и успехами бактериологии внимание дерматологов постепенно фиксировалось на многочисленных бактериологических находках при различных дерматозах, и в эпоху всеобщего увлечения бактериологией дерматология не избежала участи других дисциплин: причину болезни всюду стремились видеть в микробной инфекции, только ей и придавалось исключительное значение этиологического фактора. В настоящее время мы далеко не разделяем этой точки зрения, ибо, признавая существование целого ряда болезненных форм паразитарного происхождения, которые развиваются совершенно независимо от общего состояния организма и которые ограничиваются исключительно кожей, мы для громадного большинства кожных болезней отвергаем теорию микробного происхождения. Клинический опыт и разработка теоретических вопросов общей патологии неизбежно приводят нас к признанию тесной причинной зависимости группы дерматозов от заболеваний внутренних органов,—зависимости, которая может выразиться различным образом: 1) инфекционное или токсическое начало, циркулирующее в крови при общем заболевании организма, может вызывать развитие болезненных изменений в коже, которые или представляются обособленными клинически формами, или составляют только частное проявление общего заболевания; 2) весьма нередко при заболеваниях нервной системы наблюдаются в коже различные изменения ангионервного или трофического характера и, наконец, 3) расстройства обмена веществ и заболевания внутренних органов также могут отражаться на кожных покровах и вызывать здесь определенные болезненные формы.

Не вдаваясь в рассмотрение первых двух моментов, мы остановимся на интересующем нас вопросе о причинной зависимости некоторых дерматозов от заболеваний внутренних органов, именно, тех из них, к которым в настоящее время главным образом приковано внимание представителей всех дисциплин, и которые служат предметом всестороннего и неустанного изучения и исследования как со стороны анатомо-физиологической, так и со стороны клинической. Это—органы внутренней секреции.

Нам кажется излишним говорить о том колоссальном перевороте в медицине, который явился в результате развития учения об эндокринной системе,—о необозримых перспективах будущего, развертывающихся перед клиницистом. Мы ставим перед собою гораздо более скромную задачу—представить в свете современных знаний учение об отношении системы эндокринных желез к коже и ее придаткам и ее роли в патогенезе кожных болезней.

Мы не будем здесь останавливаться на изложении всем известных, основных данных по анатомии и физиологии желез внутренней секреции, а коснемся в самых

¹⁾ Речь на годичном заседании Секции Дерматологов и Венерологов О-ва Врачей при Казанском Университете 17/I 1926.

общих чертах лишь одного вопроса, имеющего кардинальное значение и вместе с тем являющегося до настоящего времени не вполне разработанным,—именно, вопроса о механизме взаимодействия эндокринных желез.

По учению Biedl'a, Falta, Weill'a и др. авторов, под именем внутренней секреции следует понимать ту деятельность клеток и органов, результатом которой является выработка специфических веществ (инкретов), действующих, как регулятор функций отдельных органов и организма в целом. Это регулирующее влияние инкретов распространяется прежде всего на основные и важнейшие функции организма: кровообращение, дыхание, обмен веществ, рост и размножение. Наряду с этим и отправления отдельных органов, даже самих эндокринных желез, обуславливаются в свою очередь воздействием определенных инкретов. Какова сущность механизма этого воздействия, каковы анатомические пути передачи его и, наконец, какова взаимная зависимость эндокринных желез,—вот наиболее интересные и вместе с тем наименее ясные вопросы эндокринологии. В старых руководствах и отдельных монографиях нередко можно встретить чрезвычайно простое и, казалось-бы, исчерпывающее объяснение, вылившееся конкретно во всем известную схему Falta, Eppinger'a и Rüdinger'a, где чрезвычайно сложные в действительности коррелятивные функции эндокринных желез сводятся в сущности к двум моментам: взаимному торможению и усилению. Мы не имеем возможности останавливаться на изложении учения Falta, должны только указать, что за последние годы физиология обогатилась новыми данными, свидетельствующими о том, что взаимоотношения отдельных желез гораздо более сложны, и в отношении целого ряда из них упомянутая схема Falta является неприменимой. В настоящее время все более, и более находит себе признание учение о т. наз. смешанном механизме регуляции: частью через посредство нервной системы, именно, вегетативной, частью же непосредственно химическим путем.

Усиленно разрабатываемое за последние годы учение о вегетативной иннервации, неразрывно и тесно связанное с учением об эндокринной системе, приобретает особое значение и интерес для дерматологов, поскольку оно проливает свет на темные и спорные вопросы этиологии кожных болезней. Для понимания роли нервно-гипофизарной системы в патогенезе различных дерматозов необходимо детальное знакомство с функциями отдельных желез, необходимо выяснение тех непосредственных влияний, которые оказываются ими на кожу в нормальном ее состоянии. К изучению этих вопросов мы и переходим.

Влияние эндокринной системы на рост, развитие и функции кожных покровов чрезвычайно сложно и нелегко поддается анализу даже в условиях опыта. Однако в современной эндокринологии имеется достаточно вполне точно установленных фактов, которые служат неоспоримым доказательством непрерывного влияния эндокринных желез на развитие кожных покровов и их придатков. В качестве примера можно указать на придаток мозга, от функций которого зависит рост волос, на гипофизарную железу, половые железы, определяющие степень развития и локализацию подкожной жировой ткани, на надпочечники, регулирующие процессы образования в коже пигмента, и т. д. Конкретное определение этих влияний представляется делом чрезвычайно нелегким именно потому, что здесь имеет место комбинированное воздействие многочисленных желез, которые по своим функциям являются в отношении друг друга или синергистами, или антагонистами; следовательно, при поражении или выключении одной из них происходит сложное нарушение корреляции всей системы. Чтобы представить себе эту чрезвычайно сложную систему взаимно уравновешивающих влияний, мы вкратце остановимся на каждой железе отдельно.

Придаток мозга. В условиях эксперимента удаление придатка мозга у молодых животных ведет к остановке роста и замедлению общего развития. Выключение функции гипофиза у людей выражается остановкой развития. Наряду с изменениями в большинстве органов возникают определенные симптомы со стороны кожных покровов, именно, отсутствие роста волос на лобке и под мышками в то время, как тело покрывается пушковыми волосами; далее, в подкожной клетчатке на груди, ягодицах и бедрах отлагается значительное количество жира. При болезненных процессах в области передней доли придатка развивается определенный симптомокомплекс, акромегалия, при которой резко нарушается строение и функции кожи; эта последняя, а также иногда и слизистые оболочки значительно утолщаются благодаря, с одной стороны, гиперплазии эпителия, с другой—благодаря разрощению главным образом сосочкового слоя и диффузной инфильтрации всей cutis; одновременно наблюдается усиленный рост волос на бороде

и туловище. При *dystrophia adiposo-genitalis*, причина которой лежит в гипофункции средней доли гипофиза, происходит отложение жира на груди и в покровах живота, кожа при этом ненормально суха, шелушится, потоотделение понижено, ногти атрофированы, волосы выпадают.

Щитовидная железа. Выключение функции щитовидной железы ведет к развитию тяжелых расстройств всего организма, причем со стороны кожных покровов отмечается ряд глубоких изменений, заключающихся в том, что кожа сначала становится набухлой, тестоватой, благодаря скоплению в ткани мучина; впоследствии она постепенно делается твердой, сухой, шелушащейся, с частичной атрофией. При тех болезненных состояниях, которые обуславливаются гиперфункцией щитовидной железы, кожные покровы, напротив, представляются истонченными, просвечивающими, потоотделение часто повышено, кожные сосуды расширены.

Паращитовидные железы. При гипофункции эпителиальных телец кожные покровы представляются бледными, замечается постоянное похолодание конечностей, их синюшная окраска и повышение потоотделения на ладонях и подошвах.

Надпочечники. При поражении коркового слоя надпочечников почти постоянными в общем симптомокомплексе являются усиление роста волос, уменьшение пигментации кожи и отложение в подкожной клетчатке значительного количества жира. При тех заболеваниях, в основе которых лежит нарушение функции мозгового слоя надпочечников, наблюдается диффузное выпадение волос и гиперпигментация—или разлитая, или в форме ограниченных пятен.

Половые железы. Половые железы оказывают несомненное влияние на состояние кожных покровов, выражающееся регуляцией роста волосяного покрова. Общеизвестен факт усиления роста волос в периоде полового созревания и отчасти при наступлении климактерия, а также развитие пупковых волос и гиперпигментация (*chloasma*) во время беременности. Весьма часто наблюдаются аномалии в деятельности железистого аппарата кожи в периоде полового созревания и при нарушениях функций половых желез. Наконец, степень и локализация отложения жира в подкожной клетчатке регулируется половыми железами; так, при кастрации у мужчин происходит отложение значительного количества жира на груди, ягодицах и животе.

Приведенных примеров вполне достаточно, чтобы считать справедливым предположение о наличии тесной зависимости кожных покровов в отношении их строения и функций от системы эндокринных желез. Из этих же примеров мы наглядно видим, насколько сложна эта зависимость, и насколько трудно поддается она анализу и экспериментальной проверке; однако, несмотря на эти трудности, все же представляется в настоящее время возможность вывести некоторые заключения о характере влияния той или иной железы на кожные покровы, базируясь, с одной стороны, на скудных, правда, а подчас и противоречивых экспериментальных данных, а с другой—на довольно обширном клиническом материале, публикуемом в прессе всех стран за последние годы.

Наиболее изученным и наиболее простым представляется вопрос о влиянии эндокринной системы на рост волос и распределение их по кожным покровам.

По мнению Pulaу, Levi-Fraпkel'я, Шерешевского, Weil'я и др. авторов, нужно считать в идее безусловно правильным стремление найти связь между внутренней секрецией и ростом волос, ибо при патологических состояниях большинства эндокринных желез неизбежно наблюдаются колебания в росте, густоте и распределении волосяного покрова. Так, напр., при гипофизарной кахексии происходит выпадение волос на веках глаз, бровях и лобке, при гипофизарном карликизме—отсутствие волос на лобке, под мышками, а у мужчин также и на бороде. Далее, в период полового созревания и при наступлении климактерия, как мы отмечали выше, у женщин обычно усиливается рост волос на верхней губе, нередко и на подбородке; напротив, при гипо- и афункции половых желез происходит выпадение волос. В этих изменениях волосяного покрова Pulaу и Pulvermacher не только видят непосредственное влияние инкретов желез, но склонны ставить их в связь с количественным соотношением последних при расстройствах в эндокринной системе.

По Pulvermacher'у все патологические состояния волосяного покрова при этих расстройствах могут быть сведены к следующему: 1) при поражении паращитовидных желез наблюдаются преимущественно изменения волос трофического характера; 2) при нарушении функций придатка мозга, гл. обр. его средней доли, происходит нарушение нормальной локализации волос, именно, начинает развиваться гетеросексуальное их распределение; 3) поражение коркового слоя

надпочечников ведет у взрослых женщин к *typus inversus* распределения волос; 4) дисфункции щитовидной железы сопровождаются резкими изменениями в густоте волосяного покрова, а также ломкостью волос; 5) при поражениях половых желез наблюдается гетеросексуальный тип распределения волос и резкие изменения в их густоте.

Шерешевский полагает, что все эндокринные железы синергетично оказывают влияние на рост волос преимущественно через посредство симпатической нервной системы. Pulaу, изучая зависимость роста волос и их изменений от нарушений в эндокринной системе, приходит к заключению, что наблюдающиеся нередко случаи гипертрихоза находятся в причинной связи с поражением придатка мозга. Что же касается этиологии тех заболеваний, которые выражаются очаговым выпадением волос и которые объединяются в группу *alopecia areata*, то, по мнению Иордана, она лежит в нарушении функции симпатической нервной системы, зависящего в свою очередь от различных причин, в том числе и от первичного поражения в системе эндокринных желез. Buschke, Peiser, Fischl, Levy-Fränkeli и др. наблюдали случаи гнездной плешивости, где клинически были обнаружены одновременно симптомы гипофункции щитовидной железы, дисфункции яичников и придатка мозга; применение в этих случаях органотерапии неизменно давало прекрасный эффект.

Аномалии в области эндокринного аппарата отражаются также на количестве и распределении кожного пигмента через посредство вегетативной нервной системы, являющейся непосредственным регулятором процессов образования пигмента. При акромегалии, при поражении мозгового слоя надпочечников, при базедовой болезни и долго длящейся микседеме, при беременности происходит усиленное производство пигмента и отложение его в кожных покровах, иногда на определенных только местах; напротив, депигментация общая или локальная обычно наступает при нарушении функции половых желез, в особенности после кастрации, при заболевании коркового вещества надпочечников, при *status thymico-lymphaticus*. По наблюдениям Pulvermachers'a, развитие локальной депигментации, в частности *vitiligo*, обуславливается нарушением функций передней доли придатка мозга. Levy-Fränkeli, напротив, склонен рассматривать ее за симптом гипертиреозидизма, к каковому взгляду присоединяется и Agres. Наблюдающиеся почти постоянно при болезни Recklinghausen'a ограниченные пигментные пятна, по исследованиям Chauffard'a, Muto, Tedeschi и др., служат показателем нарушения в деятельности надпочечников, их гипофункции и одновременно гипофункции придатка мозга. Нет сомнения, что здесь одновременно происходит вторичным путем расстройство и вегетативной иннервации.

В деятельности железистого аппарата кожи мы чрезвычайно часто наблюдаем различного рода аномалии в периоде полового созревания. Общеизвестен факт появления *comedones*, акне, себорреи и пр. у юношей и молодых девушек в переходном возрасте; далее, нам известны частые случаи себорреи, где одновременно были находимы расстройства в эндокринной системе. Понижение деятельности сальных желез является постоянным симптомом, сопутствующим комплексу явлений при *dystrophia adiposo-genitalis* и микседеме. Что касается потовых желез, то мы имеем многочисленные примеры, с несомненной очевидностью подтверждающие предположение о прямой зависимости этих желез от влияния со стороны эндокринной системы,—зависимости, выражающейся в расстройствах вегетативной иннервации. В настоящее время мы знаем, что при акромегалии происходит усиление общего потоотделения, равно как и при базедовой болезни и *status thymico-lymphaticus*. Понижение потоотделения является одним из постоянных симптомов при *dystrophia adiposo-genitalis*, микседеме и при некоторых формах полигландулярной недостаточности. При расстройствах в деятельности половых желез, часто сопровождающихся развитием неврастении и истерии, нередко наблюдается гипергидроз, преимущественно локальный (в подмышечных впадинах и на ладонях); равным образом он может появляться в течение беременности, исчезая по окончании ее; при гипофункции половых желез, по наблюдениям Меганона, замечается местный гипергидроз ладоней одновременно с резким акроцианозом.

Об отношении анатомических изменений со стороны эпидермиса и *cutis* к тем или иным расстройствам в сфере эндокринного аппарата в настоящее время известно еще очень мало, и все предположения и гипотезы, высказанные различными авторами, носят больше характер чисто-априорных умозаключений, чем точно установленных, проверенных и бесспорных выводов. Однако все же имеются кое-какие данные, указывающие, напр., на некоторую зависимость процессов ор-

говения, в качественном и количественном отношении, от гипофункции щитовидной железы (Fischer). Levy-Fänkel предполагает даже, что гиперкератозы вообще, а в особенности ограниченная симметричная кератодермия ладоней и подошв, представляют собою результат расстройств в симпатической иннервации, в свою очередь зависящих от дисфункции щитовидной железы. Иордан и Шампин наблюдали чрезвычайно интересный случай врожденного ихтиоза, сопровождавшегося, как это показало вскрытие, образованием в щитовидной железе коллоидной кисты и увеличением надпочечников. Изменения в строении cutis, в смысле различного характера дегенерации соединительной ткани, наблюдаются весьма нередко при акромегалии, при *dystrophia adiposo-genitalis* и микседеме. Bloch, Blamontier, Иордан, Ромейкова и др. при идиопатической атрофии кожи с одновременной атрофией слизистых оболочек обнаружили полигландулярную недостаточность, именно, гипотиреоидию, гиповарию, понижение функции надпочечников. Hesse, Hermstein и ряд других авторов определенно отмечают зависимость от расстройств в эндокринном аппарате ряда дерматозов, наиболее характерным признаком которых являются дегенеративные процессы в коже; к числу этих болезненных форм относится склеродермия, при которой все глубокие изменения в коже названные авторы ставят в причинную связь с заболеванием щитовидной железы, оказывающим несомненное влияние, в свою очередь, на симпатическую систему. Hermstein описывает случай склеродермии у девушки 17 лет, где наряду с типичными изменениями кожных покровов отмечалась густая растительность на верхней губе; месячные отсутствовали; со стороны эндокринной системы были обнаружены опухоль гипофиза, инфантильные половые железы и ряд симптомов базедовой болезни. По мнению автора, в данном случае имелась дисфункция щитовидной железы, надпочечников и яичников, благодаря опухоли гипофиза, в результате чего наступила аутокотоксия, выразившаяся в дегенеративных изменениях cutis.

Мы не можем перечислять и разбирать подробно все те болезни кожи, при которых отдельными авторами были находимы признаки расстройств в эндокринной системе, именно потому, что, во-первых, в громадном большинстве эти случаи являются единичными наблюдениями, иногда не находящими себе подтверждения со стороны других авторов, во-вторых, среди этих наблюдений весьма мало случаев, обследованных в отношении эндокринной системы с достаточной полнотой. В силу этих соображений мы остановимся лишь на некоторых дерматозах, обследованных клинически более или менее детально.

За последние годы всеобщий интерес возбуждает вновь выдвинутое учение об этиологии чешуйчатого лишая. Broock впервые указал на возможную зависимость этого заболевания от гипофункции *gl. thymus* и предложил свой метод лечения реингеннизацией последней, давший, по его наблюдениям, прекрасные результаты. Последовавшие вскоре же многочисленные работы в этом направлении вполне подтвердили предположение Broock'a. Pregl, Grosse и Samberger предприняли опыты с применением реакции Abderhalden'a с сывороткой псориаитиков и экстрактами различных эндокринных желез и получили положительный результат именно с экстрактом *gl. thymus*.

Matzenauer, Polland, Geber, Solomons, Pulvermacher наблюдали особую форму дерматита—дисменорройный дерматит, обычно возникающую при нарушении функций яичников, причем одновременно отмечаются расстройства со стороны надпочечников (гиперплазия мозгового и коркового отделов) и гипофиза.

Наконец, Geber описывает случай *urticariae* при дисфункции яичников, Solomons наблюдал больную, у которой ежемесячно вместо менструаций появлялось высыпание крапивницы и *herpes*; при произведенной здесь лапаротомии у больной было обнаружено отсутствие матки и труб, яичники же были несколько атрофированы.

В заключение мы должны упомянуть, что при самых разнообразных кожных болезнях (эритемы, экземы, чесотка, эритродермия, *herpes* и пр.) различными авторами были находимы те или иные расстройства в эндокринном аппарате. Само собою разумеется, что при недостаточном нашем знакомстве с физиологией эндокринных желез и при невозможности в дерматологии широко пользоваться экспериментом, представляется широкое поле для всевозможных априорных заключений и догадок о роли и значении находимых расстройств в эндокринных железах для этиологии кожных болезней. Как-бы велики ни были разногласия и противоречия во взглядах отдельных авторов, несомненным все же является факт наличия тесной

связи аппарата эндокринных желез с кожей. Все растущий среди дерматологов интерес к этому вопросу и сравнительно большой фактический материал, накопившийся в литературе за последние годы, выдвигают на очередь вопрос о выработке точных, научно обоснованных методов диагностики заболевания эндокринных желез, без чего трудность изучения затронутого нами вопроса легко может повлечь за собой спекулятивный подход к его решению. Необходимы тщательная научная проверка материала и его строгая, беспристрастная критика.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Pulay. Med. Klin., 1922, № 43 (по реф. Zbltt f. H. u. G., 1922, H. ³/₄).—2) Bloch, Marcel et Blamontier. Presse med., 1922, № 38 (по реф. ib., H. ³/₄).—3) Gross. Deut. m. Woch., 1922, № 36.—4) Fischl. Zbltt f. H. u. Geschl., 1921, Bd. I.—5) Geber. Derm. Zeitschr., 1921, H. ²/₃.—6) Solomons. Brit. med. journ., 1921 (по реф. Zbltt. f. H. u. G., 1921, Bd. I).—7) Pulvermacher. Zbltt f. H. u. G., 1923, H. ⁵/₆.—8) Fischer. Derm. Zeitschr., 1921, Bd 32.—9) Luithlen. Med. Kl. (по реф. Zbltt. f. H. u. Geschl., Bd. I, 1921).—10) Gans. Deutsch. med. W., 1921, № 49.—11) Levy-Fränkcl. Presse med., 1922, № 52 (по реф. Zbltt. f. H. u. G., H. I).—12) Heusse. Arch. f. D. u. S., Bd 146, H. 2.—13) Hermstein. Ibid.—14) Sleiner. Derm. Woch., Bd. 78.—15) Hoffmann u. Stempel. Derm. Ztschr., Bd. 38.—16) Иордан и Селицкий. Вр. Дело, 1922, № 21—23.—17) Poland. Derm. Zeitsch., Bd. 38.—18) Иордан и Василева. Русск. Кл., 1925, № 10.—19) Шерешевский. Ibid.—20) Иордан. Derm. Woch., 1925, № 3.—21) Buschke u. Peiser. Derm. Woch., 1925, № 7—8.—22, Broock. Arch. of D. a. S., 1923 (по реф. P. B. Derm., 1925, № 4).—23) Иордан и Шамшин. Arch. f. D. S., 1924, Bd. 148.—24) Терновский и Могильницкий. Вегетат. нерв. сист. и ее патология. 1925.—25) Weil. Внутр. секреция. 1923.—26) Репрев. Внутр. секреция. 1925.—27) Biedl. Внутр. секр.

Рефераты.

а) Общая патология и терапия.

351. *Физико-химические процессы при воспалении и экссудатах* кратко и ярко обрисовывает Schade (Врачебн. Обзор., 1926, № 1). «Каждый патолог имеет относительно воспаления свое собственное мнение» (Aschoff). Такая «современная неопределенность и несогласие в этом вопросе в сущности доказывают лишь то, что новые точки зрения обнаружили перед нами недостаточность наших знаний» (W. Gross). Господствовавшая за последние 70 лет клеточная патология обострила наш глаз до того, что мы стали наблюдать болезненные явления на объектах размером до 0,1 μ , но понимая динамику болезненного процесса этот морфологический метод нам не дал. Здесь начинаются заслуги современной физической химии, сделавшей доступными нашему исследованию объекты в сотни тысяч раз меньше, чем микроскопические, — коллоиды, молекулы и ионы. Тем самым анализ биологического явления сведен к анализу элементарных единиц, участвующих и в хорошо нам знакомых неорганических процессах. Коллоиды составляют основной жизненный субстрат протоплазмы; на их физико-химическом взаимодействии с ионами основана самая важная часть клеточных функций; молекулы же служат целям обмена, доставляя и накапливая горючий материал, служащий источником энергии клетки. Здоровое состояние организма характеризуется целым рядом физико-химических постоянств: постоянством общего числа частиц, находящихся в растворенном состоянии, соответственно определенному осмотическому давлению («осмотическая изотония», равная 0,55—0,58), постоянством отношения важнейших ионов («H—OH—изоиония» и «Na—K—Ca—изоиония», причем нормальная концентрация водородных ионов равна 0,45·10⁻⁷), постоянством интенсивности движения растворенных частиц («изотермия», соответствующая 37° C). Эти постоянства обеспечивают «физиологическую эуколлоидность» клеток. При воспалении, как реакция на сильное повышение тканевого обмена, наступают следующие расстройства: 1) осмотическая гипертонаия (могущая достигнуть в крайних случаях 11 атмосфер), 2) H-гипериония (при которой количество водородных ионов может

превысить в 50 раз норму), обуславливающая ацидоз тканей, 3) гиперпойкилия (переполнение тканевых соков продуктами обмена) и 4) гипертермия (усиленное теплообразование). Этими чисто-физио-химическими процессами легко объясняется абсолютно вся как клиническая, так и целлюлярно-патологическая картина воспаления вплоть до эмиграции лейкоцитов, положительный хемотаксис которых обуславливается ничем иным, как током веществ (обильно образующихся при гиперпойкилии), понижающих поверхностное натяжение. Открытия молекулярной патологии окончательно отмечают виталистические идеи, отчасти не изжитые до сего дня (напр., «кровяное чувство» ткани Bier'a, обуславливаемое взаимно регулирующими колебаниями клеточного обмена и колебаниями концентрации H-ионов). Помимо углубления наших теоретических знаний о воспалении, молекулярная патология облегчает рационализацию терапии, указывая на реактивно-кинетические, осмотические, ионные, гесп. антиацидотические и коллоидо-химические методы воздействия на болезненный процесс. «Опять получают право гражданства старые, временно оставленные методы, которые обещают успех с молекулярно-патологической точки зрения. В особенности касается это старой Esmarch'овской терапии воспаления (возвышенное положение и лед)». Одновременно намечается совершенно новая «антионическая» терапия, направленная на корригирование коллоидного состава воспалительно поврежденной клеточной протоплазмы. *М. Фридланд.*

352. *Формы патогенных бактерий.* Friedberger (Klin. Woch., 1926, № 18) держится взгляда, что возбудители несомненно - бактериальных заболеваний могут являться в двух формах, — в форме бактерий и в невидимой, а также не дающей разводки, но иногда фильтруемой форме, которая может быть обнаружена лишь благодаря своему патогенному и антигенному действию. Первая форма может, по видимому, постепенно образоваться из второй или в течение отдельного случая инфекционной болезни, или во время ее эпидемии. *В. С.*

353. *Лечение анемии при злокачественных опухолях.* Thomas (Cancer, vol. 3, № 1, 1925) сообщает о своих опытах лечения рака экстрактом из семян клевера (trifolium pratense). Экстракт в количестве 1 куб. сант. вводился внутривенно или подкожно три раза в неделю. Действие препарата оказалось сходным с действием протениновых тел. Хотя истинного излечения ни в одном случае не было достигнуто, но значительное клиническое улучшение, в особенности в смысле улучшения раковой анемии, отмечено в 44 случаях из 48, леченных исключительно указанным препаратом. *А. Т.*

354. *Нормальная лошадиная сыворотка при стафилококкозах.* Изучая действие нормальной сыворотки лошади in vivo и in vitro на стафилококков, Benedek (Zeit. f. Imm. u. exper. Ther., B. 47, H. 2) нашел, что она обладает антитоксическим, бактерицидным и иммунизирующим на ткань действием. Поэтому автор считает применение ее (местное) показанным при прогрессирующих стафилококкозах, как подкрепление к хирургическому лечению. *В. А.*

355. *Сывороточная терапия змеиных укусов.* Хотя укусы ядовитых змей, водящихся в Европе, далеко не так опасны, как укусы кобры, гремучей змеи и др. змей, водящихся в Индии, Африке и Ю. Америке, тем не менее нередко (в 14%) и укушения нашей гадюки ведут к смерти. Раз это так, то понятно стремление исследователей найти верное средство против отравления попавшим в кровь ядом гадюки. Calmette впервые открыл такое средство в антиоксической сыворотке, приготовленной им путем прививок яда гадюки. Но получение этой сыворотки сопряжено с большими трудностями, она поэтому дорога и, кроме того, как показали опыты, не обладает абсолютной действительностью. Гораздо более действительную, по исследованиям Kraus'a (Wien. kl. Woch., 1926, № 26), и против укусов гадюки является антиоксическая сыворотка, добытая д-ром Brazilem (в Бразилии) с ядом южно-американской змеи Lachesis Jararaca: в дозах от 0,25 до 0,5 куб. с. она надежно нейтрализует яд и наших гадюк. *В. Сергеев.*

б) Внутренние болезни.

356. *Пища, как причина непроходимости кишек.* Haselhorst (Zentr. f. Chir., 1926, № 25) приводит 2 случая непроходимости кишек, вызванной в одном случае фидами, в другом — сушеными фруктами. В зависимости от рода, качества и количества принятой пищи и возможности образования токсинов могут развиваться, по автору, различные степени ileus'a, начиная от легкого сужения и кончая тяжелой,

полной непроходимостью. Когда диагноз в подобных случаях установлен, то сначала рекомендуется выжидательная терапия, но в тяжелых случаях, при бурных явлениях, показана операция.

Н. Цимхес.

357. *Хромодиагностика функционального состояния печени.* Faltischek и Krasso (Wien. klin. Woch., 1926, № 23) в ряде случаев убедились, что хромодиагностика, в форме внутривенного введения тетраодифенилфталейна, является верным способом, позволяющим судить о функциональном состоянии печени. Оказалось, что при нормальном состоянии этого органа, а также в случаях холелитиаза, не сопровождающегося повреждением паренхимы печени, вещество это уже через $\frac{1}{4}$ часа после впрыскивания не может быть обнаружено в сыворотке крови. Если, напротив, это вещество спустя $\frac{1}{2}$ часа и более может быть обнаружено в сыворотке и в моче, то это указывает на существующее диффузное поражение печеночной паренхимы.

В. Сергеев.

358. *К технике рентгенографии желчного пузыря.* На основании сравнительных опытов на животных и наблюдений на людях Whitaker и Milliken (Surg., gyn. a. Obst., 1925, № 1) нашли, что применение для этой цели Натетрабромфенилфталейна выгоднее, чем применение На-тетрабромфенилфталейна, в виду меньшей токсичности первого и дольше держащегося при нем затенения пузыря. Техника применения его такова: 3,5 этого вещества растворяются в 50 к. с. воды с прибавлением 1,5 к. с. 10% раствора соды, раствор в течение 15 мин. вливается в v. basilica, и тотчас после этого вводится 200 к. с. физиологического раствора поваренной соли.

М. Чалусов.

359. *К патогенезу острого гломеруло-нефрита.* По исследованиям Fahra (Deut. med. Woch., 1926, № 18) при этой болезни воспалительный процесс первично возникает в клубочках и лишь потом распространяется на артериолы. Поэтому взгляд Volharda, что причина гломеруло-нефрита кроется в первичном спазме мелких почечных сосудов, не может считаться правильным.

В. С.

360. *К лечению бронхиальной астмы.* Как известно, Ephedra vulgaris («трава Кузьмича») получила у нас широкое применение при лечении ревматизма. Nagai, в 1887 г., добыл из нее алкалоид эфедрин. Недавние исследования Polak'a и Robitscheka (Wiener kl. Woch., 1926, № 26) показали, что этот алкалоид, при употреблении per os и под кожу, представляет собой прекрасное средство против бронхиальной астмы. Для купирования припадков последней оно дается в дозе 0,1, при хронической же астме—по 0,05 2—3 раза в сутки. Известная фирма Merck изготовила эфедрин (солянокислую его соль, ephedrinum hydrochloricum) в таблетках по 0,05—для внутреннего употребления и в ампулах с таким же содержанием—для подкожных впрыскиваний.

В. Сергеев.

6) Туберкулез.

361. *Влияние беременности, родов и кормления грудью на tbc.* Д-р Е. А. Васич (Журн. по из. ран. дет. возр., т. IV, № 2) имел возможность проследить это влияние на 43 женщинах, из которых у 10 был tbc III, у 8—tbc II и у 25—tbc I. На основании этих наблюдений он пришел к выводу, что женщинам с tbc III необходимо категорически запрещать как кормление грудью, так и беременность, ибо эта категория дает 100% ухудшения уже во время беременности, после родов же эти ухудшения часто ведут к смерти. Нужно запретить беременность или, во всяком случае, кормление грудью и женщинам с tbc II аст., так как у них в 50% наблюдается ухудшение процесса во время беременности и в 100%—во время кормления. Наконец, у женщин с tbc I имеют место ухудшения в 33% в первые 2 мес. кормления и значительно больший процент—в дальнейшие месяцы. Кроме того, в интересах детей необходимо категорически воспретить кормление грудью женщинам, выделяющим с мокротой Kochовские палочки.

В. С.

362. *Влияние сифилиса на tbc легких.* П. А. Волков (Сов. Мед. на Сев. Кавк., 1926, № 4) наблюдал интересный случай легочного tbc у больной с давним (7 л.) сифилисом, где tbc протекал в доброкачественной форме, с преобладанием фиброзного процесса, и где ртутно-сальварсанная терапия оказала весьма благоприятное влияние не только на lues, но и на tbc.

В. С.

363. *Опότεрация туберкулеза.* Bayle (По реф. в Zentr. f. Chir., 1926, № 11), опираясь на физиологические, экспериментальные и клинические наблюдения.

рекомендует лечить туберкулез экстрактом из селезенки, в форме сиропа—для употребления его или водного раствора—для подкожных инъекций. Дневная доза рег оз— 25,0 имеет профилактическое значение, а также подкрепляет лечение инъекциями. Последнее производится в такой форме: через день по инъекции 5,0—10,0 раствора, всего 12 инъекций в течение 22 дней, после чего на 8 дней перерыв; затем снова 12 инъекций, снова перерыв и т. д. до тех пор, пока не наступит полного излечения. Значительную роль играют при этом правильное питание и покой. Таким путем автор получил 100% излечения тбс первой стадии, 75% излечения туберкулеза всяких степеней и быстрое излечение *tumoris albi*. М. Фридланд.

364. *Новый метод торакопластики при тбс легких.* Alexander (Ann. of surgery, 1925, № 5) на основании своего собственного и литературного материала приходит к выводу, что основной причиной высокой смертности после паравертебральной торакопластики при тбс легких является послеоперационная пневмония как на оперированной, так и на неоперированной сторонах. Главным фактором, способствующим возникновению этого осложнения, автор реферируемой статьи считает понижение способности легких выделять застоявшуюся там мокроту и инспирацию здоровыми частями легких секрета из больных. Отсюда становится ясным, что торакопластика на нижних ребрах, которая так сильно травмирует и на некоторое время парализует грудные и брюшные мышцы и нижние межреберные нервы, должна особенно часто вызывать послеоперационную пневмонию. Поэтому автор очень критически относится к весьма популярному методу Sauerbruch'a, принципиально начинающего операцию торакопластики с резекции нижних ребер. Клинические наблюдения над оперированными по этому способу больными вполне оправдывают отрицательное отношение автора к этой операции. Но, с другой стороны, резекция одних верхних ребер также не может вполне выполнить основную задачу торакопластики—дать покой больному легкому и не предохраняет от пневмонии, так как здесь происходит аспирация нижней, несравненной долей легкого. Поэтому идеальным способом торакопластики автор считает верхнемоментную операцию, первый акт которой заключается в радикальной френикотомии, а второй—в резекции верхних 7 ребер. Преимущества этой операции следующие: 1) нижняя половина грудной клетки не калечится, почему экспекторация не прекращается; 2) инспираторная функция нижней доли легкого понижается благодаря параличу диафрагмы, почему опасность аспирации секрета из верхней доли легкого резко уменьшается; 3) общее состояние больных после френикотомии улучшается, почему второй акт операции ими переносится сравнительно легко; 4) операция френикотомии представляет собою легкое вмешательство, особенно по сравнению с очень травматичной и дающей большую смертность операцией резекции нижних ребер; 5) эксперименты показывают, что комбинированная операция френикотомии с резекцией 7 верхних ребер уменьшает объем легких более, чем обычная торакопластика с резекцией 11 ребер; 6) гораздо меньшая деформация грудной клетки по сравнению с полной торакопластикой.

Л. Ратнер.

365. *К вопросу о френикотомии при легочном тбс.* На основании данных анкет, собранных среди немецких хирургов, проф. Colmers (Deutsch. med. Woch., 1925, № 52) делает вывод, что френикотомия при тбс легких не является самостоятельной, действующей на процесс операции, а должна быть только предварительным актом перед более серьезным вмешательством. Простое пересечение грудобрюшного нерва на шее большую часть не влечет за собой паралича диафрагмы, так как нерв имеет много анастомозов, чаще всего с подключичным нервом. Поэтому большинство хирургов советует делать т. наз. радикальную френикотомию. Последняя, по Götz'e, заключается в перерезке главного ствола и в отыскании и перерезке анастомоза с подключичным нервом, а по Felix'y—в перерезке и выкручивании периферического конца нерва. Оба эти способа одинаково действительны и всегда ведут к полному параличу диафрагмы. Кроме тбс легких френикотомия применяется при неукротимой икоте. Согласно данным Macholl'a и Frangenheim'a при этом заболевании выключение левого v. phrenici дает лучшие результаты, чем кокаинизация нерва или операция Kirschner'a.

Л. Ратнер.

366. *Рентгенотерапия хирургического тбс* делает быстрые успехи. Так, Lars Edling (По реф. в Zentr. f. Chir., 1926, № 11), имея материал в 270 слу-

чаев, получил 73% излечений и 14,8% улучшений, т. е. 87,8% успеха; из остальных 12,2%, не давших благоприятных результатов, 8,5% приписали на рецидив, и лишь 3,7% закончились смертью. Автор на основании своего опыта усиленно предостерегает от больших доз, которыми особенно увлекаются немецкие врачи с современной глубокой терапией. Приблизительно столь же хорошие результаты получил от рентгенотерапии хирургического туберкулеза Altschul (реф. *ibid.*), применяя малые дозы и трубки средней мягкости. Наконец, A m u n d s e n (реф. *ibid.*), леча х-лучами железистый туберкулез, мог констатировать у 150 своих больных 66% полных излечений.

М. Фридланд.

г) Малярия.

367. *Нахождение плазмодиев малярии в крови.* Для быстрого нахождения малярийных плазмодиев В. Г. Будылин и В. В. Андреева (Врач. Газ., 1926, № 11—12) пользуются толстой каплей, которая окрашивается раствором Methylenblau. Последний готовится так: берется 1% водный раствор Methylenblau, к нему добавляется 1% водный раствор едкого натра в количестве 0,025 куб. с. на каждый кубик раствора краски, смесь взбалтывается $\frac{1}{2}$ —1 мин. и фильтруется. Раствор этот при стоянии не портится. В тех случаях, где желательно быстро поставить диагноз малярии, высушенный на воздухе, не желательный препарат толстой капли покрывается из пипетки на 30 сек. чистым указанным раствором, после чего промывается в воде. Или же можно приготовить из раствора разведение, прибавляя 20 кап. его и 5 кап. 1% водного раствора эозина к 10 к. с. дистил. воды и взбалтывая смесь; в этом разведении толстая капля окрашивается 5—7 мин., после чего препарат прополаскивается в обычной воде и высушивается в вертикальном положении на воздухе или в термостате. Протоплазма паразитов окрашивается при этом в голубой цвет, хроматин—в темно-красный, а пигмент—в темно-коричневый.

В. С.

368. *Подная настойка при малярии.* М. А. Заусайлов (Клин. Мед., 1926, № 5) рекомендует лечить малярию большими дозами подной настойки. Последнюю принимают, начав с 5—10 кап. на прием, 2 раза в день, и с каждым новым приемом увеличивая дозу на 1 кап., пока однократная доза не дойдет до 50 кап., а суточная—до 100. Чтобы устранить вредное раздражающее действие настойки, ее принимают в молоке ($\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$ стак.) или с черным хлебом (на кусок хлеба накапывается настойка, этот кусок покрывается другим таким же, оставляется на 15 мин. и затем съедается с какой-либо пищей). Такое лечение автор советует применять после прекращения острых приступов малярии, главным образом для предупреждения ее рецидивов. По его мнению, долговременное употребление больших доз йода для человеческого организма совершенно безвредно. Благоприятные результаты такого лечения, в смысле отсутствия рецидивов малярии, д-р З. наблюдал более, чем у 100 больных, среди которых более 10 прослежены им в течение 2—3 лет.

В. Сергеев.

д) Хирургия.

369. *Лечение острого остеомиелита* было программной темой XV Съезда Хирургов в Копенгагене 25—27 июня 1925 г. (Zentr. f. Ch., 1926, № 18). Выступавшие по этому вопросу докладчики Johanson и Schilling пришли, в общем, к единодушному заключению, что при лечении острого остеомиелита методом выбора является радикальное удаление пораженного костного мозга. Особенное внимание следует обращать на метафизы, где, как правило, сосредоточивается первичный очаг. На коротких костях быстрее всего ведет к излечению резекция большого участка кости. В более легких случаях острого остеомиелита, особенно у молодых индивидуумов, достаточна инцизия. Аутовакцинация в отдельных случаях приносит пользу, но методика ее нуждается в дальнейшей разработке. При хроническом остеомиелите, по Schilling'у, лучшим способом остается радикальная трепанация и секвестротомия. Дезинфекцию полости хорошо производить пастой Morison'a, состоящей из 1,0 Vi subnitrit, 2,0 иодоформа и жидкого парафина q. s. до консистенции пасты.

М. Фридланд.

370. *Рентгенотерапия хронических артритов*, рассмотренная Arrèl-gath'ом (по реф. Zentr. f. Ch., 1926, № 12) в плоскости исторического обзора оставляет очень благоприятное впечатление: получается во многих случаях значи-

тельное субъективное улучшение и увеличение объема движений суставов. Столь же утешительные результаты дают наблюдения 400 случаев рентгенотерапии arthritis deformans у Sjaunig'a (по реф. ibidem), который мог констатировать рассасывание припухлостей и облегчение субъективных ощущений у больных.

М. Фридланд.

371. *Причина образования псевдартрозов*, по Zondék'y (Zentr. f. Chir., 1926, № 20), лежит в нарушении общего или местного обмена веществ. При этом имеет место расстройство физиологических функций в цепи, звеньями которой являются: место перелома—вегетативный нерв—центральная нервная система—эндокринная железа. В виду этого здесь целесообразна опотерапия препаратами гипотимовидной железы, эпителиальных тел и thymus'a, так как именно их гипотимовидная функция лежит в основе понижения кальциевого обмена, являющегося ближайшим этиологическим фактором замедленного заживления костных переломов и развития псевдартрозов.

М. Фридланд.

372. *Культи и протез*. Этот старый и до сих пор больной вопрос подвергнут основательному рассмотрению Трегубовым (Новая Хирургия, 1926, № 2), показавшим на большом статистическом материале, какой большой процент культей оказывается дефектным. Причина этого кроется не только в характере ранения или болезни, по поводу которых сделана ампутация, но и в технике хирурга, относящихся к ампутациям с недопустимым легкомыслием и малой продуманностью. Автор, в общем, держится схемы Zur Werth'a, считая наиболее ценной частью при ампутации среднюю треть как голени, так и бедра; наоборот, нижняя $\frac{1}{3}$ голени, бедная мышцами, малопригодна для протезирования, равно как и культя голени короче 6 см. Исключительно большое значение имеет также тренировка культи, заключающаяся в предупреждении контрактур, восстановлении подвижности, силы и выносливости культи к нагрузке. Большую роль играет при этом предварительное пользование временными протезами (упрощенного типа).

М. Фридланд.

373. *Пломбирование костных полостей гипсом*, произведенное впервые Dreesman'ом, дает, согласно указанию Oehlecker'a (по отч. в Zentr. f. Ch., 1926, № 22), хорошие результаты при otitis fibrosa, хроническом остеомиелите и аданамитинеме. Идеально то, что сыграв роль временного механического укрепления кости, гипс впоследствии рассасывается.

М. Фридланд.

374. *Асимметрия лица при кривошее*. Интересный взгляд на причинную связь между этими двумя аномалиями высказывает в своем докладе О. Бекк (Zentr. f. Chir., 1926, № 16). Основываясь на исследованиях Virchow'a, наблюдениях Grawitz'a и своих собственных, Бекк полагает, что асимметрия лица при caput obstipum musculare вызывается базиллярным вдавлением основания черепа вследствие одностороннего давления атланта на proc. condyloideus затылочной кости. Последнее вызывает растройство роста основания черепа и, как следствие этого,—базиллярный кифоз и сколиоз.

М. Фридланд.

375. *Hallux valgus*. Понимая под этим названием отклонение hallux'a кнаружи на 20° и больше, Torster Sandelin (по реф. в Zentr. f. Ch., 1926, № 21) исследовал 3200 стоп, причем нашел hallux valgus в 3—6-летнем возрасте в 10%, у 20-летних—в 37%, у 60-летних—в 60%, в среднем же—в 30%. Женщины чаще страдают этой неправильностью (54%), чем мужчины (35%). Оперируются чаще всего также женщины: на их долю приходится 90% всего оперированного материала. Свод стопы сравнительно мало страдает от hallux valgus; большее значение имеет здесь опущение поперечного свода стопы. Операция (у 107 больных с 202 hallux'ами) была произведена на 20 пальцах по Schede, каковой способ не устраняет valgus'a стопы, почему T. S. считает его показанным лишь в легких случаях; на 182 же пальцах деформация была устранена операцией Hütter'a, которая дала хорошие результаты.

М. Фридланд.

376. *Восстановление целостности разорванной передней крестообразной связки* Perthes (Zentr. f. Chir., 1926, № 14) предлагает производить следующие образом: наркоз, жгут на конечность, разрез кожи, начинающийся на 3 поперечных пальца выше коленной чашки по средней линии бедра и дугообразно идущий к condylus externus, а отсюда—вниз к tuberositas tibiae. Обнаженные сухожилия quadriceps'a и patella сагиттально рассекаются,—первое ножом, вторая пилей (Gigli или простой). Половинки кол. чашки разводятся в стороны, и после

удаления *placae synovialis patellaris* становится легко доступным межмышечное пространство, где на внутренней поверхности наружного мыщелка видно место отрыва *lig. cruciati ant.* Культи последней освежается, и через нее проводится петля из алюминиево-бронзовой проволоки, концы которой продеваются в 2 специально просверленные через толщу наружного мыщелка дыры, начинающиеся у места отрыва связки и выходящие на наружной поверхности латерального мыщелка над его верхушкой, причем костные каналы должны отстоять друг от друга на 1 см. Для облегчения продевания концов фиксирующей связку проволоки через просверленные каналы, в них пропускают сначала петлю другой проволоки, которой и протаскивают фиксирующую. Оба конца фиксирующей проволоки после проведения через мыщелок натягивают до тех пор, пока культи крестообразной связки не подтянутся вплотную к месту своего прикрепления, которое должно быть также освежено долотом. Концы проволоки закручиваются на наружной поверхности *cond. externi*. Шина в слегка согнутом положении колена. Через 3 недели—ходьба в сѐмной цинковой шине. Указанным образом были прооперированы 3 случая с травмами 7-недельной, 7-летней и 3-месячной давности у женщины 28-летнего возраста и двух мужчин, 28 и 20 лет, с полным успехом, прослеженным в течение 1—4 лет. Сравнивая свой способ с другими способами: Грекова-Петрашевской (пластическая замена связки трансплантированной фасцией) и Groves'a (замена *ligamenti cruc. ant.* проведенным через канал *tractus ileotibialis. a lig. cruciati post.*—сухожилием *semitendinosi* и *gracilis*), Perthes считает свой способ технически более простым и более прослеженным в отношении своих результатов; этим же способом легко фиксировать отрывы связок вместе с их костным основанием. Методы Г.-П. и Г. имеют, по Р., преимущество лишь тогда, когда культи связки атрофировались.

М. Фридланд.

377. *Подкожные инъекции инсулина при хронических язвах голени* с большим успехом в 10 случаях применили Faure-Beaulieu и David (по реф. Zentr. f. Chir., 1926, № 3). Объясняя этот эффект, авторы опираются на тот факт, что язвы голени часто сопровождаются гипергликемией без явлений диабета.

М. Фридланд.

378. *Кардиолиз при заболеваниях сердца.* Брауер считает, что операция кардиолиза, или, правильнее, прекардиального тораколиза, показана только в случаях срощений сердца с грудной клеткой и наличия механического препятствия для сердечных сокращений. По Haim'y (Zentr. f. Chir., 1925, № 36), однако, кардиолиз можно с пользой для больных предпринимать и при других заболеваниях сердца. Поводом для таких выводов автору послужили два его личных наблюдения. Первое касается мальчика, который после перенесенной пѐмизии страдал тяжелым поражением сердца (увеличение сердечной тупости, глухие тоны, тахикардия, диспноэ и цианоз); у этого же больного в области от V до VII ребра слева образовался холодный нарыв, по поводу чего автор резецировал большой кусок кариозного V ребра и обнажил на большом протяжении перикард. В результате операции больной излечился не только от поражения ребер, но и от заболевания сердца, которое автор трактовал, как послеинфекционный миокардит. Второй больной страдал циррозом печени, сопровождавшимся увеличением селезенки, асцитом, шумами в сердце и значительным его расширением. Автор сделал операцию кардиолиза, заключающуюся в данном случае в резекции IV—VI ребер на протяжении 6 сант. и раскрытии полости перикарда, в которой оказалось немного прозрачной жидкости. Ближайшие результаты операции были очень хорошие, но через несколько месяцев больная погибла при явлениях кровоизлияния в мозг. Эти два случая заставили автора расширить показания к кардиолизу и рекомендовать его при ряде сердечных заболеваний, ведущих к гипертрофии сердца (артериосклероз, нефросклероз, гипертония и т. д.). Свою мысль автор считает тем более правильной, что она подтверждается опытами Felix'a, который у собак с большими сердечными клапанами получал излечение после широкого раскрытия сердечной сорочки.

Л. Ратнер.

379. *Хирургическое лечение митральных стенозов.* Благодаря работам американских ученых (Duff, Allen и Cutler) проблема хирургического лечения пороков сердечных клапанов должна считаться разрешенной. Она вышла из пределов экспериментальной разработки и перешла в клинику, и в настоящее время появляются уже единичные описания операций при пороках сердечных клапанов у людей. Так, Souttar (Brit. med. Jour., 1925, № 3379) сообщает о моло-

дой девушке, страдавшей сужением митральной заслонки и хореей, которая была принята в терапевтическое отделение с явлениями декомпенсации (кровохарканье, рвота, одышка, цианоз, увеличение печени, учащение пульса до 128). Терапевтическое лечение давало только временный и неполный эффект, почему больная была переведена в хирургическое отделение, где ей была сделана операция под интратрахеальным наркозом. Сердце было обнажено подкожнообразным разрезом, вертикальным разрезом в 3 дюйма, и в рану была выведена левая половина сердца. Для того, чтобы легче было удерживать сердце во время манипуляций на нем, были проведены через верхний и нижний край левого сердечного ушка два шва, после чего ушко было разрезано в передне-заднем направлении. Разрез был настолько велик, что через него можно было ввести в полость сердца левый указательный палец. Палец этот, будучи введен в полость предсердия, мог ощущать там сильный водоворот крови; когда же он был введен в желудочек, то кровяное давление стало равным 0. В левом желудочке сердца было обнаружено резкое сужение митрального отверстия без утолщения клапанов. С целью скорее выйти из полости сердца оператор, вместо предполагавшегося и технически вполне возможного рассечения митрального отверстия герниотомом, сделал только растяжение его пальцем. Палец оставался в полостях сердца 2 минуты. При обратном вынимании его соскочила нижняя нить, удерживавшая ушко, и последовало значительное кровотечение, которое быстро прекратилось после наложения шелковых швов на сердечное ушко. Далее были тщательно зашиты перикард и стенки грудной полости. Пульс после операции сделался превосходным, послеоперационное течение гладкое. В момент опубликования автором этого случая, т. е. через 3 месяца после операции, больная чувствовала себя очень хорошо.

Л. Ратнер.

380. Показания к искусственному параличу диафрагмы и результаты его применения. Gergely (Zeit. f. Tbc., 1926, N. 4) дает оценку операции френикотомии в связи с операциями пневмоторакса и торакопластики и приходит к выводу, что пневмоторакс не должен применяться в случаях компактных обширных инфильтратов легких, при склонных к перфорации пристеночных кавернах и при старых циррозах легких с ретракцией грудной клетки. При экстраплевральной торакопластике все препятствия к спадению легких и осложнения со стороны плевры (перфорация соседних участков легких вследствие разрыва каверны, экссудаты) устраняются, но операция эта очень тяжела и уродует грудную клетку. Среднее между этими двумя операциями место занимает френикотомия, которая, по мнению Gergely, должна предприниматься не только как дополнительное вмешательство. Наилучшие результаты дает она в тех случаях, когда предпринимается вместо показанного, но невыполнимого пневмоторакса. В 18 случаях автора операция искусственного паралича диафрагмы была предпринята, как подготовительный акт к торакопластике, но последняя понадобилась только в 4 случаях, в 12 же френикотомия дала такие прекрасные результаты, что дальнейшая компрессия легких оказалась ненужной. Собственный опыт автора базируется на 100 случаях френикотомии, причем в 95 операция была предпринята по поводу тбс легких, в 2—по поводу эмпиэмы, в 2—при бронхоэктазии и в 1—при абсцессе легких. У 51 больного френикотомия являлась самостоятельной операцией, у остальных—вспомогательной к торакопластике и пневмотораксу. Результаты: у 48 больных клиническое выздоровление, у 16—улучшение симптомов, у 9 болезнь осталась без изменений, у 4—наступило ухудшение, и в 12 случаях последовала смерть. Последняя наблюдалась всегда в случаях двустороннего легочного тбс, или в случаях комбинации с тбс гортани или кишечника. Пневмоторакс после предварительной френикотомии можно было сделать более полным, и операция проходила легче. Никаких прямых осложнений операция френикотомии не давала.

Л. Ратнер.

381. Новый способ закрытия свищей околушной железой предлагает Гессе (Zentr. f. Chir., 1926, № 22). Сначала производится овальное окаймление свища небольшим кожным разрезом, концы которого дополняются 1—1½-сантиметровым рассечением. Направление разреза зависит от положения свища, но чаще разрез должен быть горизонтальным. Далее свищевой ход отпрепаровывается по всей своей длине вплоть до железы и в глубине ее отсекается, края железы здесь освежаются и очень прочно стягиваются кисетным швом, причем культи

свищевого хода инвагинируется вглубь, а стенки должны быть плотно прижаты друг к другу. Затем выкраивается из fascia parotidea лоскут с основанием близ общего свища. Лоскут этот отворачивается и тесно прикладывается к оперированной части железы, будучи по всей своей периферии фиксирован швами. Т. о. лоскут смотрит теперь своей внутренней поверхностью кнаружи. Дефект в fascia parotis не зашивается. В заключение накладывается глухой шов на кожу и давящая повязка. Этим способом, по существу очень простым, автор успешно прооперировал двух больных.

М. Фридланд.

382. К дифференциальной диагностике и терапии язв и рака желудка у глубоких стариков. Как известно, именно у лиц преклонного возраста провести отличительное распознавание между этими двумя заболеваниями не всегда бывает легко. Проф. Finsterer (Wien. klin. Woch., 1926, № 23) советует для этой цели обращать внимание на следующие признаки: 1) продолжительность болезни, — значительная говорит за язву желудка или duodeni, кратковременная — за рак; 2) исхудание и потерю аппетита, — наличие их говорит в пользу рака; 3) рвоту, — при раке она зависит от сужения pylori и наблюдается в поздних стадиях болезни, при язве же зависит от пилороспазма и развивается сравнительно рано; 4) боли, — при незначительной продолжительности заболевания сильные боли указывают на cicus callosus, при раке же они наблюдаются лишь тогда, когда новообразование распространится на окружающие части, поразит plexus coeliacus и ретроперитонеальные железы; 5) опухоль, — прощупывание ее говорит за рак, хотя именно в глубокой старости молистые язвы могут прощупываться в виде опухоли, а равно последнюю могут симулировать гипертрофия желудка и спазм antri; 6) кислотность желудочного сока, — отсутствие свободной соляной кислоты и наличие молочной говорят за рак, хотя иногда и при раке наблюдается hyperaciditas и отсутствие молочной кислоты (особенно при препилорическом положении рака). В виду трудности отличия язвы от рака в сомнительных случаях надо прибегать к пробной лапаротомии. Что касается терапии, то и при язвах желудка и duodeni и при раке автор стоит за резекцию, которая даже у глубоких стариков не так уже опасна: из 83 случаев, где резекция была сделана у лиц в возрасте от 60 до 78 лет по поводу язвы, она имела смертельный исход лишь однажды, а из 48 случаев, где операция была произведена у стариков при раке, окончились смертью 4 (8,3%), в том числе в 1 случае смерть последовала от пнеймонии. Конечно, такая незначительная первичная смертность получается лишь там, где операция производится не под общим наркозом, а под местной анестезией. Гастро-энтеростомию автор советует производить лишь при запущенных раках, осложненных стенозом, где рвота вызывает невыносимые боли.

В. Сергеев.

383. К хирургическому лечению язв 12-перстной кишки. Devine (Surg. gyn. a. obst., 1925, № 1) отмечает трудность хирургического лечения старых, омозолелых язв на задней стенке 12-перстной кишки: резекция этих язв всегда трудна и опасна, гастро-энтеростомия же часто сопровождается их рецидивами. Для подобных случаев автор предлагает видоизмененную им операцию Polyo: желудок перерезается на избранном месте, часть его с pylorus'ом зашивается наглухо и тщательно защищается, другой же разрез во всю ширину вшивается в начало jejunum. Главная цель операции — ошелачивание, причем, по наблюдениям автора, чем ближе разрез кладется к fundus ventriculi, тем лучше достигается эта цель.

М. Чалусов.

384. Проводниковая анестезия поясничного сплетения. Degenhardt (Zentr. f. Chir., 1926, № 25) в 48 случаях с успехом применил проводниковое обезболивание поясничного сплетения по Schlesinger'у при операциях в паховой и тазовой областях и на нижних конечностях, причем для паховых грыж он должен был дополнительно обезболивать D₁₂, а для операций в тазовой области — n. ischiadicus. Техника такова: усадив больного, как при спинномозговом обезболивании, ощупывают sp. iliaca poster. sup. и через этот пункт мысленно проводят вертикаль; затем на 1,5—2 поперечных пальца ниже гребня подвздошной кости проводят горизонтальную прямую; место пересечения этих прямых и служит для вкола. Парестезия при последнем указывает, что вкол сделан правильно, и тогда вливают 50 к. с 1% новокаина с адрепалином. Анестезия наступает через 20 мин. после впрыскивания и продолжается 1½—2 часа.

И. Цимхес.

385. О применении ингаляций углекислоты в хирургии. По Dzialis-zyn's'кому (Zentr. f. Chir., 1926, № 23) углекислота при ингаляции вызывает

сильное раздражение дыхательного центра и глубокие и частые дыхания. Благодаря заметному усилению дыхательной деятельности вдохнутый наркотик быстрее выделяется из тела, легкие вентилируются вплоть до мельчайших бронхов, и выделяется секрет, наполняющий дыхательные пути. Автор брал 10-литровый резиновый мешок и наполнял его из бомбы углекислотой; у мешка был кран с запором, на который надевался эластический катетер; последний вводился в полость носа, и кран открывался. Тотчас после этого дыхание, как убедился автор, становится глубже, лицо краснее, наркотизированные просыпаются, и у них быстро выделяется скопившийся во рту секрет. Показания для применения вдыхания CO_2 широки: кроме применения ее в конце наркоза, для быстрого пробуждения оперированных, очень важно применение ее у больных, задерживающих дыхание при пробуждении. Ингаляции CO_2 являются также профилактическим и лечебным средством при послеоперационных бронхитах и пневмониях. У стариков от них получался успех при общей слабости в первые дни после операции. Doppler рекомендует такие ингаляции при послеоперационной икоте. В акушерстве рекомендуется применение вдыханий углекислоты при *asphyxia neonatorum*. *П. Циммес.*

386. *Послеоперационный лейкоцитоз.* Witter (Surg., gyn. u. obst., 1925, № 1) на основании изучения 30 случаев приходит к заключению, что 1) послеоперационный лейкоцитоз достигает своего maximum'a на 4-м часу после операции и возвращается к норме на 5-й день, 2) высота его прямо пропорциональна продолжительности операции и степени операционной травмы, остальные же факторы не имеют значения, 3) выражается он главным образом полинуклеозом, 4) кривая его в общем соответствует температурной кривой, но не с полной точностью. *М. Чалусов.*

387. *Пилокарпин при послеоперационной задержке мочеиспускания,* как показывают клинические наблюдения Lamperta (Zentr. f. Chir., 1926, № 8), оказывает превосходные услуги: уже однократная инъекция в вену 1,0 1%-ного раствора пилокарпина (максимальная разовая доза 0,02, pro die 0,05 чистого пилокарпина) даже после 24-часовой задержки дает через 5—15 минут самостоятельное мочеиспускание. *М. Фридланд.*

388. *О послеоперационных рефлекторных расстройствах сердечной деятельности механического происхождения.* По мнению Sauerbruch'a (Zentr. f. Chir., 1925, № 16) при операциях в грудной полости оперирующему необходимо быть точно осведомленным о рефлекторных путях, идущих из грудной полости, и о рефлекторных расстройствах, иногда сопровождающих интраторакальные вмешательства. В литературе этот вопрос совершенно не освещен, почему приведенные автором три случая своеобразного изменения сердечного ритма после операций в грудной полости представляют большой интерес. В первом из них была сделана операция удаления осколка из правого легкого, причем потребовались освобождение правого предсердия и перевязка верхней ветви легочной артерии. Так как инородное тело было покрыто гноем, то в рану был введен тампон. Уже на операционном столе, при хорошем общем состоянии больного и при глубоком правильном дыхании, пульс участился до 160—180 ударов в минуту и стал аритмичным; сердечные средства не оказали никакого действия, и только на 5-й день после операции, когда был вынут тампон, сердечная деятельность наладилась. При последующих перевязках каждое введение тампона в глубину вызывало такое же расстройство сердечной деятельности, а вынимание его регулярно ее восстанавливало. Этот случай с точностью эксперимента показывает, что механическое раздражение тампоном нервных проводников, заложенных в правое предсердие, может рефлекторно вызвать аритмию и тахикардию. Второй случай касался большой, благополучно перенесшей операцию экстраплевральной торакопластики с удалением ребер от II до IX. Квечеру в день операции пульс поднялся до 130 ударов, и появилась аритмия. При дальнейшем исследовании оказалось, что число пульсовых ударов на правой лучевой артерии равнялось 128, а на левой—78, и что справа пульс был сильнее, чем слева. Такое парадоксальное состояние известно в литературе под названием «порхания предсердий». Автор объясняет его возникновение в данном случае механическим давлением запавшего после операции легкого и грудной клетки на правую половину средостения и на правое предсердие. В третьем случае дело шло о больной, которая страдала застарелым плевритом после истинного пневмоторакса, у которой Sauerbruch сделал интраплевральную пластику с удалением большого числа ребер. Местный успех операции был пре-

красный, причем обратило на себя внимание чрезвычайно быстрое образование послеоперационного сколиоза. На 16-й день появилась тахикардия, и число сердечных сокращений участилось, доходя до 160—180 в минуту. Эта тахикардия не могла быть объяснена ни температурой, ни раной, при общем сравнительно хорошем состоянии больной. Держалась она 2 недели и не сопровождалась аритмией. Вскоре после появления тахикардии было обнаружено изменение положения грудных внутренних в смысле сдвига вправо. Одновременно у больной появились явления пилороспазма и сильные кишечные колики. Описанный симптомокомплекс Sauerbruch объясняет тем, что быстро наступившее после операции искривление позвоночника повлекло за собой растяжение правых п. vagi и п. acceleratorantis (полного антагонизма. по современным воззрениям, между этими нервами не существует). За участие блуждающего нерва говорило одновременное с тахикардией изменение желудочно-кишечной перистальтики. Несмотря на тяжелое страдание во всех 3 случаях правого сердца и сердечных нервов, они окончились полным выздоровлением.

Л. Ратнер.

е) Офтальмология.

389. *К патогенезу и лечению близорукости и ее последствий.* L. Müller (Wien. kl. Woch., 1926, № 12) сообщает о своем новом методе оперативного лечения близорукости, который является результатом его изысканий относительно причин миопии. На основании своих обследований миопов-учащихся М. полагает, что дивергенция зрительных осей—не следствие миопии, а, напротив, причина ее, и что миопы рекрутируются именно из детей с расходящимися зрительными осями. При этом дивергенция последних вызывается косыми мышцами глаза, именно, их повышенным тонусом, а отнюдь не преобладанием действия наружной прямой мышцы над ослабленной внутренней прямой, как это принято думать. Отсюда М. приходит к заключению об уместности при миопии операции «obliquotomyae». Описание техники ее он обещает сообщить впоследствии, пока же утверждает, на основании личного опыта, что obliquotomya устраняет недостаточность конвергенции и астенопические явления, уменьшает экзофталмус, а главное—понижает степень миопии, улучшает зрение, а иногда ведет даже к обратному развитию хориоидальных и ретинальных изменений глазного дна, в чем автор убедился офтальмоскопически.

Проф. В. Адамюк.

390. *Глазная форма опухоли гипофиза.* Hirsch (Presse méd., 1926, № 37) основываясь на 100 прооперированных случаях опухолей гипофиза, выделяет, кроме обычно упоминаемых форм,—акромегалической и гипофизарного ожирения,—глазную форму (la forme oculaire). Этот синдром характеризуется растройствами со стороны зрения без значительных изменений общего состояния. У больных находят понижение остроты зрения и сужение поля зрения. Последний симптом часто появляется в виде битемпоральной гемианопсии и должен рассматриваться почти как патогномонический признак опухоли гипофиза. В легких случаях компрессии битемпоральная гемианопсия наблюдается лишь для цветов, при нормальной остроте зрения и нормальных границах поля белого цвета. По данным автора битемпоральная гемианопсия встретилась в 84 сл. из 100; в остальных случаях имела место то центральная скотома, то гомонимная гемианопсия или назальная гемианопсия одного глаза и различные нехарактерные растройства поля зрения. Простая атрофия зрительного нерва также характерна для опухоли гипофиза,—из 100 случаев она встретилась в 89. Застой соска и, в особенности, неврит встречаются, напротив, при опухолях гипофиза так редко, что они скорее говорят против диагноза такой опухоли. Со стороны внешнего вида больные данной формой не представляют характерных симптомов,—ноги и руки их нормальные, часто лишь наблюдается их бледность; ожирения нет. Почти всегда больные жалуются на растройство со стороны половых желез (бессилие или аменорея), а при внимательном исследовании иногда открываются и другие симптомы опухоли гипофиза: потеря бороды, волос в подмышечной впадине и на лобке, бессонница, индифферентизм, низкая температура, растройство потоотделения; у женщин часто при надавливании обнаруживается секрет в грудных железах.

С. Ренников.

ж) Акушерство и гинекология.

391. *Билирубин и индикан в крови беременных* исследовал Eufinger (Arch. f. G., Bd. 125, H. 3). Билирубин образуется не только в клетках печени, но и во

всей ретикуло-эндотелиальной системе. Автор исследовал содержание его в крови 80 женщин при помощи прямой и непрямой пробы v. d. Bergh'a. У беременных при этом ни разу не получалось положительной прямой пробы; наоборот, непрямая проба с течением беременности делалась все более резкой, достигая maximum'a во время родов. Это повышение содержание билирубина в крови нормальных беременных автор склонен объяснять повышенным распадом функции печени. Лишь 4 раза sub partu им была обнаружена положительная прямая проба, и здесь приходится говорить о функциональном поражении. При токсикозах прямая проба часто оказывается положительной (поражение печени), непрямая же указывает на повышенное содержание билирубина, которое идет параллельно с клинической картиной. Содержание индикана во время беременности, родов и в послеродовом периоде как в нормальных, так и в патологических случаях оказалось в пределах нормы. Высокое содержание индикана в крови при низком содержании его в моче может служить указанием на недостаточность почек.

А. Тимофеев.

392. *Исследования над функцией почек при беременности* производил J. amada (Journ. of biochem., vol. 5, № 2, 1925) на кроликах одинакового веса (2,5 kg.) при однородном питании. Моча собиралась 1—3 раза в день катетером и исследовалась немедленно. Важно было определять такое вещество в моче, содержание которого не зависело-бы от других экскреторных субстанций. Таким веществом автор считает креатинин, ежедневное выделение которого у животного является постоянным, а потому может служить для суждения о других составных частях мочи. По отношению к выделению воды автор нашел, что количество мочи на килограмм веса и в отношении креатинина в первую половину беременности прибывает, во вторую половину—убывает с тем, чтобы после родов быстро возросли и вернуться к норме около 10-го дня после родов. Способность почек концентрировать мочу во время беременности сохраняется. Выделение NaCl с течением беременности медленно падает, а после родов быстро возрастает. Молодые животные задерживают NaCl сильнее, чем старые. Способность почек к выделению иода у беременных животных значительно уменьшена. Исследования относительно выделения молочного сахара показали резкое усиление этой функции в конце беременности. Выделение мочевины во второй половине беременности оказалось несколько повышенным. Увеличенным также оказалось выделение мочевой кислоты, аминокислот и аммиака. Сильная задержка NaCl при повышенном выведении азота у беременных могла-бы говорить за повреждение почечных канальцев, но резкое повышение выводимого NaCl после родов говорит против этого предположения. Гистологически в почках обычно не находят никаких изменений. На основании многих экспериментов автор приходит к заключению, что увеличение аммиака в крови и тканях является причиной нарушения секреторной деятельности почек, и что во время беременности содержание NH_3 повышено, причем на известной высоте может привести к судорогам. Таким образом расстройства со стороны почек при беременности представляют собою частичное проявление общих расстройств организма, вызванных повышенным образованием аммиака, которое в свою очередь обуславливается ненормальным накоплением кислот в организме, а не первичным поражением самих почек. Применением глауберовой соли можно предохранить от судорог животных, отравленных сернокислым аммонием.

А. Тимофеев.

393. *Новая реакция для распознавания беременности.* Vogel (Zentr. f. Gyn., 1926, № 24) предлагает для диагностики беременности следующую реакцию: к 10 к. с. стандартного раствора прибавляется 1,75 к. с. исследуемой кровяной сыворотки пациентки и 0,2 к. с. 1% водного раствора нингидрина, после чего все это кипятится 3 мин. на водяной бане. В случаях, когда нет беременности, белок сыворотки выпадает в виде грубых серовато-белых хлопьев, резко отличающихся от окружающей голубой жидкости; при наличии же беременности выпавший белок остается в виде взвеси, или же, при очень ранней беременности, получаются нежные, голубые, почти не отличающиеся от окружающей жидкости, хлопья. В 212 случаях отсутствия беременности проба эта дала отрицательный результат в 97,7%, случаев, в 281 случае беременности она оказалась положительной в 97,8%, причем, начиная с IV месяца, проба всегда оказывалась положительной, а при беременности 1—3 мес. она дала верный результат в 75%. Стандартный раствор готовится следующим образом: к 945 к. с. дистиллированной воды прибавляется 2,5 двууглекислого калия и 55 к. с. официальной известковой воды, этот раствор вливается в 10-литровую бутыл, наполненную углекислотой, и тщательно встряхивается. Готовый раствор разливается в небольшие склянки с притертыми пробками.

Е. Заболотская.

394. *Никотиновое отравление при беременности.* Rio (Ann. di ost. e gin., 1925, № 4) поставил многочисленные опыты на свинках для выяснения влияния никотина на беременность. Оказалось, что тяжелое отравление этим веществом вызывает бесплодие, а у беременных животных—смерть плода и аборт. Смерть плодов при этом наступает вследствие перехода токсических веществ из измененных органов матери. Прямого перехода никотина от матери к плоду или в околоплодную жидкость автор установить не мог. При медленном отравлении никакого влияния на беременность не получается, равным образом не наблюдается при этом и бесплодия. Автор обращает внимание на важность его наблюдений, если их можно перенести на человека.

Проф. А. Тимофеев.

395. *Содержание микробов в полости беременной матки* мог обнаружить Albert (Arch. f. G., Bd. 125, H. 3) при производстве аборта путем малого кесарского сечения. Автор полагает, что вагина всегда содержит микробов, которые в любое время могут инфицировать шейку и полость тела матки; в некоторых случаях эта инфекция после короткого и легкого острого периода может перейти в латентное состояние, во время которого возможно наступление беременности. Во время последней в матке могут развиваться процессы, по крайней мере отчасти бактериального, а следовательно и инфекционного происхождения. С этой точки зрения возможно объяснение токсикозов беременности всасыванием бактериальных токсинов. Таким же образом возможно возникновение спонтанных лихорадящих абортов и послеродового эндометрита, вообще случаи спонтанной эндогенной инфекции. Автор дает указания для профилактики беременных и небеременных, которая в существенном состоит из ежедневных спринцеваний водой с поваренной солью.

А. Т.

396. *К патогенезу и терапии белей.* Приложение биологических приемов и методов к разрешению проблемы выделений из полового канала привело Lande-ker'a (Arch. f. G., Bd. 125, H. 3) к заключению, что бели (fluor genitalis) есть качественно и количественно измененное отделяемое половой трубки. С точки зрения молекулярной патологии воспаление, по Schade, есть результат тех физико-химических изменений, которые характеризуются повышением осмотического давления, изменением степени кислотности тканей и секретов (H-hypertonie), что в свою очередь приводит к капиллярной гиперемии, венозному застою с выделением воды и белков крови в виде экссудата или отека, к диффузии, гиперкинезии и гипертермии, соответствующим клеточно-патологической картине воспаления. С этой точки зрения бели могут быть вызваны различного рода экзо-эндогенными факторами, в том числе факторами невро- и психогенной природы. При этом имеет место нарушенная способность к сопротивлению слизистой оболочки влагалища, вызванная острыми или хроническими изменениями в организме. Задачи терапии белей сводятся к тому, чтобы поднять сопротивляемость по отношению к внешним и внутренним вредностям, ослабить или уничтожить вызывающие причины и устранить тягостные проявления болезни. Важно установление нормальных отношений в тканях между ионами кальция и калия. Из биологических методов лечения автор рекомендует: 1) смазывание влагалища молочной кислотой, 2) влагалищное освещение ультрафиолетовыми лучами, которые вызывают повышение ферментативных процессов и улучшают циркуляцию, и 3) распыление хлор-этила, которое действует прямо бактерицидно, вызывает вслед за анемией гиперемию и изменяет обмен веществ в клетках соответствующих тканей.

А. Тимофеев.

397. *К этиологии и терапии белей.* Kirstein (Arch. f. G., Bd. 125) с этиологической точки зрения различает среди случаев белей: 1) случаи первичного воспаления, примером которого является гоноррея, 2) случаи простой аномалии секреции, напр., у астенических девственниц. Здесь также играет роль нарушение равновесия между тремя главными факторами—флорой рукава, степенью кислотности влагалищного секрета и биологией влагалищной стенки, какое нарушение может быть обусловлено чрезмерным внесением зародышей, эндогенными нарушениями секреции гликогена и кислотообразовательной энзимы. При скреции гонорреей может остаться аномалия секреции, и наоборот, к аномалии секреции может присоединиться инфекция. Первой задачей терапии является борьба с воспалением. Автор рекомендует постельное содержание больных в течение 6—8 дней и Reizkörpertherapie в виде инъекций иатрен-казеина.

А. Тимофеев.

398. *Бели и вегетативная нервная система.* Kaboth (Arch. i. G., Bd. 125) думает, что первично бели возникают, когда раздражение касается органов с парасимпатической иннервацией. Этот fluor есть результат повышенной секреции цервикальных желез, а не трансудации влагалищной стенки. Ни характер влагалищной флоры, ни содержание гликогена, ни степень кислотности не являются первичной причиной таких белей. Трансудация из поврежденной стенки влагалища здесь является вторичной. 74% исследованных автором женщин с первичным fluor albus обнаружили раздражимость парасимпатической нервной системы, треть из них одновременно имели и симпатическую раздражительность. Таким образом первично возникает у женщины расширение сосудов и увеличение секрета, вторично—изменение вагинальной флоры, степени кислотности и анатомические и функциональные изменения влагалищной стенки. Теоретически обоснованное лечение солями кальция в действительности не всегда дает результаты. Местно хорошо действует лечение азотнокислым серебром. А. Т.

399. *Лечение белей* Puppel (Zentr. f. G., № 3, 1926) испробовал при помощи препарата, выпущенного фабрикой Knoll под названием Granugenol и представляющего минеральное масло. Лечение состояло в том, что препарат этот два раза в неделю вливался в предварительно обсушенное влагалище. Полученные результаты заставляют автора отдать этому методу предпочтение перед методом сухого лечения белей. А. Т.

400. *Тератома яичника и раннее половое созревание.* Н. Haggis (Surg., gyn. a. obst., 1925, aug.) наблюдал случай раково-перерожденной тератомы яичника у девочки 5 л. 10 мес., представлявшей признаки преждевременного полового созревания. В возрасте 5 л. 10 мес. пациентка весила 58 ф. при росте 49,8 дюйм. В конце 6-го года она начала менструировать, причем одновременно у ней увеличились грудные железы, и выросли волосы на лобке и под мышками. При наступлении 3-й менструации в животе у девочки была обнаружена опухоль, за 1½-года настолько увеличившаяся, что пациентку можно было принять за беременную. При операции была удалена солидная опухоль яичника, без сращений и метастазов, под микроскопом оказавшаяся тератомой с обильным развитием раковой ткани. Стойкое выздоровление, прослеженное более 10 лет, что при тератомах, как известно, является редкостью: из 20 больных с тератомами, сведения о которых собраны Seyferth'ом, 11 умерли в течение первого 1½-года после операции от рецидивов. Преждевременное половое развитие девочки в данном случае может быть, по Askapazy, поставлено в связь с действием вырабатываемых опухолью продуктов на половую сферу. Н. Смолина.

Рецензии.

Д-р А. Егоров. *Таблицы клеток крови.* Мед. изд. «Врач». Берлин, 1926. 3 табл. (47 рис. в красках) и 17 стр. текста.

Потребность в доступном руководстве по дифференциации основных форм клеток крови у нас, действительно, большая. К сожалению, разбираемая книжка едва-ли удовлетворит эту потребность. Что касается, в частности, рисунков, то, безусловно, некоторые формы, — напр., лимфоидоцит - мизобласт, — представлены хорошо и существенно дополняют общедоступные иллюстрации. За то другие формы едва-ли уместны в руководстве, которое должно экономить на каждом рисунке. Таков, напр., рис. 11.—такого базофила, признаюсь, я никогда не встречал; таковы рис. 19 и 20, изображающие лейкобласты,—клетки эти настолько необычны (может быть, здесь слишком сказалась схематизация), что скорее будут смущать, чем помогать при исследовании.

Автор говорит, что «соотношение густоты окраски правильно по отношению клеток одного и того же препарата» (стр. 10). Едва-ли это так. I таблица вообще ярче напечатана, чем II и III. Отчасти этим, вероятно, объясняется следующее: 1) ядра нейтрофильных клеток вообще бледны по сравнению, напр., с лимфоцитами, также и ядра нормобластов; 2) протоплазма промиелоцита (18) должна быть базофильной, на рисунке же она лишь слегка серовата; 3) макролимфоцит лейкоцитарной крови (21), который по описанию должен быть близок морфологически

к макролимфоциту детской крови (4), на рисунке очень существенно отличается от последнего. Далее, важные дифференциально-диагностические особенности структуры ядер на таблицах или совершенно не выступают, или, — благодаря схематизации, — переданы неправильно; таковы, напр., ядра лимфоцитов, нормобластов и плазматических клеток. Эозинофилы вообще настолько резко характеризуются, что одного описания их, пожалуй, было бы достаточно, и едва-ли рис. 8 и 9, со своеобразным оттенком зернистости, много прибавят к описанию (я знаю, что в неудачно окрашенных препаратах эозинофилы могут быть не распознаны).

Обращаясь затем к тексту, мы найдем, что и здесь многое вызывает возражения. Чтобы не удлинять своей заметки, ограничусь некоторыми примерами. 1) «Необходимость в унификации как методов дифференциации, так и номенклатуры», — едва-ли удачное выражение, книжка автора едва-ли будет содействовать такой безусловно желательной «унификации». 2) В терминах «Stabkernige», «Segmentkernige» упорно повторяется ошибка «körnige», вместо «kernige», — ошибка тем более досадная, что эти немецкие термины у нас довольно часто употребляются. 3) Термин «амблиохроматический» употребляется автором нелегко однозначно. 4) Едва-ли удобно называть ядро «палочкоядерным» (8 рис.). 5) Почему лимфоидоциты и миеобласт описаны отдельно, — раз это синонимы?

В общем я сомневаюсь, что «Таблицы» д-ра Егорова получают популярность и широкое распространение, особенно если принять во внимание непомерно высокую их цену (4,60 марки).

Проф. Н. Горьев.

A. Brunner. *Die chirurgische Behandlung Lungentuberculose.*

Хотя времени выхода из печати книги Brunner'a прошло уже 1½ года, она все же остается мало известной русским хирургам, почему, мне думается, об ней и стоит поговорить. Она представляет интерес уже потому, что принадлежит к числу изданий «Туберкулезной библиотеки», выходящей под редакцией проф. Лидии Рабинович и уже выпустившей целый ряд полезных книг по тбс. Монография Brunner'a может быть рекомендована также потому, что она вышла из клиники Sauerbruch'a, которая, как известно, обладает наибольшим в Европе материалом и опытом в хирургии грудной полости. Да и самый вопрос о хирургическом лечении тбс легких является очень актуальным в настоящее время, и интерес к нему со стороны как хирургов, так и терапевтов progressively возрастает. Эти априорные соображения об ожидаемых достоинствах книги в полной мере оправдываются при ее чтении. Книга разделена на семь отделов: первая из них дает общую ориентировку в затронутой теме; следующие 4 посвящены основным 4 формам вмешательства при тбс легких, — искусственному пневмотораксу, искусственному параличу диафрагмы, экстраплевральной торакпластике, экстраплевральному пневмолизу, тампонаде и plombировке; в последние 2 главах говорится о тбс плеврите и его хирургическом лечении и о спонтанном пневмотораксе. Все отделы изложены с исчерпывающей полнотой и необыкновенной ясностью, и в то же время книга не утомляет читателя повторениями, длинными и описаниями мыслей и методов, еще не узаконенных в науке, но часто описываемых исключительно с целью полноты изложения, что мало нужно практическому врачу. Как на яркий пример этого, укажу на главу «О распознавании патолого-анатомических форм тбс легких путем клинического исследования» (стр. 13). Указав на громадную важность знания точной патолого-анатомической картины поражения легких для установления показаний к операции и прогноза, автор для разделения экссудативных и продуктивных форм легочной чахотки рекомендует пользоваться главным образом физическими методами исследования легких и рентгеном. Приложенные прекрасные рентгенограммы дают возможность воочию убедиться в ценности метода. Многочисленные же биологические реакции и анализы крови, которыми так любят пользоваться терапевты для выяснения характера и степени активности тбс процесса, и которые дают противоречивые результаты, а иногда только затемняют правильный диагноз, — только вскользь упомянуты в книге.

Руководство Brunner'a с одинаковым интересом прочтется как хирургом, так и терапевтом благодаря тому, что автор одинаково тщательно обработал как главы, касающиеся техники операций, подготовки к ним и осложнений после них, так и главы о показаниях и противопоказаниях к операциям и о значении оперативных методов среди других способов лечения легочного тбс. С особой любовью описана экстраплевральная торакпластика, которую Sauerbruch и его школа культивируют уже с начала XX столетия. Чувствуется, что автор полон веры в благотворное действие этой операции и полон желания ее пропагандиро-

вать. Для последней цели он избрал лучший с нашей точки зрения способ—детальное ознакомление читателя со всеми тонкостями, касающимися этой операции. Прекрасной иллюстрацией ко всем идеям и методам Sauerbruch'a и его учеников являются приведенные в конце главы III истории болезни подвергнутых торакопластике больных с подробным эпикризом. Приятно отметить, что, будучи горячим приверженцем торакопластики, автор в то же время относится к ней достаточно критически и не только не скрывает от читателей (что, к сожалению, часто наблюдается) ее отрицательных сторон, но выявляет их особенно выпукло и, в частности, подробно разбирает смертельные случаи и их причины.

Очень интересно и оригинально изложена 7-я часть книги, посвященная тbc плевриту и его хирургическому лечению. Она дает указания, каким путем дифференцировать тbc плевриты от всех других видов, в каких формах они выражаются и какой терапии требуют. Прочитавший эту главу хирург должен будет отречься от шаблонного лечения гнойных плевритов резекцией ребра без разбора их этиологии, в чем и до сих пор грешат многие хирурги.

Книга прекрасно издана и снабжена 99-ю большею частью оригинальными рисунками. В конце ее помещен литературный указатель, занимающий около 10 страниц. О русских работах, согласно традиции немецких авторов, совершенно не упоминается, но в данном случае на это особенно претендовать не приходится, ибо русские хирурги мало занимались оперативным лечением легочного тbc, и только за последние годы замечается подъем интереса к этому вопросу (работы Дитерихса, Спасокукоцкого, Шварца, Вайнштейна, Есипова, Блументаля и др.). Нельзя сомневаться, что монография Brügger'a найдет много читателей в России и увеличит число сторонников хирургического лечения тbc легких.

Проф. Л. Ратнер.

D-r Fr. Honigmann. *Искусственный паралич диафрагмы и его значение для терапии.* Пер. с нем. д-ра Лызова. Мед. Изд. «Врач», Берлин. 1926 г.

Небольшая книга Honigmann'a, выпущенная издательством «Врач», содержит сжатое, но достаточно полное изложение современного состояния вопроса о френикотомии. На протяжении 72 небольшого формата страниц автор сумел уложить анатомию грудобрюшного нерва, физиологию диафрагмы при нормальных и патологических условиях (на основании экспериментов над животными и наблюдений над френикотомированными), симптоматику искусственного паралича диафрагмы, технику выключения n. phrenici, клинические результаты френикотомии и ее специальное действие и показания к операции. Все эти главы написаны на основании данных литературы, которая собрана очень старательно. Личного опыта у автора, видимо, нет, и это наложило на книгу вполне определенный отпечаток. Отсутствие собственных наблюдений и переживаний, отсутствие критической оценки—делают вполне литературное изложение предмета мертвым и скучным. В книге совершенно нет ясных и определенных выводов, и после прочтения некоторых глав у неподготовленного читателя (а для него и предназначена книга) остается полное недоумение, какая из перечисленных теорий более жизненна, какой из предложенных оперативных методов более целесообразен. В главе о показаниях к операции весьма подробно указаны все те заболевания, при которых френикотомия кем-либо и когда-либо производилась, но совершенно не говорится о том, в каких случаях она получила все права гражданства, и в каких применение ее на основании априорных теоретических соображений не оправдалось на практике. Такое же несколько сумбурное впечатление получается и при чтении «клинических результатов френикотомии и ее специального действия». Полное равнодушие автора, проявленное при оценке результатов френикотомии, и приведение им одновременно и параллельно совершенно противоположных взглядов других авторов—лишают читателя возможности делать выводы и ориентироваться в ряде кардинальной важности вопросов, как, напр., вопрос о том, является ли френикотомия самостоятельной или только добавочной операцией, полезна или бесполезна комбинация выкручивания n. phrenici с искусственным пневмотораксом и т. д. Чтение книги Honigmann'a заставляет лишний раз придти к выводу, что печатание монографий по животрепещущим вопросам медицины имеет смысл только тогда, когда автор в состоянии критически подойти к затронутой теме. Задача таких монографий, по нашему мнению,—не только детально теоретически знакомить врачей с новыми идеями в медицине и новыми лечебными методами, но и указывать пути для их практического применения. Последней цели труд Honigmann'a совершенно не достигает,—тем более, что книга не имеет ри-

сунков, без которых изучать топографию п. phrenici и знакомиться с операциями над ним—очень трудно. Издательство «Врач» имеет большие заслуги перед русскими хирургами.—оно издало переводы, напр., таких необходимых книг, как «Руководство по топографической анатомии» Korning'a, учебник и атлас по частной хирургии Sultan'a и в особенности атлас хирургическо-патологических рентгенограмм Graswey'a; но рецензируемая книга является относительно-неудачным детищем издательства и не принесет большой пользы практическому хирургу.

Проф. Л. Ратнер.

IX С'езд Терапевтов СССР.

Происходивший с 23 по 28 мая в Москве IX Всесоюзный С'езд Терапевтов отличался своей многолюдностью,—общее число членов его доходило до 1250, из них 40—50% падало на провинцию. В 4 дня на заседаниях С'езда был заслушан 131 доклад, причем одно заседание было совместное со С'ездом Хирургов. Два дня С'езда были специально экскурсионно-демонстрационными днями,—они были посвящены ознакомлению членов С'езда с клиниками и др. научными учреждениями Москвы, в коих, по заранее выработанной программе, производилась в эти дни демонстрация интересных больных, методов лечения, методов научного исследования, разных аппаратов и приборов. Вместе с этим руководители учреждений вкратце ознакомили членов С'езда с теми научными вопросами и проблемами, разрешением которых занято в данный момент учреждение. Надо отметить, что эта часть С'езда блестяще удалась Организационному Комитету, и приходится только пожалеть, что в столь короткий срок членам С'езда невозможно было познакомиться с большинством научных учреждений, поражающих богатством обстановки и аппаратуры нас, казанцев, привыкших к нашему убожеству.

Что касается деловой части С'езда, то едва-ли принятый Орг. Комитетом способ ведения заседаний С'езда можно признать удачным и целесообразным. Масса представленных Комитетом к заслушанию докладов, удачно названных микродокладами и явившихся по существу содокладами к основным программным докладам, отняла слишком много времени и вызвала такую перегрузку, что прений по программным докладам отчасти за недостатком времени, отчасти по переутомлению слушателей совсем не было. В результате прозвучал огромный ряд как-бы оторванных положений, цельной же, отчетливой, законченной картины по существу вопроса не создалось. Отсутствие печатных положений основных докладчиков, по нашему мнению, является также большим минусом, тем более что «Труды» С'езда при современных условиях вряд-ли могут скоро выйти в свет.

По избрании председателем С'езда проф. С. С. Зимницкого (Казань) и президиума С'езд начал свои занятия с доклада проф. О. О. Гартюха (Ленинград) по первому программному вопросу: «Затяжные септические заболевания». Докладчик сначала осветил вопрос о возбудителях сепсиса; во второй половине доклада, основанной на широко поставленной экспериментальной работе на кроликах, он изложил полученные данные о streptococcus viridans, как возбудителе endocarditis lenta. Между прочим докладчик отметил быстрое исчезновение этого микроба, при внутривенном заражении кроликов, из крови и задержку его в таких органах, как печень, легкие, селезенка и главн. образ. почки (до 7 дней). Кролики, получившие предварительно antivirius, не заражались, и культуру докладчику не удалось получить ни из одного органа. Второй официальный докладчик по данному вопросу, проф. Воробьев (Москва), описал вообще клиническую картину хронического сепсиса.

Доклад проф. С. С. Зимницкого (Казань) на вторую программную тему «Endocarditis lenta», представлявший из себя обширный литературный обзор по данному вопросу, явился прекрасной литературной базой для ярко и образно очерченной клинической картины данного заболевания, нарисованной проф. И. Д. Стражеско (Киев) в его докладе «Клиника и терапия endocarditis lenta». Доклад этот основан на огромном личном материале—80 случаев. По мнению проф. Стражеско наблюдаемое за последнее время учащение этой нозологической единицы обуславливается понижением сопротивляемости организма после пе-

ренесенных пертурбаций. Что касается возбудителя болезни, то, по данным Стражеско, в 33% его случаев это был *strept. haemolyticus*, в 44%—*s. viridans*, в 3 случаях—и тот и другой. По клинической картине все наблюдавшиеся им случаи могут быть разделены на три группы: в первую входят случаи легкие, скрытой формы—*endoc. latvata*, во вторую—случаи промежуточной формы, *endoc. subfebrilis*, в третью—тяжелые случаи, собственно *endoc. lenta*. В анамнезе всех больных всегда имелась какая-нибудь инфекция. Объективных симптомов, кроме явлений общей слабости и нейрастении в I и II группах, не было почти никаких; лишь при тщательном и бдительном наблюдении вместе с субфебрильной температурой иногда проскальзывали симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы в виде непостоянного легкого систолического шума на верхушке и аритмии. В этот период излюбленным местом поражения являются клапаны двухстворки. Первая и вторая группы могут давать длительное, м. б. кажущееся, выздоровление. Третья группа, собственно *endoc. lenta*, характеризуется бурно протекающими, тяжелыми симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы (эмболии, метастазы), как-бы острым началом и летальным исходом. В клинике эта только форма и наблюдается, так как больные I и II групп очень редко обращаются за медицинской помощью, а если и обращаются, то обычно идут под знаком другой болезни. Характерным для тяжелой формы *endocarditis lenta* является поражение всегда и клапанов аорты. Терапия: 1) улучшение жизненных условий больного; 2) ухудшение условий роста и размножения микроба—все *chemicalia*; 3) покой для сердца; 4) *argophavin*.

Дополнением к докладу проф. Стражеско был доклад из его клиники д-ра Гейлига «К вопросу о возбудителе затяжного септического эндокардита». Сущность доклада сводится к следующим положениям: 1) возбудителем *e. lenta* является *strept. viridans* и *haemolyt.*; 2) *str. viridans* является не только возбудителем *e. lenta*, но находится в крови и при других септических заболеваниях; 3) под влиянием химических препаратов, вливаемых в кровь, температуры (лихорадки), изменчивости питательной среды наблюдается переход *s. viridans* в *s. haemolyticus* и обратно, на основании чего *s. viridans* нужно считать не специфической формой, а мутационной или формой вырождения; 4) наилучшей методикой выраживания стрептококков из крови эндокардитиков надо признать методику жидких питательных сред по Freund'y и Berger'у с последовательными ежедневными перевивками на свежих средах в течение от 4 до 6 дней.

В тесной связи с докладами о *sepsis lenta* стоял доклад патолого-анатома Талалаева (Москва) «Клинико-анатомическая классификация острого ревматизма, его симптоматология, исходы и отношение к *sepsis lenta*», где он на основании новых патолого-анатомических данных выдвинул вопрос о пересмотре клинической симптоматологии острого ревматизма. Между прочим докладчик отметил, что в остром периоде ревматика гибнут главным образом при явлениях сердечной блокады,—что в дальнейшем главная масса ревматиков, инфицируясь, гибнет от медленно протекающего *sepsis lenta*,—что 50% больных *sepsis lenta* имеют в анамнезе острый ревматизм, остальные же 50% должны рассматриваться как бывшие ревматики, и что в картине *sepsis lenta* характер болезни определяется не возбудителем, а своеобразной реактивной способностью организма.

Проф. Ланг (Ленинград) на основании данных клиники и аутопсии (36 случаев) высказался,—правда, с осторожностью,—что между старыми ревматическими изменениями клапанов и *endocarditis lenta* имеется связь, и что *endocarditis lenta* является как-бы поздним проявлением ревматического вируса.

Проф. Р. А. Лурья (Казань) сообщил случай, где долго наблюдавшийся им больной, шедший под диагнозом криптогенной септикопоземии, оказался люэтиком, у которого специфическая терапия дала блестящий эффект.

Проф. Кончаловский (Москва), сообщив о 15 случаях хронического стафилококкового сепсиса, отметил, что наилучший результат был в этих случаях получен от лечения антивирусом по Безредка, препараты же серебра и краски остались без эффекта.

Проф. Невядомский (Москва) заметил, что во всех наблюдавшихся им случаях *end. lenta* были налицо условия пониженного питания и усиленной физической работы. *E. lenta*, по его мнению, как особая нозологическая единица, не существует, а представляет из себя разновидность ревматического эндокардита; поэтому наилучший лечебный эффект здесь получается от салициловых препаратов и мушек.

Второй день Съезда был посвящен вопросу о диабете, его лечении и терапевтическом значении инсулина. Программный докладчик, проф. Е. И. Фром-

гольдт (Москва) в прекрасной полчасовой речи широко охватил этот вопрос, начав с истории развития учения о диабете, а затем красочно и выпукло изложил всю сущность патогенеза этой болезни с точки зрения современного понимания. Докладчик довольно пространно остановился при этом на вопросе о несоответствии данных клиники и патологической анатомии. В настоящее время еще далеко не все случаи диабета имеют определенный анатомический субстрат. В частности материал докладчика (15 случаев секции диабетиков) свидетельствует, что не во всех случаях диабета можно обнаружить изменения в ралсгеас, а если таковые и имеются, то нерезкие, доступные только опытному глазу. При этом клинически-тяжелый диабет может дать мало изменений в ралсгеас, и наоборот. Вообще, по мнению докладчика, диабет далек от того, чтобы сделаться анатомической болезнью. Целый ряд желез внутренней секреции, кроме ралсгеас, связан с углеводным обменом: *hypophysis*, надпочечники, половые железы. Диабет—не болезнь общего обмена, а болезнь внутренней секреции. С клинической точки зрения диабет в настоящее время должен рассматриваться, как состояние, где функция островкового аппарата поджелудочной железы недостаточна, откуда и гликозурия, зависящая от этой причины; единственно *diabetes innoxens* не связан с гипергликемией и не поддается действию инсулина. Эта форма диабета не поддается и диете. По мнению всех клиницистов *diabetes innoxens*, пока прием нет сильной гликозурии, не нужно трогать. Терапия диабета: диета и инсулин, причем все способы диететического лечения сводятся к одной цели—агликозурии и повышению толерантности к углеводам.

В. М. Коган (Харьков) остановился на показаниях и противопоказаниях к инсулиновой терапии. Основное положение этого докладчика,—что лечить диабет одним инсулином нельзя, ибо химическая природа его еще не установлена, да и механизм действия инсулина толкуется различно. На основании собственного материала в 102 случая д-р Коган ставит след. показания к инсулиновой терапии: 1) *coma diabeticum*,—при ней нужно применять большие дозы инсулина с одновременным введением декстрозы; 2) инфекционные осложнения диабета, причем, однако, в случаях гнойных септических процессов инсулин едва-ли помогает; 3) необходимость операционного вмешательства; 4) тяжелые формы диабета. Противопоказуют лечение инсулином: 1) *diabetes innoxens*; 2) переходные формы; 3) сильно повышенная чувствительность к инсулину; 4) *morbus Addisonii*; 5) тяжелопротекающий *lbc*; 6) беременность. Из осложнений при инсулиновой терапии наблюдаются отеки, нефрит, гематурия и гипогликемическая кома.

Проф. Гуревич (Москва-Смоленск) сообщил, что в его случаях диабета диета, из которой были исключены белки и животные жиры, привела к исчезновению гликозурии; это, по его мнению, говорит за то, что могут встречаться случаи диабета на почве нарушения углеводного обмена без заинтересованности *pancreatis*, на почве гепатозов. С таким же сообщением выступил проф. Д. Д. Плетнев.

Д-р Смирнов, в докладе «Протеинотерапия диабета», на основании как экспериментальных данных, так и клинических наблюдений сообщил о понижающем действии на сахар крови вырскиваний сыворотки. Гипогликемия после этих вырскиваний держится дольше, чем при применении инсулина.

В заключительном слове проф. Фромгольдт, упомянув о громадной сложности таких вопросов, как вопрос о диабете и инсулине, нашел все же возможным уже и в настоящее время сделать кое-какие выводы: 1) инсулин успешно излечивает диабетическую кому; 2) эффект инсулиновой терапии зависит от сил организма (там, где организм плох, эффекта от инсулина ждать не приходится); 3) инсулин—большое подспорье в лечении диабета; 4) главная терапия диабета, однако,—диета; 5) лечение диабета большими дозами инсулина без диеты большинством авторов не одобряется. После заключительного слова проф. Фромгольда С'езд постановил избрать особую комиссию для скорейшего проведения в жизнь возможности населения СССР пользоваться более доступным по цене инсулином.

Из ряда докладов по внепрограммным темам с большим вниманием был заслушан на С'езде доклад Г. А. Ивашенцева (Ленинград) о дизентерии, построенный на огромном материале (3000 случаев). Дав краткую характеристику этиологических моментов дизентерии, докладчик подробно остановился на патогенезе на стадии внедрения токсинов и выделения их. Дизентерийная палочка легко гибнет в нормальном желуд.-кишечн. тракте; на здоровую слизистую *colonis* она не действует. Токсины выделяются через слизистую толстой кишки и раздражают ее. Клинически-легкие случаи зависят от легкой интоксикации, ведущей к незна-

чительному раздражению слизистой толстой кишки. В тяжелых случаях имеют место обилие инфекционного материала, значительная общая интоксикация, значительное раздражение слизистой и присоединение вторичной инфекции. Задачей терапии являются: выделение инфекционного материала, нейтрализация токсинов и заживление повреждений кишечной мукозы. Лечение наиболее тяжелых случаев сывороткой должно быть начато очень рано, смертность при этом падает на 30%. В случаях средней тяжести следует заботиться о длительных, регулярных послаблениях преимущественно при помощи солевых растворов (1½—2% Na sulfur. по 1 стак. pro dosi, от 500 куб. с. до 1000 куб. с. и более в сутки) и регуляции деятельности кишечника атропином.

С большим успехом выступил проф. Р. А. Лурья (Казань) с докладом «Новые пути в лечении поносов». Исходя из того, что значительное число случаев поносов является результатом расстройства функций всего организма,—общего обмена в тканях воды, нарушения корреляции эндокринного аппарата, иммунитета, центральной нервной системы,—и что сущность лечения таких поносов должна лежать не столько в диетотерапии, сколько в методах, изменяющих общую установку организма, докладчик предложил для лечения этого рода поносов парентеральное введение пептона Witte (доза 5 куб. с. дробно стерилизованного 5% раствора пептона подкожно или внутримышечно). Эта пептонотерапия поносов биологически не идентична с протеинотерапией и не дает ни местной, ни общей, ни очаговой реакции; применять ее можно и амбулаторно. В основе действия пептона, по мнению проф. Л., лежат еще не изученные процессы, среди которых м. б. имеет значение влияние пептона на функцию печени, регулируюшую обмен воды в тканях, спазмолитическое действие пептона и антиаллергические свойства его.

Проф. С. С. Зимницкий (Казань) сделал сообщение, уже известное нашему Обществу Врачей: «Новое в патогенезе язвы желудка», где он провел мысль, что конституциональная сущность язвенного диатеза лежит в ацидозе тканей.

В высшей степени интересное сообщение было сделано проф. А. И. Яроцкий (Москва) об исследовании заприщательного рефлекса привратника, как методе изучения функционального состояния поджелудочной железы и печени. Принцип метода, данный работами школы И. П. Павлова, заключается в том, что масло, введенное в 12-перстную кишку, держит привратник закрытым, пока все оно не переработается соками pancreatis и печени. Техника метода такова: в duodenum вводится через тонкий зонд 100,0 растительного масла (подсолнечного), затем зонд несколько вытягивают с таким расчетом, чтобы олива зонда осталась в желудке. Затем дают больному выпить 250 куб. с. воды и через определенные промежутки времени выкачивают, с помощью аппарата Pota'n'a, всю воду. Обычно через 40 мин. в желудке оказывается около 80 куб. с. воды; это показывает, что привратник открылся, и большая часть воды ушла из желудка. В случаях закупорки протока pancreatis и желчных путей период закрытия привратника удлиняется, и, вводя последовательно через 30, 80, 120 и т. д. минут новые порции воды (по 250 куб. с.), можно видеть, что pylorus остается закрытым все время, и из желудка в таких случаях даже через 3 часа от начала опыта, при попытке выкачать обратно введенные туда за 40 мин. 250 куб. с., можно получить даже большее количество; это свидетельствует, что привратник не только не пропускает из желудка его содержимого, но, наоборот, часть содержимого 12-перстной кишки (и масло) выбрасывается в желудок. Предлагаемый метод дает возможность в цифрах выражать степень достаточности или недостаточности внешней секреторной функции поджелудочной железы и печени.

Все пятое заседание Съезда было посвящено докладам по сердечно-сосудистой системе. Отметим среди них доклад д-ра Егорова, который сообщил о 16 случаях прижизненного диагноза инфарктов сердца на основании клинического анализа. Инфаркт миокарда дает резко очерченный клинический симптомокомплекс,—здесь характерна острая одышка, боли в области сердца, острая сердечная недостаточность, не прогрессирующее расширение полостей сердца, появляющееся с первых дней.

К этой же серии относился доклад проф. Плетнева, сообщившего о 8 случаях прижизненной диагностики аневризм сердца. Диагностика эта трудна и возможна только в некоторых случаях, базируется она на тщательном анализе анамнестических и клинических данных; рентген и аускультация решающей роли здесь не играют. Как характерные признаки, проф. П. отмечает: неукротимый рост влево левого желудочка, абсолютную слабость верхушечного толчка в срав-

нением с сердечным толчком (для аневризм лев. желудочка) и усиленную пульсацию *reg. epigastrici* при падающем давлении (для аневризм прав. жел.).

Проф. Бухштаб в докладе «О механизме излечения некоторых форм грудной жабы» сообщил, что в наблюдавшихся им некоторых случаях грудной жабы (14 сл.), в основе которых лежал тромбоз или эмболия венечной артерии с последующей *myomalacia* сердца и перикардитом, и приступ жабы сопровождался повышением t° , после приступа наблюдался *spatium lucidum* от 4 мес. до 4 лет. Этот *spatium lucidum* прерывался или скоростипажной смертью от разрыва сердца, или резко развивающейся недостаточностью сердечной мышцы. Докладчик провел аналогию между *spat. lucidum* и прекращением припадков грудной жабы после симпатэтомии; разница в том, что здесь *n. sympathicus* перерождается в самом органе. По существу как при симпатэтомии, так и при *myomalacia* сердца «выздоровление», т. е. прекращение припадков, — лишь временное, кажущееся.

Д-р Вальдман (Ленинград), изучая вопрос о венозном давлении и венозном тонусе методом Moritz-Tabora, результаты своих наблюдений формулировал в следующих положениях: 1) явления венозного застоя могут протекать как при высоком, так и при низком венозном давлении. 2) При декомпенсированных пороках, при *arhythmia perennis* венозное давление, как правило, повышено. 3) При некоторых расстройствах компенсации сердечно-сосудистой системы (артериосклероз, миофиброз, кардиосклероз, эмфизема) венозное давление иногда не только не повышено, но даже понижено, несмотря на полную картину венозного застоя; объяснение этого следует искать в тонусе самих стенок венозных сосудов. 4) Хронические интоксикации и инфекции, нарушая устойчивость и работоспособность всей сердечно-сосуд. системы, подрывают в частности и тонус венозных стенок; в этих случаях сердечная слабость может быть вторичной.

Ряд докладов на Съезде был, далее, посвящен вопросам конституции, холестеринемии, изменению химизма крови и морфологии при свинцовых отравлениях и т. п. Между прочим проф. Loeschke сделал доклад на тему: «*Vegetative Stoffwechselstoerungen*». Не имея возможности подробно останавливаться на этих докладах, я, заканчивая свое сообщение, упомяну лишь о докладе Диллона и Рубинштейна (Москва): «Диагностика заболеваний желчного пузыря по методу *Graham'a*». Метод этот, состоящий в интравенозном введении тетрабромидов тетраиод-фенолфталенинатрия, позволяет получать рентгенологическое изображение желчного пузыря. Рентгеноскопическое и рентгенологическое изображение через разные сроки после вливания позволяет разрешать ряд вопросов анатомии, физиологии и патологии пузыря. Положения докладчиков таковы: 2) Неполучение изображения желчного пузыря по методу *Graham'a* указывает на недостаточную проходимость пузырного протока. 4) Метод *Graham'a* облегчает дифференциальный диагноз между триадой: *cholecystitis, nlc. duodeni, appendicitis*. 5) Метод *Graham'a* не представляет опасности для больных, технически прост, может быть применен к амбулаторным больным.

Следующий Съезд Терапевтов назначен на май 1927 года в Ленинграде. Программные темы намечены следующие: 1) висцеральный люес, 2) периферическое сердце, 3) консервативные и оперативные методы лечения холестистов и болезней желчных путей.

В. Якимов.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Акушерско-Гинекологическая секция.

Д-ра Ф. П. Ханина-Гайдуки и П. В. Маненков дали отчет о VII Всесоюзном Съезде Акушеров и Гинекологов в Ленинграде. Отчет этот будет напечатан в ближайшей книжке «Каз. Мед. Журнала». — Дополнения к нему сделал участник Съезда д-р Е. Д. Рузский.

Д-р Успенский демонстрировал препарат личинковой беременности.

Научные собрания Врачей Гос. Института для усов. врачей в Казани.

Собрание 84-е 18/V.

Д-ра А. Г. Гринбарг и М. В. Каменцева: «*К вопросу о действии ультрафиолетового облучения при некоторых эндокринных заболеваниях*». Докладчики задались задачей испытать лечебное действие ультрафиолетовых лучей при некоторых заболеваниях эндокринного происхождения. У больных исследовался глазо-сердечный рефлекс Dagnini-Aschner'a, количество красных и белых кровяных шариков, Hb и содержание в кровяной сыворотке Са и К (по de Warsky). Под наблюдением было 10 человек, из них 6 с базедовой болезнью, 2—с polyarthritis thyreotoxica, 1—с склеродермией и 1—с тетанией. Облучение производилось три раза в неделю, начиная с 5-минутного облучения на расстоянии 100 ст. от больного и заканчиваясь 30-минутным на расстоянии 50 ст. Общее количество сеансов—от 12 до 14. Во всех случаях эффект лечения сказался улучшением болезненного состояния. На основании данных своих исследований авторы приходят к следующим выводам: 1) колебания Са и К в кровяной сыворотке при эндокринных заболеваниях под влиянием ультрафиолетового облучения ясно выражены; 2) лейкоцитоз под влиянием этих лучей понижается; 3) в случаях, где количество Са в кровяной сыворотке повышается, там пульс обнаруживает тенденцию к замедлению; 4) значительное улучшение в состоянии больного отмечается в тех случаях, где относительное замедление пульса по формуле Golup'a остается в пределах нормы по Harvier.—Прения: проф. Г. А. Клячкин, д-р мед. И. И. Русецкий и д-р Каменцев.

Д-ра Я. Д. Печников и Х. Г. Гильман: «*Некоторые данные к вопросу о применении диатермии при мужской гоноррее*». По наблюдениям докладчиков диатермия дает весьма ценные результаты при острых осложнениях гонорреи (в стадии обратного развития) и при различных хронически протекающих осложнениях. Период нарастания воспалительной реакции является противопоказанием к применению ее. Различные ткани и органы мочеполовой системы, пораженные гонорройным процессом, неодинаково поддаются влиянию диатермии. При условиях неблагоприятных последняя может оказать провокаторное влияние на течение процесса и даже вызвать новые осложнения. В соответствующих случаях (артриты, воспаление пазух Morgagni, желез Littre) диатермия может играть роль диагностического метода, давая очаговые реакции при первых сеансах.—В прениях по докладу приняли участие: профф. А. И. Тимофеев и Г. А. Клячкин и д-ра Л. Н. Клячкин и А. Г. Гринбарг.

Хроника.

— В № 11 «Бюлл. НКЗ» опубликовано распоряжение о прекращении отпуска лекарственных средств с указанием болезни («зубных капель», «порошков от головной боли» и т. п.).

— В том же № помещен циркуляр НКЗ о режиме экономии в области здравоохранения. Основное требование циркуляра—обращение экономии на улучшение лечебно-санитарного дела. В циркуляре приведены примерно и конкретные мероприятия для достижения этой цели. Некоторые из них, напр., своевременная выписка больных из лечучреждений (§ 3), экономное расходование дорогих медикаментов и применение сложных врачебных процедур (рентгенотерапия, электро-терапия и пр.) (§ 14) и др., и без того проводятся в жизнь в громадном большинстве наших больниц, другие же, особенно направленные к сокращению канцелярщины (§ 15 и др.), действительно нуждаются в таком проведении.

— Весной текущего года состоялся в г. Томске I Всесибирский Съезд Врачей, собравший 315 членов, в том числе 90 приезжих. Съезд был разбит на 9 секций (профилактическая, нервно-психиатрическая, терапевтическая, гинекологическая, хирургическая, глазная, детская, анатомо-физиологическая и кожно-венерическая). Всех докладов заслушано 177, из них 4 на пленарных заседаниях, остальные на секционных. Приезжими членами было сделано лишь 42 доклада.

— Недавно Харьков посетил, по приглашению местного Сан.-Бакт. Института и Харьк. Рентг. Академии, пом. директора Института Curie в Париже проф. Lacassagne, сделавший ряд докладов о ради. В первом докладе L. изложил теоретические основы действия Ra на организм, каковое действие он считает местным. Во втором докладе он изложил технику применения радия и результаты лечения (до 84% выздоровления для раков эпидермального происхождения и 120%—для иноперабельных случаев других раков). Третий доклад был посвящен организации Института Curie, располагающего, оказывается, 8-ю грм. Ra (Вр. Дело, 1926, № 12—13).

— Американский биохимик Abel получил инсулин в кристаллической форме, а варшавский биохимик Funk выяснил химическую сущность инсулина (Вр. Д., 1926, № 12—13).

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

- 1) „Annales de médecine“, 1926, № 5.
- 2) „Бюллетень Наркомздрава“, 1926, №№ 11, 12.
- 3) „Венерология и Дерматология“, 1926, № 3.
- 4) „Медико-биологический Журнал“, 1926, вып. 2.
- 5) „Екатеринославский Медицинский Журнал“, 1926, № 5—6.
- 6) „Zentralblatt für Chirurgie“, 1926, №№ 27—29.
- 7) „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“, 1926, № 7.
- 8) „Časopis Lékařů Českých“, 1926, ч. 27.
- 9) „Врачебное Дело“, 1926, № 12—13.
- 10) „Annales de l'Institut Pasteur“, 1926, № 6.
- 11) „Профилактическая Медицина“, 1926, № 6.
- 12) „Новый Хирургический Архив“, 1926, № 39.
- 13) „Гигиена и Эпидемиология“, 1926, № 5.
- 14) „Медицинское Обозрение Нижнего Поволжья“, 1926, № 5—6.
- 15) „Вестник Современной Медицины“, 1926, № 6.
- 16) „Журнал Акушерства и Женских Болезней“, 1926, кн. 1, 2, 3.
- 17) „Antropologie“ (Praha), 1925, №№ 1, 2, 3, 4.
- 18) „Русско-Немецкий Медицинский Журнал“, 1926, № 6 (9).
- 19) „Оздоровление Труда и революция быта“, 1926, вып. IX.
- 20) „Советская Медицина на Северном Кавказе“, 1926, № 6.
- 21) „Гигиена Труда“, 1926, № 5—6.
- 22) „Саратовский Вестник Здравоохранения“, 1926, № 4—5.
- 23) „Московский Медицинский Журнал“, 1926, № 7.
- 24) „Химико-Фармацевтический Вестник“, 1926, № 5—6.
- 25) „Wiener klinische Wochenschrift“, 1926, № 29.
- 26) „Ленинградский Медицинский Журнал“, 1926, № 6.
- 27) „Южный Медицинский Журнал“, 1926, № 1—2.
- 28) Проф. Д. М. Российский „Очерк истор. развит. эндокринологии в России“. Москва, 1926.
- 29) Н. Анов. „Спасли от сифилиса“. Кзыл-Орда, 1926.
- 30) Шостаков „Дифтерия и круп“. Ульяновск, 1926.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1926 ГОД НА ЖУРНАЛ

„Профилактическая Медицина“.

(V год издания).

В журнале имеются следующие отделы: общая гигиена, бактериология, эпидемиология, социальная гигиена, профессиональная гигиена, рабочая медицина, охрана материнства и детства, благоустройство населенных мест и санитарная техника, жилищное дело, санитарный быт, социальные болезни, санитарное просвещение, санитарная статистика, организация здравоохранения, деятельность санитарных организаций, деятельность научных учреждений и организаций, съезды, конференции, совещания, рецензии, рефераты, библиография и хроника.

Журнал выходит под редакцией коллегии: Д. И. Ефимов, С. П. Канторович, А. Н. Марзеев, А. И. Пыжев, С. П. Златогоров, С. А. Томили. П. А. Либерман, Л. Д. Ульянов (секретарь).

Подписная плата: на год—12 руб., на 6 мес.—6 руб., на 3 мес.—3 руб. 50 коп. Отдельный экз.—1 руб. 20 коп.

Участковым и санитарным врачам, лечучреждениям—скидка в размере 15% при коллективной подписке не менее 10 экз., книжным магазинам—обычная скидка.

Денежные суммы желательно переводить по адресу: Харьков, Украинбанк (текущий счет журнала) **Профилактическая Медицина № 657.**

Адрес редакции и конторы журнала: Харьков, Пушкинская, 14

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА на НАУЧНЫЙ и НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

„Химико-Фармацевтический Вестник“,

издаваемый Одесским Государственным Химико-Фармацевтическим Институтом. Журнал ставит себе целью всемирно содействовать: 1) развитию химико-фармацевтической промышленности на Украине и в Крыму, делу культуры, сбора и экспорта лекастений; 2) освещению вопросов фармаобразования и рационального использования фармако-химиков и аптработников; 3) химическому и бальнеологическому изучению Черного моря и его лиманов; 4) разработке вопросов научной и практической фармации; 5) научной постановке аптчного дела и развитию сети аналитических лабораторий в интересах профилактической медицины; 6) пополнению знаний фармацевтов во всех областях их работы, знакоми их с новейшими достижениями в области фармации как в СССР, так и за границей; 7) всем другим вопросам рационального лекарственно-снабжения.

Редакционная коллегия: 1) проф. И. Г. Шеттле, 2) проф. С. Г. Ковалев (ответственный редактор), 3) представит. союза Медсантруд Е. И. Билькис.

Подписная цена: на год—5 р., на 1/2 г.—3 рубля. Отд. номер 75 к. С доставкой и пересылкой. Одесса, Ул. Красной Гвардии, 17.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1926 ГОД НА

„ЕКАТЕРИНОСЛАВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

(5-й год издания).

Ежемесячный орган *Екатеринославского Государственного Медицинского Института им. т. Раковского,*

издаваемый под редакцией профф. А. А. Абражанова, Я. О. Гальперна, С. М. Компанейца и д-ра А. Л. Лаврецкого.

Подписная цена на журнал на 1 год—4 рубля, на 1/2 года—2 р. 50 к.

Цена отдельного номера—1 руб.

Отдельные номера высылаются наложенным платежом.

Адрес редакции и конторы: Екатеринослав, Октябрьская площ., № 2, Библиотека Медицинского Института.

Издательство
(Основ. в 1884 г.)

„Практическая Медицина“

Ленинград,
Пр. Володарского, 49

Открыта подписка на 1926 г. на журналы:

XXXVII год,
издания

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

XXXVII год
издания

Выходит ежемесячно под редакцией проф. М. В. Черноруцкого.

В 1926 г. в журнале предполагается поместить следующие труды: 1) Oddo. проф. „Терапия в неотложных случаях“ (симптомы, диагностика, лечение внезапных угрожающих жизни заболеваний).—2) Маслов, М. С., проф. „Основы учения о ребенке и болезнях детского возраста“.—3) Окинчик, Л. Л., проф. „Гинекологическая клиника“, т. II (ч. 2—3). 4) Harrison, X. „Современная диагностика и лечение сифилиса, мягкого шанкра и гонорреи.“—5) Peis-Leusden, „Оперативная хирургия“, т. II.—6) Kölsch, „Профессиональная гигиена“.—7) Backmeister „Терапия туберкулеза на дому“. Кроме того, будет помещен ряд небольших монографий по разн. отделам медицины.

Подписная цена без медиц. календ. на год 18 руб.

„ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА“

XXX год изданий.

Двухнедельный периодич. орган, посвящ. вопросам научн. и обществ. медицины. Под редакцией проф. В. П. Осипова и прив.-доц. П. В. Сквирского. С ежемесячным бесплатным приложением: „Клинические монографии“ (XII год издания) по разным отделам медицины. Подписная цена: на год—10 р., на 1/2 года—6 р.

„ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ“ (XXXVII год издания).
Выходит 1 раз в 2 месяца под редакц. проф. К. К. Скробанского.

Подписная цена: на год—10 руб.

„НАУЧНЫЕ КУРСЫ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ“ (VI год изданий). 12 выпусков в год. Каждый выпуск представляет собой годовой обзор какого-либо отдела медицины. Подписная цена: на год—8 руб., для подписчиков наших журналов—6 руб.

„КЛИНИЧЕСКИЙ АРХИВ ГЕНИАЛЬНОСТИ И ОДАРЕННОСТИ“. Выходит 1 раз в 3 месяца под редакцией д-ра Г. В. Сегалина. Подписная цена на год—5 руб., на 1/2 года—3 руб.

„МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ“ (2-й год издания). Выходит 1 раз в 2 месяца под редакцией акад. Д. К. Заболотного, Я. Ю. Либермана и П. П. Маслоковца, проф. Г. А. Надсона и акад. В. Л. Омелянского. Подписная цена: на год—8 руб.

На все журналы допускается рассрочка платежа. При групповой подписке (не менее 5 подписок) головная подписная плата может вноситься равными ежемесячными взносами. Группа избирает одного, который сносится с издательством.

Подробный проспект, по первому требованию, высылается бесплатно.
Деньги направлять: Издательству „ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

Ленинград, просп. Володарского, 49.

Открыта подписка на 1926 год (4-ый год издания)

„Вестник Здравоохранения Казакстана“.

Журнал будет выходить отдельными книжками (в 2-х №) по 8—10 печатных листов, при ближайшем участии центральных, краевых и местных научных и общественных работников. Условия подписки: на год 8 руб., на 1/2 года 4 руб. Цена отдельного номера 1 руб. 50 коп. Подписка на журнал принимается: 1. В редакции журнала. 2. В издательстве НКЗ Р.С.Ф.С.Р. Адрес редакции: Кзыл-Орда, улица К.-Маркса, Краевой Санитарно-Бактериологический Институт. Редакция, журнала „Вестник Здравоохранения Казакстана“.

Управление Государственной Торговли Медицинским Имуществом А.Т.С.С.Р.

„ТАТМЕДТОРГ“

(Казань, Поперечно - Чернышевская, дом № 15)

предлагает со своего склада (Попер.-Чернышевск., д. № 15) и из магазинов всевозможные аптекарские и химические товары, перевязочный материал и предметы ухода за больными. Галеновые препараты в фасованном виде. Желатиновые капсулы соб. производства.

В центральном магазине (Б -Пролом. № 25) сосредоточено все для оптики и фотографии, зубо врачебные принадлежности, хирургические инструменты, а также предметы лабораторного оборудования.—Телефон № 10-68.

ОПТОВЫЙ СКЛАД ПАРФЮМЕРИИ И КОСМЕТИКИ треста „ЖИРКОСТЬ“
при МАГАЗИНЕ № 2 (Сенная площ., Московск. ул. № 70), тел. № 1-24.

ОТДЕЛ МОСКАТЕЛЬНЫХ ТОВАРОВ
МАГАЗИН № 3 (уг. Рыбнорядской и Вознесенской ул. д. № 39/5)
телефон № 7-27.

ЗАВОД ФРУКТОВО - ЯГОДНЫХ ВОД (бывш. Грахе)
при аптеке № 11 (Попер.-Чернышевская д. № 15/17), тел. № 12-07.

Радиоактивная ИЖЕВСКАЯ
 **натурально-минеральная ВОДА**

с содержанием сернокислых, углекислых и хлористых солей щелочей и щелочных земель. Вполне заменяет заграничные воды:

Вильдунген, Контрексевиль, Фахинген.

Применяется при желудочно-кишечных болезнях, нарушении обмена веществ, болезнях почек и мочевого пузыря. Превосходный **столовый напиток**.

Представительство: **Татмедторг**, Казань, тел. № 5-24.

Правление.

Medizinische Literatur

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

U. d. S. S. R.

HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

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

Возможна корреспонденция на русском языке

HIRSCHWALDSCHЕ BUCHHANDLUNG

Berlin NW7, Unter den Linden 68

Gegründet 1816

Фирма суц. 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“ 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 бандаж.

РЕМОНТ, ТОЧКА, НИККЕЛИРОВКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ.

Ленинград, просп. 25 Октября, № 78.

Иногородные заказы исполн. наложенным платежом.

Адрес для телеграмм: ЛЕНИНГРАД—„ХИРУРГИЯ“.

“СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ”

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ

ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362

ОРГАНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ ЛАБОРАТОРИИ КООПЕРАТИВА “ГЛАВЕН-МОСКВА”.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ГОТОВИТСЯ ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ ЖИВОТНЫХ ПОД РУКОВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ, ХИМИКОВ, ФАРМАЦЕВТОВ, ВРАЧЕЙ.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

С БОЛЬШИМ УСПЕХОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ ПРИ БОЛЕЗНЯХ: СТАРУШЕСКАЯ ДРЯХЛОСТЬ,

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

АРТЕРИОСКЛЕРОЗ, СПИИЧКА СУХОТКА, **НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ**

ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОЧИЕ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,

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

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ ПОСЛЕ ПЕРЕЖИТЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ;

ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РАДОВ, ПРИ

ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СИФИЛИСЕ, ОНАРИЗМЕ, И.Т.Д.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ ИМЕЕТСЯ В ПРОДАЖЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ И МАГАЗИНАХ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ С.С.С.Р.

ЦЕНА ФЛ. 2 РУБ. 50 КОП. ПОЧТОМ ВЫБЫРАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ Ч. 2 ФЛ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%. ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕБЫЛКА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА И ДЕНЬГИ

АДРЕСОВАТЬ

ТОРГ. ОТА. КООПЕРАТИВА
“ГЛАВЕН-МОСКВА”

МОСКВА УЛ. ГЕРШЕНА №5 ОТД.
ПОЧТ. ЯЩ. №1025