

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).

№ 7.

И ю л ь.

Handwritten signature: Н. С. Груздев

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Главлит ТССР № 845

Тираж 3000 экз.

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

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Физиологической Лаборатории Мед. Факультета Казанского Гос. Университета. (Заведующий проф. Н. А. Миславский).

К вопросу об образовании соляной кислоты в желудочном соке.

Прив.-доц. С. А. Щербакова и студ. В. В. Краснова.

Д-р Г. Семенов *), работая в 1924 г. в лаборатории Железноводского Курорта, где он использовал богатый материал по желудочному соку от курортных больных (до 1000 случаев), обнаружил постепенное нарастание кислотности добываемого им сока по мере стояния последнего. Желудочный сок получался им через 45 мин. после пробного завтрака Ewald'a, состоявшего из 35,0—40,0 белых сухарей и 350 куб. с. жидкого чая. Добывание сока производилось мягким желудочным зондом без применения выкачивания. Автор старался выяснить изменения кислотности сока при стоянии его 1) при комнатной t° , 2) при 37° , 3) при 0° и, наконец, 4) после кипячения сока. Из рассмотрения приводимых им таблиц видно, что при стоянии сока при комнатной t° в 93,3% происходило повышение общей кислотности, а в 82,2% — увеличение свободной соляной кислоты. При стоянии в термостате при $t^{\circ} 37^{\circ}$ нарастание кислотности совершалось быстрее, нежели при более низкой t° . Помещение желудочного сока в лед очень быстро прекращало процесс нарастания кислотности. Наконец, прокипяченный сок при стоянии в термостате „почти совершенно повышения ни дает“ (слова автора). Разбирая затем все моменты, могущие так или иначе способствовать нарастанию кислотности, — испарение, скисание, освобождение связанной и нейтрализованной HCl по мере переваривания белков и т. п., — автор пришел к выводу, что свободная HCl образуется с помощью фермента не в клетках желез желудка, а в его полости. Ферменту этому он дает название „ацидогенного фермента“. Продолжающееся действие ацидогенного фермента в выделенном соке и выражается, по мнению д-ра С., нарастанием его кислотности, причем он оказывает свое действие особенно энергично при t° тела, а также довольно хорошо и при комнатной t° . Во второй части своей работы д-р С. пытается путем гистологических исследований стенки дна желудка подвести фундамент под свои исследования над желудочным соком.

Смелые заключения автора, устанавливающего новый „ацидогенный фермент“, заставили нас поставить проверочные опыты с чистым желудочным соком, добытым от эзофаготомированной, вполне здоровой

*) Турк. Мед. Журн., 1925, №№ 5, 6.

собаки при мнимом кормлении. Сок брался нами всегда свежий. Для титрования его бралось не меньше 5 куб. с., самое титрование производилось n'_{10} раствором КОН. В результате наших опытов мы получили следующее:

Оставляя стоять сок в течение 1 суток при $t^0 + 16^0 \text{ C}$, мы обнаружили повышение общей кислотности в одном случае с 0,56‰ до 0,58‰^{*)}, в другом — с 0,56‰ до 0,61. После $10\frac{1}{2}$ -суточного стояния при той же t^0 кислотность сока поднялась с 0,54‰ до 0,67‰. При $t^0 + 14^0 \text{ C}$ после суточного стояния повышение кислотности в одном случае было с 0,56‰ до 0,60‰, в другом — с 0,56‰ до 0,59‰. При $t^0 + 7^0 \text{ C}$ кислотность повысилась с 0,56‰ до 0,59‰. При суточном стоянии в тающем снеге кислотность сока поднялась в одном случае с 0,56‰ до 0,60‰, в другом случае с той же цифры до 0,64‰. Ставя порция сока в термостат при $t^0 + 38^0 \text{ C}$, мы заметили, что по истечении суток кислотность увеличилась в одном случае с 0,56‰ до 0,59‰, в другом с 0,56‰ до 0,60‰. При стоянии сока в течение 3 суток при той же t^0 мы имели увеличение кислотности с 0,56‰ до 0,87‰, с 0,56‰ до 0,64‰ и т. п. Такое же значительное увеличение кислотности наблюдалось нами при стоянии сока в течение 4 и более дней. Затем нами было замечено, что предварительное кипячение сока отнюдь не предохраняет его от колебаний кислотности, при стоянии, в сторону повышения. Так, напр., при стоянии кипяченого сока в термостате при $+38^0 \text{ C}$ в течение $3\frac{1}{2}$ суток кислотность повысилась с 0,53‰ до 0,57‰, а в опыте, где кипяченый сок простоял в термостате $8\frac{1}{2}$ суток, кислотность его дошла до колоссальной цифры, — с 0,56‰ она повысилась до 1,46‰.

Таким образом мы во всех случаях при продолжительном стоянии сока неизменно имели повышение кислотности. В целях выяснения причины таких резких колебаний кислотности мы во всех случаях ставили параллельно пробы сока в герметически закупоренных сосудах, в результате чего всегда наблюдали одну и ту же картину: при какой-бы t^0 и сколько-бы времени ни стоял сок, кислотность его *всегда* оставалась на первоначальных, нормальных цифрах; ни малейшего колебания его кислотности не наблюдалось даже в том случае, когда сок оставался стоять до $8\frac{1}{2}$ суток. Наконец, нами было поставлено несколько опытов над изменением кислотности при 2-часовом содержании сока в вакуум-аппарате при комнатной t^0 , причем оказалось, что 2-часовое выпаривание в разреженном пространстве влечет за собою резкие повышения кислотности, — с нормальных цифр до 0,71‰.

Не входя в критику гистологических исследований автора, где последний безрезультатно старался установить присутствие HCl в обкладочных клетках желудочных желез при помощи различных индикаторов, мы не можем обойти молчанием некоторых сторон первой части исследований д-ра Семенова, касающихся изменения кислотности желудочного сока. Прежде всего автор, пользуясь желудочным соком, добытым с помощью зонда у больных, оперирует с подобным материалом, как с чистым, нормальным секретом; само собою разумеется, однако, что такой материал не может служить для выяснения столь важного вопроса, как вопрос о происхождении HCl желудочного сока: не говоря уже о том, что

*) В переводе на соляную кислоту.

добываемый д-ром С. сок представлял собою смесь желудочного сока, слюны, остатков пищи, застрявшей в складках слизистой оболочки, и т. д., он, кроме того, не мог представлять собою нормального отделимого желудочных желез, так как брался от заведомо больных людей. Далее, для нас остается совершенно непонятным, каким образом автор не обнаружил никакой разницы в колебании кислотности в пробах, где параллельно с соком, поставленным в открытых сосудах, ставились пробы с соком, находившимися в закупоренных сосудах (таких наблюдений автор приводит 20). Наконец, приводит в недоумение заявление автора, что кипяченый сок при стоянии в термостате не давал повышения кислотности, как и пробы, поставленные в лед. Приводимые выше результаты наших опытов говорят совершенно обратное.

Подводя итоги наших опытов, мы приходим к заключению, что во-первых, нет никакого основания считать образование HCl желудочного сока ферментативным процессом, происходящим в полости желудка. Стало быть, и установление ацидогенного фермента является более, чем преждевременным. В самом деле, если-бы в желудочном соке действительно содержался такой фермент, то пробы с предварительно прокипяченным соком не давали-бы повышения кислотности наравне с некипяченым соком,—а в наших опытах мы видим как раз обратное. Кроме того, повышение кислотности сока, содержащегося при 0° , также красноречиво говорит против существования ацидогенного фермента. Во-вторых, надо признать, что главную роль в повышении кислотности сока при его стоянии играет испарение. Это вполне подтверждается нашими параллельными пробами: достаточно было устранить испарение, как кислотность сока не изменялась даже после $8\frac{1}{2}$ -суточного стояния в термостате, не говоря уже о пробах сока, стоявшего лишь 1—2 суток. Подтверждением сказанного служат и наши опыты с кратковременным, но энергичным выпариванием в вакууме при комнатной t° , когда кислотность сока в течение 2 часов доходила до $71^{\circ}/_{\circ}$.

В заключение мы должны заметить, что опыты, поставленные нами с одновременным определением свободной кислоты, дали совершенно тождественный результат. Так, в одном из последних наблюдений мы, имели свободной HCl в свежесобранном соке $0,51^{\circ}/_{\circ}$; через $2\frac{1}{2}$ суток стояния в термостате при $t^{\circ} 39^{\circ}$ в соке, помещавшемся в закупоренной склянке, $\circ$ -ное содержание свободной HCl повысилось до $0,61^{\circ}/_{\circ}$, тогда как в другой порции, помещавшейся в герметически закупоренном сосуде, оно осталось неизменным ($0,51^{\circ}/_{\circ}$).

Priv.-Doz. S. A. Schtscherbakoff und Stud. med. W. W. Krasnoff (Kasan). Zur Frage über die Bildung der HCl im Magensaft.

Nach einem kritischen Eingehen auf die Untersuchungen von D-r Semenoff, welcher auf Grund der Aciditätserhöhung des Magensaftes nach dem Stehen im Brutschranke bei 37°C und bei Zimmertemperatur ein acidogenes Ferment gefunden haben will, von welchem die HCl des Magensaftes nicht in den Zellen der Drüsen, sondern in der Magenöhle sich bilden soll, werden von den Verfassern die Ergebnisse ihrer in dieser Richtung angestellten Versuche angeführt. Es erwies sich, dass beim Ste-

hen des Saftes in nicht hermetisch geschlossenen Gefäßen bei einer Temperatur von 0° bis 38°C seine allgemeine Acidität und auch der HCl-Gehalt sich erhöhen, wobei diese Erhöhung auch in vorher abgekochtem Saft beobachtet werden kann. Kurzdauernde Verdampfung des Saftes (2 Stunden) im Vacuum bei Zimmertemperatur erzeugt ebenfalls eine Aciditätserhöhung. In allen aber gleichzeitig angestellten Proben des Magensaftes, welche in hermetisch geschlossenen Gefäßen aufbewahrt wurden, blieben die Acidität und der HCl-Gehalt unverändert, auch beim Stehen im Brutschrank (38°) im Laufe von $8\frac{1}{2}$ Tagen. Auf Grund dieser Untersuchungen wird von den Verfassern die Existenz des acidogenen Fermentes nicht anerkannt und die Vermutung ausgesprochen, dass die Erhöhung der Acidität des Magensaftes in den Versuchen infolge Verdunstung des Wassers entstehen konnte.

К вопросу о первичных злокачественных новообразованиях *ductus hepatici*.

Пом. прозектора Н. И. Вылегжанина.

Среди новообразований крупных внепеченочных желчных протоков первое место по своей частоте и своему значению занимают раки, причем общий желчный проток, особенно начало его—место впадения в 12-перстную кишку (*papilla Vateri*), является наиболее частым местом локализации рака. Далее по частоте следуют поражения пузырного протока, наиболее же редко поражается первично злокачественными новообразованиями *d. hepaticus* (Zesas)¹⁾. Поэтому в связи с успехами, сделанными в последнее время хирургией желчных путей, небезинтересным, пожалуй, будет случай первичного рака *d. hepatici*, который нам встретился в 1925 г. на вскрытии. При просмотре соответствующей доступной нам литературы удалось найти указание только на 34 случая рака печеночного протока. При этом в русской литературе нам не попало ни одного подобного случая, что и дает нам лишний повод для описания нижеприведенного случая.

А. Е., 48 л., поступил в Клинику Семиотики внутренних болезней 16/I 25 г. с жалобами на явления общей слабости, желтуху, тяжесть под ложечкой после еды, плохой аппетит и ксантипсию. Болен 1½ года. Первые признаки желтухи появились 1⅓ года тому назад. Изредка рвота. Желтуха постепенно усиливалась, предметы стали казаться желтоватыми. Наибольшего своего развития желтуха достигла 6 мес. тому назад и в этом состоянии осталась до момента поступления в клинику. Из других заболеваний нужно отметить малярию и возвратный тиф 4 года тому назад. В остальном анамнез ничего особенного не представляет. При объективном исследовании констатированы резко выраженное желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек, заметное похудание. Пульс 46, кровяное давление 68—94, расширение границ сердца влево на 1 сант. от *lin. mamill. sin.*; кровь: *Ht.* 3,500,000, *L.* 10,044, *Hb.* 81%. Со стороны органов дыхания ничего особенного. Болезненность при пальпации вправо от средней линии. Печень выступала из-под реберного края на 5 пальцев, плотноватой консистенции, с гладкой поверхностью.

Вскрытие 23/I. Эпикриз: *icterus universalis gravis, hypertrophia et dilatatio cordis, foramen ovale apertum, atrophia fusca et adipositas degenerativa myocardii, atheromatosis aortae, hyperplasia et anthracosis lymphoglandularum bronchialium, hyperplasia acuta lymphoglandularum mesenterii, perisplenitis chronica fibrosa adhaesiva, splenitis chronica fibrosa, anthracosis et hyperaemia passiva pulmonum, tuberculosus obsoleta apicis dextri, erosio mucosae oesophagi, thrombosis venae submucosae oesophagi, catarrhus chronicus et haemorrhagiae submucosae ventriculi, cirrhosis biliaris hepatis, carcinoma villosum ductus hepatici*. Из данных вскрытия уместно будет привести следующее:

Полость живота жидкости не содержала. Оба листка брюшины резко желтушной окраски. Селезенка, весом 720 гр., размерами 23×13×4 сант., верхним полюсом спаяна с нижней поверхностью левой доли печени, плотновата, на разрезе темновинного цвета.

Печень значительно увеличена: вес 2225 гр., размеры 29×21/15×8,5/3, плотноватой консистенции, с напряженной капсулой, с закругленным краем. Поверхность разреза темно-зеленой окраски, доли на разрезе выступают неполные асно. Желчные протоки—как крупные, так и мелкие—сильно растянуты, и вокруг

¹⁾ D. G. Zesas. Zeitschr. f. klin. Medicin., Bd. 69, 1910.

них ясно выступают легкие лучистые втяжения. Желчный пузырь сильно растянут, выполнен почти сплошь темнокрасными сгустками крови. Слизистая желчного пузыря нежно-бархатиста.

Duct. choledochus и cysticus растянуты до толщины мизинца и вполне проходимы, выполнены красными, свободно вынимающимися сгустками крови; слизистая их без изменений. Особенно сильно был растянут и содержал значительно большее количество крови duct. hepaticus, причем там, где печеночный проток слагается из правой и левой ветвей внутрипеченочных желчных ходов, на слизистой его помещалась опухоль, величиною с голубиное яйцо, вполне закрывавшая собою выход из обоих протоков. Опухоль имела кругловатые очертания, наощупь была мягкой консистенции и с поверхности была покрыта значительным слоем слизи, по отмывании которой новообразование оказалось нежно-ворсинчатым, причем особенно ясно ворсинчатость выступала в воде. Наружные слои опухоли имели грязновато-сероватый цвет (некротизированы). Своим широким основанием в 2 сантиметра новообразование сливалось со стенкой печеночного протока, заметно не утолщая ее и не вrostая внутрь печени.

Желудок и тонкие кишки содержали большое количество жидкой, темной бурой крови. Слизистая желудка была пронизана мелкими, точечными кровоизлияниями и покрыта толстым слоем слизи. Слизистая кишок буро-аспидного цвета, несколько набухшая.

Брыжжеечные лимфатические железы и лимфатические железы ворот печени и ближайших областей без особых изменений.

Для микроскопического исследования были взяты кусочки из различных участков печени, из самой опухоли, из места соединения опухоли со стенкой печеночного протока и лимфатические железы—как регионарные, так и более отдаленные. Кроме того, исследовались и остальные внутренние органы.

При микроскопическом исследовании наружных слоев опухоли оказалось, что значительная часть ее подверглась омертвлению, нередко с отложением глыбок извести. Там же, где ткань сохранилась жизнеспособною, было видно, что она состояла из сравнительно узких, длинноватых, нередко разветвляющихся ворсинок. Основа последних состояла или из рыхлой соединительной ткани, в обилии пронизанной лимфоцитами, плазматическими клетками и в меньшем числе полиморфно-ядерными лейкоцитами, или она была представлена гиалинизированной плотной соединительной тканью. Центральные части ворсинок были заняты сосудами, преимущественно капиллярного типа, которые иногда растягивались в виде лагун. Нередко, особенно в поверхностных слоях, подвергаясь некрозу ткань ворсинок была пронизана кровоизлияниями.

С поверхности ворсинки были покрыты эпителием, который в одних местах располагался в один слой в виде цилиндрических или полиморфных клеток, в других—облегал ворсинки во много слоев. В виду тесного расположения ворсинок, покрывавшие их клетки образовывали между ними как-бы альвеолы. В глубоких слоях опухоли, вследствие пересечения ворсинок в различных направлениях, капиллярный характер новообразования исчезал, и здесь, среди содержащих кровеносные сосуды различной ширины тяжей соединительной ткани, получались различной величины полости, выполненные кубическими и полиморфноядерными клетками эпителия. Там же, где полости были большими по размерам, стенка их была выстлана в один слой кубическим эпителием, вследствие чего получался как-бы род железистых трубочек. Присутствия желчного пигмента среди тканей опухоли не было заметно.

На месте прикрепления опухоли к стенке печеночного протока имелся обширный пласт волокнистой соединительной ткани с гиалинизированными волокнами и с толстостенными сосудами артериального и венозного характера. Во многих местах пласт этот был пронизан железистыми ходами, выстланными везде правильным, высоким, однослойным цилиндрическим эпителием, с просветами то совершенно пустыми, то выполненными слизью, глыбками желчного пигмента, слущенными клетками и небольшим количеством красных кровяных шариков. Более мелкие железистые ходы были выстланы однослойным низким кубическим эпителием и обычно лежали группами. Вследствие правильного вида эпителиального покрова и существования таких полостей в глубине ткани печени, очевидно, нужно признать эти полости за желчные ходы, а не за элементы новообразования. Лишь в одном месте нам удалось обнаружить непосредственное прорастание указанного соединительнотканного пласта тяжами вытянутых эпителиальных клеток, группировавшихся небольшими комплексами. Проникновения новообразования в ткань печени нигде не было обнаружено.

Ткань самой печени представляла картину резко выраженного, далеко зашедшего билиарного цирроза: всюду можно было видеть застой желчи, которая в виде глыбок различной величины встречалась как в печеночных клетках, так и в желчных ходах; соединительная ткань представлялась увеличенной, особенно сильно разрастаясь по ходу желчных протоков. В ней часто встречались гнездные разрастания регенерировавшихся желчных ходов.

Метастазов опухоли в лимфатических железах и др. внутренних органах не обнаружено. В лимфатических железах имелось лишь, помимо гиперемии, значительное количество желчного и железосодержащего пигментов, захваченных гиперплазированным ретикуло-эндотелиальным аппаратом.

В виду отсутствия прорастания опухолью ткани печени и отсутствия метастазов, при макроскопическом исследовании опухоли мы остановились на диагнозе доброкачественной папилломы. Микроскопическое же исследование опухоли обнаружило значительный полиморфизм облегающих соединительнотканый остов ворсинок эпителиальных клеточных элементов, склонность их к образованию гнездных скоплений и, наконец, врастание, — правда, ограниченное, — солидных тяжей эпителия в стенку печеночного протока. Поэтому более правильным будет отнести данное новообразование в группу раковых (*carcinoma papillare s. villosum*).

Своим местоположением опухоль препятствовала оттоку желчи из печени, в результате чего получились застойная желтуха и билиарный цирроз печени. Распад же опухоли в поверхностных слоях вызвал обильное кровоотечение и скопление крови в желчном пузыре и желчных протоках. Отсюда кровь выделялась в желудочно-кишечный тракт, хотя нельзя, конечно, отрицать в данном случае и возможности попадания сюда крови из эрозий слизистой пищевода и из слизистой желудка. В конечном итоге резко выраженная желтуха и сильные, по всей вероятности, кровопотери и послужили непосредственными причинами смерти.

Как мы уже отметили, в литературе описано 34 случая раков печеночного протока. Во всех этих случаях наиболее частое местоположение рака было то же, что и в нашем случае. Только в двух случаях рак занимал одну левую ветвь (Netter и Rosso).

Макроскопически описаны чаще инфильтрирующие стенку, разлитые раки, реже узловые раки, подобные имевшему место в нашем случае. Последнюю форму раков французские авторы называют *cancer en chou-fleur*, вследствие их макроскопического сходства с цветной капустой, или *champignon cancereux* — по сходству с формой гриба.

В большинстве описанных раков величина их достигала ореха, в нашем же случае представлялась несколько больше — с голубиное яйцо.

Следует указать, что вообще опухоли печеночного протока представляют большую редкость, причем даже в солидных руководствах, напр., Orth'a, опухоли эти не обособляются от опухолей других выводных желчных протоков. Zes's, который собрал большинство описанных раков печеночного протока, указывает, что только в $\frac{1}{4}$ описанных случаев имеется указание на микроскопическое строение опухоли. Оказывается, что чаще всего речь идет о цилиндроклеточковом или железистом раке, реже о скирре. Что касается случаев папиллярного рака, то у Zes's'a на них не имеется указаний, хотя по макроскопическому виду в случаях *cancer'a en chou fleur*, очевидно, дело идет именно о villозном раке.

По своему происхождению раки печеночного протока могут быть или из эпителия желез желчных путей, или из эпителия, выстилающего слизистую оболочку последних (Howald, Schüppel, Birsch-Hirschfeld).

Чаще рак печеночного протока встречается у мужчин, чем у женщин. Так, из 32 случаев, о которых упоминает Zesas, в 20 рак имел место у мужчин и лишь в 12 случаях—у женщин. По возрасту большинство случаев падает на 50—70 л. В противоположность ракам других желчных путей, ракам печеночного протока редко сопутствуют камни желчных путей. Так, Zesas только в 4 из всех описанных в литературе случаев раков печеночного протока нашел указание на одновременное присутствие камней в желчных ходах. В нашем случае дело касалось 48-летнего мужчины, у которого также не было обнаружено камней желчных ходов.

Одной из своеобразных особенностей, отмечаемой всеми авторами, является очень редкое образование метастазов гри раках печеночного протока. Так, Donati из 28 случаев рака только в 3 отмечает образование метастазов в печень. В нашем случае имелось очень слабое прорастание стенок печеночного протока, но метастазов в собственном смысле этого слова нигде не было. Некоторые авторы объясняют отсутствие метастазов ранним летальным исходом подобных случаев. Наш случай как будто неполно подтверждает это положение, так как из анамнестических данных вытекает, что желтуха, указывавшая, видимо, на закупорку выводных желчных протоков, существовала у больного около 1 $\frac{1}{3}$ года.

Таким образом, на основании результатов исследования нашего случая и данных литературы мы можем сделать следующие выводы:

1. Рак d. hepatici наблюдается или в форме узловой опухоли, или в форме разлитой, инфильтрирующей стенку протока; наиболее часто наблюдается вторая форма.

2. По микроскопическому строению встречаются цилиндроклеточковые раки, аденокарциномы, скirroподобные раки, реже папиллярные.

3. Опухоль чаще располагается на месте впадения в duct. hepaticus ветвей внутрипеченочных желчных протоков.

4. Довольно характерной особенностью данных раков является отсутствие метастазов,—обстоятельство, имеющее значение для клиницистов, ибо, при возможном прижизненном распознавании опухоли, является показанным ее оперативное удаление.

N. Wylegschanin (Kasan). Zur Frage über primäre bösartige Neubildungen des Duct. hepaticus.

Die Geschwulst von der Grösse eines Taubeneies und zottig aussehend, befand sich an der Wandung des D. hepaticus, an der Vereinigungsstelle des rechten und linken Astes der intrahepatischen Gallengänge, und verschloss ihre Mündung. Die Oberfläche der Geschwulst war mit geronnenem Blut bedeckt, welches auch die Lumen der Gallengänge und der Blase füllte. Eine Durchwachsung der Gangwandung und der Leber durch die Geschwulst war makroskopisch nicht bemerkbar. Metastasen fehlten. Scharf ausgedrückter Icterus, der ein Jahr und vier Monate existierte. Biliärcirrhose der Leber. Tod in Folge einer Blutung aus den oberflächlich nekrotisierten Abschnitten der Geschwulst. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Zottenkrebs (carcinoma villosum, cancer en chou-fleur der französischen Autoren) mit teilweiser Durchwachsung der unterliegenden Wand des D. hepaticus. In der Literatur finden sich Angaben über 34 Fälle des Krebses im D. hepaticus vor (Zesas).

Современная диагностика рака желудка.

Проф. К. М. Руткевича (Киев).

На меня возложена задача изложить Вам в возможно кратких чертах те методы, которыми мы пользуемся у постели больного для диагностики рака желудка, и те достижения, которые получены этим путем. Статистики наши, особенно за границей, устанавливают, что смертность от рака за последнее время увеличивается. Экспериментальная патология в области выяснения причины рака за последние 10 лет далеко шагнула вперед. Что же сделано в этом направлении в клинике? Шагнули ли и мы вперед и можем ли мы теперь диагностировать рак желудка уже в самой ранней стадии?

В кратких чертах напомним симптоматику рака желудка. — это необходимо для последующей критической оценки наших диагностических методов. Вся беда терапевта заключается в том, что как анатомическая, так и особенно клиническая картина рака желудка может быть чрезвычайно различна. Наиболее обычная форма его протекает при симптомах, всем хорошо известных.

Больной, в большинстве случаев лет 50-ти, нередко прежде совершенно здоровый, начинает жаловаться на диспептические расстройства неопределенного характера, прогрессивное уменьшение аппетита, усталость, исхудание, что нередко вызывает беспокойство со стороны родных и окружающих; но в общем у него не замечается еще ничего характерного, и исследование брюшной полости в этом периоде не дает заметных отклонений от нормы. Несмотря на режим и лечение, состояние больного все более и более ухудшается, появляются боли, слабость и исхудание увеличиваются, к ним присоединяется бледность кожи и слизистых, и в то же время выступают наиболее очевидные признаки — тошнота, отрыжка, рвота, сначала редко, затем чаще, иногда рвота кофейной гущей; исследование зондом обнаруживает аномалию желудочного химизма, появляется опухоль, развивается кахексия, и больной погибает то вследствие истощения, то вследствие осложнений со стороны печени, брюшины, плевры и пр.

Как видно, начало болезни при этой форме протекает незаметно, — нет ни одного характерного признака, который мог бы установить начало заболевания, ибо те же жалобы и болезненные явления, которые наблюдаются у нашего больного, могут быть и при простом гастрите, и при вторичных диспептических заболеваниях, зависящих от поражения других органов, и при целом ряде других доброкачественных болезней желудка. Исключительно-редко рак желудка обнаруживается сразу, причем первым симптомом его является кровавая рвота.

Какие же признаки при этой обычной форме являются основными?

1) *Потеря аппетита.* Это — один из характерных и притом самых

ранних признаков. Иногда она носит элективный характер и касается главным образом мяса или жира. Наиболее часто отмечается она у старых субъектов, тогда как у молодых и у лиц, страдавших раньше язвой желудка, аппетит нередко бывает сохранен; нужно впрочем помнить, что и у старых лиц аппетит может быть также не только сохранен, но и увеличен, переходя в булимию, как об этом свидетельствуют многие клинические случаи. 2) *Болезненные явления* при раке желудка обычно вначале бывают умеренны, затем более выражены, причем они не носят такой закономерности, как при язве, так что на основании локализации их нельзя определять местоположения неоплазмы, как это пыгались сделать некоторые авторы. Боли припадками, повидимому, наиболее часто имеют место при *cancer pylori*, вызывающем явления стеноза. 3) *Тошнота, отрыжка и рвота* встречаются часто, почти всегда при раке *pylori*, причем характер рвотных масс указывает на стаз; если новообразование сидит у *cardia*, то скорее отмечается отрыжка, чем настоящая рвота; если же, наконец, рак не занимает ни входного, ни выходного отверстия желудка, то рвота все же встречается, — вначале редко, затем чаще, причем может быть как натошак, так и после принятия пищи, по своему характеру бывает то слизистая, то пищевыми массами, то, наконец, кровянистая. 4) *Гастропропагии и скрытые кровотечения*. Рак желудка обычно сопровождается небольшими кровотечениями, кровь остается некоторое время в желудке, здесь она изменяется, поступает в кишечник, или выбрасывается со рвотой, придавая ей характер кофейной гущи. Такая рвота черной кровью наблюдается приблизительно в 42% всех случаев болезни. Часть крови попадает в кишечник, причем, в виду незначительности геморрагии, она может быть открыта в испражнениях только химическим путем. Систематическое исследование кала на эти скрытые кровотечения дают положительные результаты в различных пределах, от 70 до 96%, а у некоторых авторов до 100%: все зависит от статистики и чувствительности употребляемых реактивов. Во всяком случае это — один из признаков большой важности. 5) *Исследование зондом* в большинстве случаев дает характерную картину — резкое уменьшение или полное отсутствие HCl, анахлоргидрию и гипопепсию желудочного сока; с другой стороны часто в желудочном содержимом обнаруживается присутствие молочной кислоты и крови (в 62% по Boas'у). Для правильной оценки этих признаков нужно, однако, помнить, что одно отсутствие HCl не является патогномоничным для рака желудка, — его можно встретить при целом ряде других заболеваний последнего; с другой стороны HCl может быть и при раке, особенно раке *pylori*, и не только в нормальных размерах, но даже и в повышенных. Только определенная комбинация, — присутствие в желудочном содержимом скрытой крови и молочной кислоты при отсутствии соляной, — должна прежде всего направить внимание врача на возможность существования неоплазмы. 6) Благодаря работам Rommelaer'a одно время в распознавании рака желудка придавали известную важность результатам *анализа мочи*. Дальнейшие исследования, однако, показали, что мочевого синдром не может служить опорой для диагностики, и в частности присутствие индоксила в значительном количестве, на что указывал Senator, не является специальным признаком. Недавно вышедшая работа Renaud также подтверждает это, ибо на основании полного анализа мочи, — определения мочевины в крови, коэффи-

циента Ambard'a и пр., — автор приходит к выводу, что как в начале, так и в периоде развития рака не отмечается нарушения функции почек, и почечная недостаточность может быть лишь осложнением, развивающимся вследствие токсинфекционного нефрита при изъязвлении опухоли, что значительно ухудшает прогноз. 7) *Появление опухоли* подтверждает диагноз рака желудка, поставленный на основании анамнеза и клинического исследования; но это — симптом поздний, он появляется лишь во второй половине болезни; с другой стороны опухоль может не определяться до самой смерти или потому, что она мала, или потому, что сидит в недоступном месте (cardia, малая кривизна, задняя стенка). Не нужно забывать также, что наличие опухоли не есть признак специфический для рака желудка, а лишь признак большой вероятности, ибо и другие заболевания могут также, подобно раку, давать опухоль. 8) Раз появилось подозрение на рак желудка, необходимо произвести *рентгеновское исследование больного*. Еще в 1912 г. Beclère и Mériel привели радиоскопические данные, которые могут быть использованы для диагностики рака желудка. С тех пор появилось много работ, особенно американских, затрагивающих этот вопрос. George и Léonard, из Бостона, советуют в каждом случае производить не одно, а целый ряд рентгеновских исследований, отмечая, что лишь при таком способе всякое изменение в структуре желудка не пройдет незамеченным. В мою задачу не входит подробное изложение рентгенологической картины при раке желудка, скажу лишь, что на основании таких типичных изменений, как образование лакуны, выемки, изменений характера перистальтических волн, нарушения функции pylorus'a и пр., мы часто получаем ценные указания, которые, в связи с клинической картиной, могут привести нас к верному диагнозу рака.

Вот те главнейшие данные, на которые опирается диагноз рака желудка при т. н. обычной его форме, и, хотя каждый из приведенных признаков имеет свою оговорку и не является патогномоничным, но при наличии сочетания этих признаков постановка диагноза в большинстве случаев не представляет особых затруднений при нахождении больного в клинической обстановке.

Далеко не все, однако, формы рака протекают при такой картине, — встречается большое число случаев этой болезни, дающих отклонения от описанной формы, каковые отклонения и создают главным образом почву для наших диагностических ошибок. Локализация опухоли, возраст субъекта, преобладание в картине болезни определенных симптомов (иной раз симптомов вторичного значения), отсутствие определенных кардинальных признаков и пр. — все это резко меняет картину болезни вплоть до полной неузнаваемости. Cancer pylori, — наиболее легко распознаваемая форма, — может дать картину стеноза, превалирующую над симптомами рака, причем сама опухоль, при положении ее позади печени, может не прощупываться, и тогда ставят диагноз доброкачественного стеноза pylori, не предполагая существования рака; с другой стороны рак привратника может не давать сужения, превращая pylorus лишь в ригидное кольцо, и тогда появляются признаки недостаточности привратника: быстрое опорожнение желудка, поносы и пр.

Одним из обычных симптомов рака желудка является анемия, возникающая очень рано и превалирующая в картине болезни. Явления

ее иногда бывает очень резко выражены: количество эритроцитов падает до 1 мил. 500 тыс., наблюдаются пойкилоцитоз, ядерные красные кровяные шарики и пр.; жалобы больных также главным образом указывают на анемию—головокружение, шум в ушах, сердцебиение и пр. Естественно, что мысль врача прежде всего направляется в сторону заболевания крови, одновременно же существующие диспептические расстройства трактуются им, как вторично-анемические, и только спустя долгое время, когда уже упущен благоприятный момент для операции, выясняется ошибка. Это—т. н. анемическая форма рака желудка. Вторая форма—гидропическая. Обычно отеки при раке желудка появляются лишь в периоде кахексии, при гидропической же форме болезни они возникают рано и нередко в соединении с асцитом; врач при этом прежде всего думает о страдании почек, сердца или печени, но исследование в этом направлении не дает точек опоры, и только тщательное исследование желудка может открыть причину страдания; если, однако, имеется асцит, то нередко исследование желудка оказывается невозможным, приходится ожидать пункции, причем иногда и после пункции диагностика все же остается неизвестной.

В случаях с ранними метастазами, особенно в печени, рак желудка при жизни не диагностируется, так как здесь ставят обыкновенно диагноз рака печени, первоисточник же в желудке открывается лишь на секционном столе.

Есть еще две формы, где кардинальные симптомы рака желудка бывают мало выражены, — диспептическая и болевая (дolorозная) формы. При первой симптомы начального периода и в частности диспепсия существуют долгое время и являются почти единственными, почему, если дело касается молодого субъекта, здесь и трудно бывает избежать ошибки. В таких случаях только систематическое исследование кала, химизма желудка и радиологическое исследование могут вывести на правильный путь. Дolorозная форма главным образом встречается при язвенном раке, но и помимо этого могут быть случаи рака желудка, где боль является определенными кризами, заставляя прежде всего думать о перигастрите, табесе и пр. Mathieu описаны подобные случаи, где лишь laparotomia explorativa могла установить истинную натуру болезни.

Есть-ли,—спрашивается теперь,—скрытые формы рака желудка, как это утверждают некоторые авторы? Бывают-ли случаи данной болезни, где не отмечается ни одного симптома? Вряд ли. Но эти симптомы могут быть настолько затушованы, что не относятся за счет рака. В литературе описаны также случаи, когда больной, напр., помещался в больницу, как страдающий апоплексией или бронхопневмонией, а на вскрытии у него находили cancer ventriculi. Особые обстоятельства дают объяснение этому факту—отсутствие поражений *cardiae* и *pylori*, малый объем опухоли, целостность в общем слизистой, пожилой возраст субъекта и пр. Эти формы указывают, что рак желудка может протекать скрыто и давать лишь минимальные признаки, а с другой стороны,—что начало развития рака часто может быть гораздо раньше появления наших кардинальных симптомов.

Ко всему сказанному нужно добавить, что рак желудка может развиваться у молодых субъектов, до 30 лет. Mathieu собрал 32 таких случая, причем болезнь протекала в них своеобразно, редко давая геморрагии и заметную опухоль; кахектические явления здесь также были мало выра-

жены, и наоборот, рано появлялись асцит и апазагса. Течение болезни здесь было быстрее, в среднем не более 3 месяцев.

Уже из этого краткого очерка видно, как многообразна бывает картина рака желудка, как часто встречаются здесь отклонения от общего типа, и как легко врач может впасть в ошибку, если он будет руководствоваться, при постановке диагноза, признаками свойственными этому типу. Но этого мало. Для нас важна не только диагностика вообще, но особенно ранняя диагностика болезни, т. е. диагностика ее в том периоде, когда мы еще можем спасти больного. Такая ранняя диагностика предполагает считать-ли раннюю стадию времени появления первых симптомов нарушения желудочного химизма, или предшествующую этому появлению стадию, или считать ее с момента появления первых кровотечений, или тогда, когда болезнь не коснулась еще общего состояния больного. Пока, не имея точных патогномических признаков ранней стадии рака желудка, мы полагаем, что, если будем в состоянии диагностировать болезнь до появления опухоли, то это уже будет шагом вперед, ибо опыт учит, что в большинстве случаев обнаружения опухоли радикальная операция является уже запоздалой, и нередко предполагаемая резекция желудка оканчивается гастро-энтеростомией, или просто пробной лапаротомией. Задача врача — открыть признаки болезни тогда, когда случай является еще операбильным, пользуясь для этого как клиническими данными, так и данными лабораторного исследования. Эта задача в настоящее время является весьма трудной.

Мы уже видели, что в начале болезни ее симптомы неясны и мало характерны, рак в большинстве случаев развивается исподоволь, проявляясь незаметным изменением бывшего диспептического состояния. Поэтому условия возникновения этих симптомов представляют большую важность. Прежде всего здесь важен возраст, — всякий субъект старше среднего возраста, а тем более за 50 лет, который жалуется на диспептические расстройства, должен быть *a priori* под подозрением на рак, особенно если прежде у него не отмечалось никаких подобных расстройств. Подозрение должно усиливаться, если у больного выступают и другие симптомы, как то усталость, исхудание, бледность, потеря аппетита, особенно к мясу. Что касается изменений общего состояния и прогрессивной анемии, то, хотя это признаки большой важности, но вместе с тем они указывают уже на стадию дальнейшего развития рака, а не на раннюю. Еще более важны в этом отношении результаты лечения, ибо предполагается, что всякое доброкачественное диспептическое состояние при соответствующем лечении и режиме должно быстро улучшаться, отсутствие же такового улучшения говорит в пользу предположения о раке. К сожалению, провести это лечение удается не всегда, ибо симптомы болезни вначале неособенно беспокоят больного, почему пациенты сплошь и рядом уклоняются от исполнения предписаний врача. Наиболее ценные указания для ранней диагностики нередко дают рентгенологические исследования — при том условии, если они проводятся систематически; но все же, как справедливо говорят *Le Noir* и *Agasse-Lafont*, было-бы опасно слишком доверять им, — они не только не могут с точностью определить характера поражения, но могут обманывать нас и относительно места и протяжения опухоли, на что указывали *Ramond* и

Ferroud. С другой стороны нужно отметить, что нередко, вследствие ли известного местоположения опухоли или по другой причине, рентгеновское исследование не обнаруживает никаких отклонений от нормы, тогда как на самом деле у больного имеется рак.

Лабораторные исследования при раке желудка касаются испражнений, желудочного содержимого и крови. Скрытые кровотечения в испражнениях представляют при этом главный интерес, особенно, если они постоянны и продолжительны; но при раке могут быть и временные гѐмorrhагии, а также последние могут зависеть и от других причин помимо рака; встречаются, наконец, формы (скирр), которые совершенно не кровоточат. В желудочном содержимом анахлоргидрия с присутствием молочной кислоты и скрытой крови говорит в пользу рака, но эти данные получают свой характерный облик лишь в периоде значительного развития болезни. Marini, Loeper и Binet и др. старались установить раннее распознавание путем цитодиагностики, путем исследования клеточных элементов желудочного содержимого; но этому препятствует нахождение обрывков тканей введенной пищи и изменение их под влиянием ферментации,—клетки опухоли можно легко смешать с этими обрывками, и благодаря этому могут возникать многочисленные ошибки.

Для отыскания патогномонических признаков рака желудка изучали различные секреты и экскреции организма. Искали, напр., в моче элементов диагностики рака, по содержанию азота, пепсина, и пр., но все эти попытки оказались безуспешными. Бесплодны были также попытки найти специфические для рака реакции в желудочном содержимом, каковы реакция Maragliano—отыскивание в последнем антиканцерозного преципитина, реакция Livierato—повышение токсичности желудочного сока, проба Salomon'a—основанная на мысли об усиленном выпотевании сыворотки со дна раковой язвы, почему количество белка в содержимом желудка должно увеличиваться. Мнения относительно диагностического значения этой последней пробы расходятся: одни считают ее ценной, другие отрицают; Boas считает ее пригодной для дифференциального диагноза между гастритом и карциномой, тогда как для отличия язвы от рака она непригодна. К разбираемым пробам относится, далее, проба Neubauer'a и Fischer'a на присутствие в содержимом желудка при раке особого аутолитического фермента, наблюдения относительно которой показали, что проба может быть отрицательна при раке и положительна без наличия рака. Малоутешительные результаты дала здесь и проба Gräfe и Römer'a на присутствие гѐмолизинов в желудочном содержимом.

Еще большее количество изысканий было произведено при раке желудка в крови: изменение пищеварительного лейкоцитоза, нахождение изолизинов, определение антириптической силы и пр., но и эти пробы все ничего определенного не дали. В последнее время Botehot, Thomas'om, Kahn'om и Davis'om предложены серологические раковые реакции, основанные на появлении особых веществ в крови у раковых больных; все эти реакции при проверке оказались, однако, совершенно неспецифичными, они бывают положительными при целом ряде других заболеваний и могут давать ошибки в таких же пределах, как и другие диагностические методы, почему базировать на них диагноз в сомнительных случаях нельзя. Если реакция Davis'a дает положительные результаты в 7 из 13 случаев язвы желудка и в 2 из 3 случаев ахилии

(Липкин), то ясно, что клиническая ценность ее небольшая, ибо главным образом при этих заболеваниях клиницисту приходится думать о возможности рака. Тоже можно сказать на основании последних работ Giannì и Palmieri и относительно реакции Botelhot.

Таким образом для установки раннего диагноза рака желудка у нас остаются рентгеновское исследование, скрытые кровотечения и изменения желудочного химизма. Если данные, полученные этим путем, согласуются между собой и с клиническими данными, то диагноз обеспечен. Если же, не смотря на все исследования, точная диагностика болезни установлена быть не может, а между тем у больного можно подозревать рак желудка, то остается еще один старый путь—*laparotomia explorativa*. В практике это, однако, провести не так легко,—больной соглашается на операцию обычно лишь тогда, когда он видит уверенность со стороны врача в необходимости ее, пока же идут колебания у врача, проходит драгоценное время, и в конце концов, спустя 1—2 месяца, *sub operatione* обнаруживается *cancer inoperabilis*. Приведу пример:

Больной 58 лет, поступил с жалобами на диспептические расстройства, появившиеся у него впервые; небольшое исхудание, общую вялость. Объективное исследование: нерезко выраженный артериосклероз, со стороны легких и сердца особых изменений нет, желудок на 1 палец выше пупка, болезненных точек не отмечается, печень выходит на 2 пальца из-под ребер, слегка чувствительна при давлении, мягка, гладка, селезенка не прощупывается, *coecum, colon transversum* и *Sigmoidum* без изменений. Исследование желудочного содержимого: общая кислотность 9, $\text{HCl}=\text{O}$, следы молочной кислоты, крови нет. В испражнениях кровь также не обнаружена (исследование произведено 9 раз). Рентгеновское исследование (2 раза) указаний на неоплазму не дало. Не смотря на эти отрицательные данные, мы все же не могли вполне отбросить мысли о раке, но веских оснований в пользу ее не имели, почему на производстве операции особенно и не настаивали. За время пребывания в больнице небольшая прибавь в весе (3 фунта), самочувствие значительно лучше. Больной выписан. Через 3 месяца вновь ухудшение общего состояния и усиление диспептических расстройств. При операции обнаружен *cancer inoperabilis curvaturae minoris*.

Ошибка здесь происходит оттого, что каждый из названных симптомов в отдельности не имеет абсолютного значения,—важно лишь определенное сочетание симптомов, почему, если выпадает один или два из них, то и уверенность в диагнозе исчезает. Один только признак здесь вполне патогномоничен—нахождение при зондировании обрывков неоплазмы, натура которой устанавливается последующим микроскопическим исследованием. Но это удается очень редко.

Я уже сказал выше, что определение опухоли при раке желудка в большинстве случаев есть поздний признак; но и нахождение ее еще не решает окончательно диагноза, ибо иногда нельзя отбросить предположения о другом заболевании, как о том говорят следующие случаи:

Случай I. Больная 42 лет, поступила в 1911 г. в больницу с жалобами на тупые боли под ложечкой, исхудание и периодическую рвоту; в течение последней недели рвота черными массами. Желудок до пупка, прощупывается tumor величиной с волошский орех, лежащий на передней стенке ближе к *curvatura minor*, возле *pylorus'a*. Tumor мало чувствителен. Желудочное содержимое: общая кислотность 19, HCl 0,04, кровь+, в испражнениях в течение 4 дней подряд также обнаружена кровь, реакция *Wassermann'a* отрицательная. Кровавая рвота черными массами наблюдалась в больнице несколько раз. Вероятный диагноз, подтвержденный хирургом на операции,—*cancer ventriculi. Gastro-enterostomia*. После операции значительное улучшение, которое мы считали временным. Через 1 год опухоли нет, значительная прибавь в весе. Через 7 лет больная здорова.

Случай II. Больной 55 лет, поступил с жалобами на боли в животе и рвоту, во временах кофейной гущей. Резкое исхудание, анемия. В течение первых дней

в больнице ежедневно рвота кофейной гущей, в виду чего исследования желудочного содержимого путем зонда не произведено, в рвотных массах кровь. На передней стенке желудка ясно прощупывается мало чувствительный tumor величиной с большой волошский орех. Возраст, резкая кахексия, анемия, наличие tumor'a, рвота кофейной гущей—говорили в пользу рака. Приглашенный хирург согласился с нашим диагнозом, но от операции отказался в виду тяжелого общего состояния. Больному было назначено безразличное лечение, при котором он мало по малу стал поправляться; tumor значительно уменьшился. Реакция Wassermann отрицательная. Через 1 год больной здоров, тумора нет.

Ясно, что в обоих этих случаях мы ошиблись, приняв язвенный перигастрит, протекавший при необычных явлениях, за рак желудка.

Язва и рак также имеют общие симптомы (боли, рвота, геморрагии и пр.), и отличительные признаки их (возраст, характер болей, желудочный химизм, периодичность кровотечений при язве и пр.) не всегда бывают абсолютно верны, в виду чего диагностика нередко остается здесь невыясненной. Petersen полагает, что диагностические ошибки имеют здесь место в 20%. Lefèvre недавно описал 2 случая, где все клинические явления говорили в пользу рака, а произведенная gastropylor-ectomy и гистологическое исследование установили язву. Parin думает, что смещение язвы с раком возможно не только при клиническом исследовании, но и на операции, почему при лапаротомии, если даже опухоль представляет все характерные признаки неоперабельного рака, но нет метастазов,—необходимо, по его мнению, думать о возможности ошибки и производить гастро-энтеростомию, облегчающую обратное развитие воспалительной опухоли.

Если мы делаем зачастую ошибки даже в стадии более или менее выраженных симптомов болезни, то тем более трудно является диагностика рака желудка при атипических его формах, напр. анэмической и гидропической, если при первой мы ошибочно сосредоточиваем все свое внимание на крови, а при второй ищем причину отеков и асцита в заболевании почек, печени, брюшины и пр. При диагностике рака желудка, а особенно ранней диагностике, бывает иногда очень мало данных в руках врача, и нужно много опыта и внимания, чтобы избежать ошибки. Помимо того диагностика эта действительно требует прекрасной постановки наших лабораторий и рентгеновских кабинетов.

В этом вопросе мы ждем света со стороны экспериментальной патологии, которая здесь далеко шагнула вперед. Я думаю, недалек уже тот час, когда мы будем знать истинную причину рака, а это даст нам возможность ставить диагноз в таком раннем периоде, когда хирург еще может дать исцеление больному.

Prof. K. Rutkewitsch (Kiew). Die derzeitige Diagnostik des Magenkrebses.

Die Diagnose des Magenkrebses bietet bei seiner gewöhnlichen Form und bei Anwesenheit aller kardinalen Symptome keine Schwierigkeiten. Jedes Symptom für sich hat keine absolute Bedeutung, wichtig ist nur eine bestimmte Kombination derselben. Die Frühdiagnose bietet besonders grosse Schwierigkeiten, da pathognomonische Symptome fehlen. Die neuesten serologischen Reaktionen von Botelhot, Thomas, Kain, Davis sind nicht spezifisch und können keine Anhaltspunkte für die Magenkrebsdiagnose im allgemeinen und für die Frühdiagnose im besonderen liefern.

К вопросу о влиянии на реакцию Mantoux сыворотки крови тbc больных и некоторых сосудорасширяющих и сосудосуживающих средств.

Ординатора Ф. К. Пермякова.

Диагноз одного из самых распространеннейших заболеваний человеческого организма, туберкулеза, особенно ранних стадий его, до сего времени бывает часто трудно разрешим и ставит врача у постели больного в весьма затруднительное положение, а потому вполне естественно, что в медицинской литературе имеется большое количество работ, посвященных этому вопросу: Löwenstein'a, Pickert'a, Pirquet, Mantoux, Moss'a, С. С. Зимницкого, Wolff-Eisner'a, Anders-Aronson'a, Werner-Jadasson'a и мн. др.

В своих работах по вопросу о ранней туберкулинодиагностике Löwenstein, Pickert и С. С. Зимницкий показали, что сыворотка тbc больных в большинстве случаев оказывает влияние на туберкулинореакцию Pirquet—в одних случаях в смысле усиления ее, в других—ослабления. Следовательно, в сыворотке этой имеются особые вещества, которые сами способны оказывать влияние на туберкулино-реакцию.

Anders-Aronson в работе „Сенсибилизация реакции Pirquet“ пытался выяснить влияние на реакцию Pirquet ряда внешних и внутренних причин. Так, напр., он отмечает, что реакция эта бывает отрицательна у тbc детей во время заболевания их корью. Поэтому автор полагает, что интенсивность реакции может зависеть от некоторых состояний кожи тbc больных в смысле ее раздражения, гиперемии и анэмии. Чтобы доказать это, он брал сосудорасширяющие средства, как 1% sol. morphii mur., и сосудосуживающие, как sol. adrenalinii 1:1000, впрыскивал их (в количестве 0,5 к. с.) под кожу и на месте впрыскивания производил реакцию Pirquet с Alttuberculin'ом. При этом в первые 3—5 часов реакция после морфия шла сильнее, а после адреналина—слабее, но уже через 25—48 час. заметной разницы автор не наблюдал.

В виду того, что вопрос диагностики тbc до настоящего времени является актуальным, мы на материале Областной Больницы произвели проверку опытов по изучению влияния на туберкулинореакцию Mantoux сыворотки крови тbc больных и некоторых лекарственных средств.

Реакция Mantoux, как известно, является весьма чувствительной,—она бывает положительна в 99% всех случаев тbc (Mantoux, Moss и др.). В наших опытах тbc легких в стадии I А из 30 случаев реакция оказалась положительною в 29 случаях, т. е. в 97%, в стадии

I В из 32 случаев—в 30 (тоже в 97%) и в стадии III С из 10 случаев—в 9 (90%).

Мы поставили своей задачей изучить влияние на реакцию Mantoux сыворотки крови tbc больных, а также сыворотки лиц без видимых клинических проявлений tbc, причем применили следующую технику: мы брали и впрыскивали по методу Mantoux разведения A.-tuberculin'a 1:1000 в сыворотке крови больного tbc и параллельно—разведения A.-tuberculin'a в сыворотке больного без клинических проявлений tbc. Полученные нами результаты изложены в следующей таблице:

ТАБЛИЦА № 1.

Стадия tbc	Количество случаев	Разведения A.-tuberculin. 1:1000	A.-tuberculin. 1:1000 в сыворотке крови tbc больн.	A.-tuberculin. 1:1000 в сыворотке больн. не tbc	Контрольн.
I А	9	+	+	+	—
» »	5	+	+	очень слаб.	—
II В	8	+	+	+	—
» »	5	+	+	+	—
III С	4	+	+	+	—
» »	2	+	+	очень слаб.	—
Хирургич. tbc.	3	+	+	+	—

Из этой таблицы видно, что сыворотка крови tbc больных с A.-tuberculin'ом усиливала реакцию в 24 случаях из 36 (в 65%); сыворотка же, взятая у лиц с отсутствием клинических явлений tbc, почти во всех случаях ослабляла реакцию. Когда этот факт, наблюдавшийся и раньше некоторыми исследователями, был подтвержден нами, мы решили посмотреть, каково будет действие одной сыворотки крови, взятой у tbc больного, но уже без добавления Alt tuberculin'a, тоже по методу Mantoux. Эти исследования дали нам такие результаты:

ТАБЛИЦА № 2.

Стадия tbc	Количество случаев	Сыворотка крови tbc больных	Сыворотка крови больн. не tbc	A.-tuberculin. 1:10,000	Контрольн.
I А	9	+	—	+	—
	2	—	—	+	—
II В	7	+	—	+	—
III С	5	+	—	+	—
	2	—	—	+	—
III С	3	+	—	+	—
	2	+	—	+	—
Хирургич. tbc.	3	+	—	+	—

Из приведенной таблицы видно, что сыворотка крови tbc больных действует подобно туберкулину в разведении 1:10,000—иногда слабее, иногда сильнее. Больной с tbc является, стало быть, носителем антигена, а потому сыворотка крови его может давать положительную реакцию Mantoux. При этом нужно отметить, что сыворотка крови больных с II и III стадиями tbc (активным, декомпенсированным tbc) дает реакцию интенсивнее, а потому можно думать, что реакция находится в зависимости от количества антигена, содержащегося в сыворотке.

Далее, исследуя действие сыворотки крови tbc больных по методу Mantoux у тех же больных, от которых была взята сыворотка (ауто-серореакция), мы получали (см. таблицу № 3) реакцию сильнее, чем когда для опыта бралась сыворотка от другого больного, находившегося в той же стадии болезни (гетеросерореакция).

ТАБЛИЦА № 3.

Стадии tbc	Количество случаев	Сыворотка крови сам. больного	Сыворотка крови друг. больного	A.-tubercul. 1:1000	Контроль.
I A	4	+ +	+	+ +	—
II B	11	+ +	+	+ +	—
	2	+	—	+	—
III C	4	+ +	+	+ +	—
	2	+	—	+	—

Причина этого явления остается для нас загадочной и необъяснимой. В доступной нам литературе мы также не нашли объяснения данному явлению.

Желая устранить из сферы действия взятых для опытов сывороток один известный фактор, именно, комплемент или алексин, вещество термолабильное, и учесть таким путем его значение в вышеописанном феномене, мы поставили ряд опытов, подобных предыдущим, но с инактивированными сыворотками, лишенными комплемента - алексина путем нагревания до 56° C в течение получаса. Производя такие опыты с инактивированной сывороткой tbc больных, мы наблюдали заметное усиление реакции Mantoux по сравнению с таковой же реакцией, полученной с неинактивированной сывороткой (см. таблицу № 4).

ТАБЛИЦА № 4.

Стадии tbc	Количество случаев	Сыворотка инактивированная	Сыворотка неинактивированная	A.-tubercul. 1:1000	Контроль.
I A	7	+ +	+	+ +	—
	1	+	—	+	—
II B	6	+ +	+	+ +	—
	1	+	—	+	—
III C	4	+ +	+	+ +	—
	1	+	—	+	—

Кроме того, мы исследовали влияние на реакцию Mantoux некоторых сосудорасширяющих и сосудосуживающих лекарственных средств, а именно, морфия, адреналина, кофеина и кокаина.

1) *Morphium muriaticum*. Мы вводили под кожу полшприца 1% раствора морфия, а затем чрез несколько секунд 0,1 к. с. A.-tuberculin'a в разведении 1:1000. При этом было отмечено, что вначале, течение 3—4 час., покраснение на месте укола после морфия было интенсивнее, чем без него. Через 24—48 час. разница в реакции, однако, уже исчезала. Всего нами было исследовано таким образом 7 больных, находившихся в разных стадиях tbc.

2) *Adrenalinum hydrochloricum*. В 6 случаях tbc разных стадий мы впрыскивали под кожу полшприца 1:1000 раствора адреналина и чрез несколько секунд—A.-tuberculin 0,1 к. с. в разведении 1:1000. При этом течение первых 3—4 часов реакция в месте укола после адреналина была заметно слабее, чем без такового, но уже к 24—48 час. разница исчезала. Полученные нами результаты здесь, как и в опытах с морфием, вполне совпадали, таким образом, с результатами, полученными Anders-Aronson'ом.

3) *Cocainum muriaticum*. Как известно, кокаин суживает сосуды кожи (Meyer-Gotlieb). Впрыскивая под кожу полшприца 1% раствора cocaini muriatici и чрез несколько секунд вводя в кожу над тем же местом A.-tuberculin, мы видели, что вначале, течение 2—3 часов, реакция Mantoux шла слабее, чем без кокаина, а к 24—48 часам заметной разницы уже не замечалось. Всего с кокаином нами было исследовано 6 случаев различных стадий tbc.

4) *Coffeinum Na-salicylicum*. По Meyer-Gotlieb'у вещество это действует на сосуды кожи расширяюще. Исследуя влияние кофеина на реакцию Mantoux, мы впрыскивали под кожу полшприца 20% раствора coffeini Na-salicylici, после чего вводили в кожу A.-tuberculin. Течение первых 3—4 час. реакция шла несколько интенсивнее, но чрез 20—40 час. заметных отклонений от обычной реакции уже не было (исследовано 7 случаев различных стадий tbc).

Все вышеприведенные опыты позволяют нам сделать следующие выводы:

1) Сыворотка крови tbc больных в разведениях с A.-tuberculin'ом, будучи введена по методу Mantoux, в большинстве случаев вызывает заметное усиление этой реакции.

2) Сыворотка крови tbc больных без добавления A.-tuberculin'a, впрыснутая по методу Mantoux, действует иногда как сам A.-tuberculin в разведениях 1:10,000 (иногда сильнее, иногда слабее).

3) Сыворотка крови субъектов с отсутствием клинических явлений tbc, будучи введена по методу Mantoux, не вызывает реакции.

4) Сыворотка крови, взятая у tbc больного и введенная по Mantoux тому же больному, вызывает реакцию заметно более резкую в сравнении с сывороткой, взятой у другого tbc больного, находящегося в такой же стадии болезни.

5) Инактивированная сыворотка tbc больных вызывает заметно более интенсивную реакцию в сравнении с неинактивированной.

6) Медикаментозные средства, как сосудосуживающие (адреналин и кокаин), так и сосудорасширяющие (морфий и кофеин) дают реакцию

усиления (морфий и кокаин) и ослабления (адреналин и кофеин) лишь в течение первых 4—5 часов.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Проф. С. С. Зимницкий. Основы бактерио-биологического распознавания тbc (легких). Казань.—2) Наук. Проблема тbc, русск. пер.—3) Anders-Aronson. Klin. Woch., 1923, 2/VII.—4) Werner-Jadasson. Ibid., 14/V.—5) Meyer-Gotlieb. Фармакол. действие лекарственных веществ.—6) Габричевский. Медицинская Бактериология. Москва.—7) Никольский. Диагностика легочного туберкулеза. 8) Игнатовский. Иностр. Обзорение, 1924, № 5.—9) Treu. Klin. Woch., 1925, 3/III.

D-r F. K. Permjakoff (Kasan). Zur Frage ueber den Einfluss auf die Reaktion von Mantoux des Blutserums der Tbc-Kranken und einiger gefässerweiternden und gefässverengenden Mittel.

Die Beobachtungen des Verfassers führten ihn zu folgenden Schlüssen über diese Frage: 1) Das Blutserum der Tbc-Kranken in Verdünnung mit A-Tuberkulin erzeugt bei der Injection nach der Methode von Mantoux in der Mehrzahl der Fälle eine merkliche Verstärkung der Reaktion. 2) Das Blutserum der Tbc-Kranken ohne Zusatz des A-Tuberkulins wirkt bei der Injection nach Mantoux manchmal wie das A-Tuberkulin selbst in Verdünnungen 1:10.000 (bisweilen stärker oder schwächer). 3) Das Blutserum von Leuten ohne klinische Erscheinungen der Tbc erzeugt bei der Injection nach Mantoux keine Reaktion. 4) Das Blutserum von Tbc-Kranken demselben Kranken nach Mantoux eingeführt erzeugt eine viel stärkere Reaktion, als das Serum eines anderen im selben Stadium der Krankheit sich befindenden Kranken. 5) Inaktiviertes Serum von Tbc-Kranken erzeugt eine deutlich intensivere Reaktion im Vergleich mit nicht inaktiviertem. 6) Medikamente gefässverengende (Adrenalin und Cocain), wie gefässerweiternde (Morphium und Coffein) erzeugen eine Verstärkung (Morphium und Coffein) und eine Abschwächung (Adrenalin und Cocain) der Reaktion nur im Laufe der ersten 4—5 Stunden.

Лечение бронхиальной астмы рентгеновскими лучами *).

Прив.-доц. В. М. Когана-Ясного и д-ра Ф. М. Абрамовича
(Харьков).

(Предварительное сообщение).

Бронхиальная астма—заболевание известное еще в глубокой древности, этиология и патогенез которого тем не менее не выяснены и до настоящего времени. Хорошо известен лишь механизм самого приступа астмы—раздражение бронхиальных ветвей п. vagi: 1) двигательных волокон, вызывающих спазм циркулярных мышц мелких бронхов, 2) вазомоторных, вызывающих расширение сосудов, гиперэмию и набухание слизистой бронхов, и, наконец, 3) секреторных, дающих усиленную экссудацию с выделением вязкого секрета. Механизм этот ясен, но за то чрезвычайно сложны попытки объяснения причин, вызывающих самое заболевание.

Патолого-анатомический материал, относящийся к бронхиальной астме, чрезвычайно скуден и ограничивается всего какими-нибудь двумя десятками наблюдений. У больных отмечается эмфизема легких, причем просвет бронхов иногда расширен, иногда уменьшен; в секрете бронхов был найден альвеолярный эпителий, цилиндрические клетки, эозинофилы, разрыхленный эпителий слизистой, в перибронхиальной ткани—кругло-клеточная инфильтрация; в случаях Faschinbauer'a и Арьева наблюдалась резкая контрактура бронхиальной мускулатуры. При этой, можно сказать, бедности патолого-анатомических наблюдений нет недостатка в теориях, пытающихся выяснить сущность бронхиальной астмы. Мы не можем подробно останавливаться здесь на этих теориях,—тем более, что одним из нас (В. М. Коган ¹⁾) это было уже сделано в другом месте: отметим лишь, что главными из них являются три: рефлексоторная, интоксикационная и анафилактическая.

Вполне понятно, что, при наличии большого числа теорий патогенеза астмы, нет недостатка в методах лечения ее. Мы давно хорошо знаем, что, чем больше предложено средств для лечения какой-либо болезни, тем сомнительнее их ценность, тем более сомнителен успех их действия. Не останавливаясь подробно на этих средствах, ограничимся тем, что перечислим применяемое при астме общее лечение: 1) климатотерапия, 2) пнеймотерапия, 3) физиотерапия, 4) электро—и светотерапия, включая сюда и диатермию селезенки, 5) психотерапия, 6) аутосеротерапия, 7) аутогэмотерапия, 8) кальциотерапия, 9) туберкулинотерапия, 10) протеинотерапия, 11) хирургическое лечение и, наконец, 12) рентгенотерапия,—метод, который мы проводили на нашем материале и который

*) Доложено на IV Всесоюзном Съезде Рентгенологов и Радиологов 21—24 мая в Ленинграде.

¹⁾ Врачебная Газета, 1925 г., № 12.

дал хорошие результаты у различных авторов. Мы не собираемся отрицать, что одиночные хорошие результаты могут получиться и от других самых разнообразных средств, и не видим в этом никакого противоречия, если только допустить, что астма не есть однородное заболевание, а является часто результатом сочетания различных причин рефлекторного, анафилактического и интоксикационного порядка, где наследственность и эндокринная конституция играют нередко последнее место в выявлении этого заболевания под влиянием разнообразных экзогенных и эндогенных факторов.

Введением х-лучей в терапию бронхиальной астмы мы обязаны случаю. В 1906 г. Schilling, применяя эти лучи с диагностической целью у больного с *bronchiolitis exsudativa*, сопровождавшимся тяжелыми приступами астмы, отметил при этом значительный терапевтический эффект: астматические приступы прошли совершенно, и выделение мокроты резко уменьшилось. В дальнейшем Schilling сообщил уже о 9 леченных им больных, отмечая во всех случаях уменьшение отделяемого и значительное улучшение субъективных и объективных симптомов. Эти наблюдения были потом подтверждены Steffan'ом, Immanuel'ом, Eckstein'ом, Gottschalk'ом, Wetterer'ом, Groedel'ем, Menzer'ом, Morum'ом и особенно Klewitz'ем. Здесь кстати заметим, что и в нашем материале имеется один случай (не вошедший в нашу статистику) значительного улучшения состояния больного после кратковременного облучения органов грудной клетки с целью выявления состояния бронхиальных желез: ребенок 5—6 месяцев, страдавший тяжелыми ежедневными приступами бронхиальной астмы, после однократного просвечивания для выяснения состояния бронхиальных желез и легких, был свободен от своих приступов в течение 2 месяцев.

Основным вопросом, который мы поставили себе, предпринимая свою работу, был вопрос, какие случаи бронхиальной астмы подлежат рентгенотерапии. Теперь, на основании своего опыта, мы можем сказать, что с успехом могут быть подвергнуты последней случаи безусловно бронхиальной (некардиальной и неурэмической) астмы. При этом, чем свежее случаи, тем легче и вероятнее успех терапии, но ей хорошо поддаются также и хронические случаи, не исключая и самых тяжелых, т. наз. случаев *status asthmatici*. Только при наличии уже органических изменений, т. е. резко выраженной эмфиземы легочной ткани, трудно ожидать от рентгенотерапии стойкого и значительного улучшения.

Всего под нашим наблюдением находилось 35 больных-астматиков, которые по возрасту распределяются следующим образом: от 5 до 15 л.—3, от 15 до 20—2, от 20 до 25—5, от 25 до 30—5, от 30 до 35—8, от 35 до 40—3, от 40 до 45—6 и от 45 до 50—3. До начала лечения все больные подвергались подробному клиническому обследованию, как физическому, так и лабораторному: у них исследовались кровь, мокрота, состояние мочи и кровеносного аппарата, состояние вегетативной системы. У большинства делалась проба на ваго-и симпатикотонию по Erpinger'у и Hess'у, результатам каковой пробы мы, впрочем, не придавали решающего значения. Часть больных была под стационарным наблюдением в Факультетской Терапевтической клинике (директор проф. И. И. Файншмидт). Эти клинические наблюдения дали нам возможность выяснить связь астмы с невротической и артритической наследствен-

ностью, а также, в некоторых случаях,—с нарушением той или другой функции эндокринного аппарата. Об этом мы более подробно будем говорить в другом месте, но и здесь необходимо отметить наблюдавшееся нами в отдельных случаях как исчезание, так и появление приступов в зависимости от нарушения функции той или другой эндокринной железы или системы (беременность). Подробное клиническое обследование больных повторялось нами и после каждой серии облучения совместно с А. Г. Сукачевым.

В настоящем предварительном сообщении мы не имеем возможности подробно останавливаться на историях наших больных, но не можем не отметить некоторых интересных особенностей крови и мокроты у них, а равно изменений, наступивших в результате облучения. Так, у больного В. количество эозинофилов в крови оказалось доходящим до 47%, в мокроте были найдены кристаллы Charcot-Leyden'a большими скоплениями, эозинофилы и здесь также встречались большими скоплениями; после первого курса облучения количество эозинофилов в крови понизилось до 25%, значительно уменьшилось также количество эозинофилов и кристаллов в мокроте. У больной Ж. количество эозинофилов в крови равнялось до лечения 8%, в мокроте в небольшом количестве встречались спиральи Curschmann'a, местами кристаллы и эозинофилы большими скоплениями; после первого же облучения процент эозинофилов в крови упал до 6%, в мокроте ни спиралей, ни эозинофилов не оказалось. У больной Р. после применения первого же сеанса рентгенотерапии эозинофилия в крови уменьшилась с 13% до 9%.

В общем результаты рентгенотерапии в наших случаях были таковы: из 35 больных значительное улучшение получилось у 9 (25%), улучшение—у 23 (65%), без изменений осталась болезнь у 3 (8%). Полного излечения, как его отмечают Klewitz—в 31%, Groedel—в 30% и Могиш—в 32%, мы не указываем,—мы не можем считать наших больных вполне выздоровевшими, так как нам неизвестно дальнейшее течение у них болезни, и мы полагаем, что двухлетний срок (максимальный срок наших наблюдений) недостаточен для категорических заключений. В рубрику „значительного улучшения“ мы отнесли те случаи, где приступы не повторялись долгое время (больше 1—2 лет), и где после облучения исчезали субъективные жалобы (на одышку, кашель и т. д.). Просто улучшением считали такой результат, когда приступы астмы у больных после лечения повторялись, но со значительно большими промежутками, чем до облучения (несколько месяцев), и тяжесть приступов была значительно слабее.

Необходимо отметить, что большинство наших случаев принадлежало к тяжелым, где приступы повторялись по многу раз в день или, появляясь, держались неделями, делая больных совершенно нетрудоспособными. Особенно подчеркиваем, что почти все наши больные до применения рентгеновских лучей испытали почти весь арсенал лечебных методов, рекомендуемых при астме,—всевозможные внутренние средства, электро- и светолечение, климатотерапию, аутовакцинацию, протеинотерапию, лечение пептоном вместе с вакцинацией, а некоторые—органотерапию. О тяжести наших случаев достаточно убедительно говорят следующие данные относительно давности заболевания у наших больных: от 2 до 3 лет длилась болезнь у 5 из наших больных, от 4 до 5—у 7, от 4 до 5—у 7, от 5 до 7—у 7, от 10 до 15—у 5, свыше 15 лет—у 11.

Новые больные часто присылались к нам астматиками, уже подвергавшимися у нас рентгенотерапии и чувствовавшими значительное улучшение своего состояния, и в одном этом факте мы видим отчасти оправдание желательности дальнейшего применения х-лучей при астме,—по крайней мере до тех пор, пока не будет найден более верный каузальный метод лечения. Говорить только о психическом действии рентгенотерапии, как это делает *Lewy-Dorn*, вряд-ли приходится, принимая во внимание объективные изменения крови, мокроты и клинической картины,—тем более, что сами больные приходили к нам обычно с недоверием и к рентгенотерапии, и ко всем, уже ранее испытанным, методам лечения.

Техника облучения при бронхиальной астме неодинакова у различных авторов, отличаясь не только по дозировке, но даже и по месту облучения. При этом указания относительно техники рентгенотерапии в старой литературе чрезвычайно скудны и неточны, несмотря на важное значение их в смысле возможности проверки их другими исследователями. Первые точные указания мы встречаем у *Klewitz'a*, облучавшего 7 полей 10×15 (4 сзади и 3—спереди грудной клетки, так что оставалось необлученной только область сердца), на каждый участок давалось 20—30% НED при фильтре в 0,5 Zn. *Morim* давал меньшие дозы, освещая лишь области корня (*hilus'a*) легкого спереди и сзади при 3 Al и 10—12 *Wehnelt'a* жесткости, причем каждый участок получал не больше $\frac{1}{5}$ ED. *Groedel* освещал область селезенки, давая около НED при кожно-фокусном расстоянии в 23 см. и площади участка в 12×12 см. *Ascoli*, полагая, что астма есть результат недостаточности желез внутренней секреции, рекомендовал освещать область гипофиза: одно поле с лобной стороны и два затылочных.

Техника, применявшаяся нами, была следующая: первые 8 случаев мы освещали по *Klewitz'u*, следующие 13 по способу *Groedel'я*, но меньшими дозами (25% ED при 4 мм. Al и кожно-фокусном диаметре в 23 см.), в остальных случаях (14 сл.) мы облучали легкие, давая 4 поля, причем доза х-лучей равнялась 20% ED при 4 мм. Al и 2 мм., и заканчивали однократным освещением селезенки спереди. Рентгенотерапию мы производили в Украинском Рентгенологическом и Радиологическом институте (директор Г. И. Хармандарьян).

Наш материал ненастоять велик, чтобы можно было делать решающие заключения, но все же мы вынесли впечатление, что лучшие результаты получаются при одновременном облучении грудной клетки и селезенки. При этом в большинстве случаев наши больные получали по 8 сеансов в течение $1\frac{1}{2}$ —2 недель. Эффект облучения сказывался большей частью уже после первых сеансов. Повторный курс облучения мы производили обычно через 3—4 недели. Если в силу каких-нибудь условий повторная рентгенотерапия не производилась, у больных иногда, спустя короткое время, появлялся приступ астмы.

После первых серий облучения состояние больных настолько улучшалось, что, считая себя вполне здоровыми, они не являлись на повторное лечение. „Я не пришла потому, что считала себя совершенно здоровой“—таково было обычное заявление многих больных. Стойкие результаты давали больные, получившие две серии облучения. Ближайшим следствием действия х-лучей было облегчение дыхания, до того времени затрудненного, причем это облегчение часто сопровождалось обильным

выделением мокроты. Каких-нибудь неприятных осложнений мы ни в одном из наших случаев не наблюдали, за исключением 3 случаев легкой формы рентгеновского катарра. Катарра этого при облучения селезенки мы не стремились получить, как то делали некоторые авторы, напр., Groedel.

Как надо объяснять действие рентгеновских лучей при бронхиальной астме?

Лишь в небольшом числе наших случаев мы имели увеличение бронхиальных желез, находящееся, по Gottschalk'y, Spiess'y и Schröder'y—в причинной связи с астмой,—где, стало быть, успех лечения можно было-бы связать с уменьшением этих желез и вместе уменьшением вызываемого их давлением раздражения п. vagi. Мы признаем более справедливым мнение Danielopolu (Presse méd., 1925. № 96), считающего необходимым для возникновения приступа бронхиальной астмы наличие двух факторов: предрасполагающего и вызывающего. Первый фактор, обычно конституциональный, имеет место в легких и действует, как механическое анафилактическое начало. Все остальные этиологические факторы, непосредственно вызывающие приступ, действуют исключительно через местный фактор. Этот взгляд, по нашему мнению, объясняет успех рентгенотерапии при облучении как места возникновения заболевания, так и путей приложения, т. е. селезенки (Groedel), гипофиза (Ascoli и Нестеров), gl. thyreoideae (Widal и Abrami), только грудной клетки (Klewitz), а еще лучше,—и грудной клетки, и селезенки (наши случаи).

Заслуживает также внимания, по нашему мнению, указание Müller'a, из клиники Curschmann'a, считающего мерилom успеха рентгенотерапии степень эозинофилии в крови у астматиков. По Müller'y, чем резче выражена эозинофилия, тем вернее и резче будет успех рентгенотерапии. Это и есть, по нашему мнению, те случаи, где имеется нарушение равновесия ретикуло-эндотелиального аппарата и вегетативной системы. Здесь рентгеновские лучи возрождают прежнюю резистентность кровеносных органов, действуя на ретикуло-эндотелиальный и главный универсальный аппарат образования антител, как говорит Гасуль, восстанавливают тонус вегетативной системы и устраняют дисфункцию эндокринных желез в том таинственном симптомокомплексе, который носит название бронхиальной астмы.

Заканчивая наше предварительное сообщение, мы подчеркиваем, что не считаем рентгенотерапию ни каузальным методом, ни методом, ведущим к безусловному успеху; при всем том наши наблюдения дают нам право продолжать разработку данного вопроса, подавая надежду на успех и приближая к выяснению патогенеза данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Коган. Врач. Газ., 1925, № 12 (исчерпывающе приведена литература по этиологии, патогенезу и терапии астмы).—2. Арьев. Бронхиальная астма. Ленингр., 1926.—3. Bauer. Die Konst. Disp. z. inn. Krankh., 1924.—4. Coke. Asthma. 1923.—5. Faschbauer. Wien. Arch. f. inn. Med., 1922.—6. Danielopolu. Presse méd., 1925,

№ 96; Практ. Бр., 1925, № 11—12.—7. Eskuchen. Kl. Woch., 1926, № 16.—8. Storm v. Leenwen. Allergische Krank., 1926.—9. Schilling. Kongr. z. inn. Med., 1906, 1909; Münch. med. Woch., 1910, № 18.—10. Gottschalk. Fortschr. f. d. Röntgenstr., B. XIV, H. 4.—11. Groedel. Röntgenstr. in Krankh., herausg. v. Salzmann. 1923.—12. Wetterer. Handb. d. R-therapie.—13. Pritzel. D. med. Woch., 1925, № 15.—14. Klewitz. Strahlenther., 1921, Bd XII; Kl. Woch., 1924.—15. Morum. Strahlenther., 1924, Bd XVI.—16. Müller. Med. Kl., 1925, № 40.—17. Гасуль. Врач. Дело, 1926, № 7.

Priv.-Doz. W. M. Kogan-Jasny und D-r F. M. Abramowitsch (Charkow). Die Behandlung des Bronchialasthmas mittelst Röntgenstrahlen.

Diese Behandlung wurde von den Verfassern in 35 sehr schweren und früher ohne Erfolg mit anderen Behandlungsverfahren behandelten Fällen von rein bronchialem Asthma angewandt. Der Röntgenisation wurden die Brust und die Milzgegend unterworfen. Bei 9 Kranken erfolgte dabei eine bedeutsame Besserung, bei 23—eine Besserung und nur in 3 Fällen blieb die Behandlung ohne Erfolg.

О резекции верхней челюсти с предварительной перевязкой наружной сонной артерии.

Проф. В. Л. Боголюбова.

Резекция верхней челюсти представляет, как известно, тяжелую операцию, связанную с целым рядом опасностей, из которых главнейшими являются кровотечение и обусловленная этим возможность затекания крови в дыхательные пути.

Для того, чтобы обезопасить операцию от этих осложнений, был предложен целый ряд мероприятий: 1) оперирование со свешенной головой (Rose) или в косом положении (Trendelenburg, Kocher); 2) предварительная трахеотомия с тампонадой Hahn'овской или Trendelenburg'овской канюлей; 3) пероральная интубация по Kuhn'y; 4) производство операции в полунаркозе (Krönlein); 5) временная или постоянная перевязка общей или наружной сонной артерии.

Не входя в оценку всех этих мероприятий, я останавлиюсь только на вопросе о предварительной перевязке, при резекции верхней челюсти, общей и наружной сонных артерий.

Перевязка сонной артерии, как предварительный акт при удалении злокачественных опухолей в области лица, полости рта и шеи, применялась отдельными хирургами уже давно. Так, напр., Lipp's (Arch. f. klin. Chir., 1893, Bd. 46) в собранной им казуистике случаев перевязки а. carotis ext. упоминает о наблюдениях двух хирургов, Lizar's'a и Scott'a, относящихся к 1830 г., где была произведена перевязка наружной сонной артерии, как предварительный акт при удалении опухолей верхней челюсти. По Ратимову (Опухоли верхней челюсти в клиническом отношении, Дасс., 1882) Lizar's, один из первых хирургов, производивших полную резекцию верхней челюсти, в двух случаях сделал предварительную перевязку art. carotis communis. Позднее тем же способом оперировал Adelmanн в одном случае значительно распространенной опухоли. Далее, предварительная перевязка общей сонной артерии при резекции верхней челюсти применялась Рейером. Вельяминов (Врач, 1881 и 1882) сообщил ряд случаев перевязки этой артерии, произведенной в клинике Рейера по различным показаниям, причем в нескольких случаях эта перевязка была сделана в виде предварительного акта при удалении злокачественных опухолей верхней челюсти. В 1882 г. Lesser произвел предварительную перевязку а. carotis communis при резекции верхней челюсти. В 1891 г. появилось сообщение Brgant'a, который рекомендует предварительную перевязку а. carotis ext. и, наоборот, относится отрицательно к перевязке а. carotis com., если только перевязка последней не вызывается какими-либо особыми обстоятельствами. Вместо постоянной перевязки Senger (Deut. med.

Woch., 1895, № 22) предложил при резекции верхней челюсти временное сдавливание обнаженного и изолированного ствола сонной артерии тонким гуттаперчевым шнуром. Эксперименты автора на животных показали, что животные переносят подобное сдавливание *a. carotis communis* в течение 1—3 час. и более без всякого вреда для организма. При резекции верхней челюсти Senger считает достаточным временное сдавливание обнаженной наружной сонной артерии, что он и выполнил в одном случае.

Еще до сообщения Senger'a Schönborn несколько раз произвел временную перевязку больших артериальных стволов, особенно сонной артерии, без вреда для больных. Тот же автор предложил даже особый инструмент для временного сдавливания обнаженной артерии. Riese (Deut. med. Woch., 1896, № 5) сообщил два наблюдения из клиники Schönborn'a, где была произведена резекция верхней челюсти с временной перевязкой общей сонной артерии. Fr. König (Arch. f. klin. Chir., 1901, Bd. 69) благоприятно отзываясь о перевязке наружной сонной артерии при резекции верхней челюсти. Schlatter (Beitr. z. klin. Chir., 1901, Bd. 30) считает, что идеальным приемом, предупреждающим кровотечение при резекции верхней челюсти, является перевязка наружной сонной артерии. Payr (Arch. f. klin. Chir., 1903, Bd. 72) указывает, что предварительная постоянная лигатура наружной сонной артерии при резекции верхней челюсти имеет большие преимущества. Kocher в своем руководстве оперативной хирургии говорит о перевязке наружной сонной артерии при резекции верхней челюсти, что „эта предварительная операция делает главный акт более тщательным, так как значительно уменьшает кровотечение; но еще больший успех для профилактической остановки кровотечения дает временное закрытие общей сонной артерии“. В известном руководстве „Chirurgische Operationslehre“ Bier-Braun-Kühnle'я, в главе об операциях на лице, составленной Lexer'ом, König'ом и Wrede, говорится: „Мы имеем превосходное средство ограничить кровотечение (при резекции верхней челюсти) до minimum'a путем профилактической перевязки наружной сонной артерии. При многочисленных операциях, произведенных за 13 лет в клинике, мы могли убедиться в уменьшении кровотечения посредством этого предварительного акта (т. е. перевязки наружной сонной артерии); последняя всегда в наших случаях была настолько успешна, что решительно нечего более бояться кровотечения“. В виду всего этого автором рекомендуется предпосылать каждой полной резекции верхней челюсти предварительную перевязку наружной сонной артерии.

Таким образом из приведенных кратких данных мы видим, что целый ряд хирургов применял при резекции верхней челюсти предварительную, временную или постоянную, перевязку общей сонной или наружной сонной артерии.

Что касается постоянной перевязки общей сонной артерии при резекции верхней челюсти, то этот прием, за исключением каких-либо особенно редких случаев, должен быть оставлен в виду тех опасностей (мозговые осложнения), которыми нередко сопровождается подобная перевязка. Так, по данным Pilz'a на 514 случаев перевязки *art. carotis communis* мозговые осложнения наступили в 165. По материалу, собранному Березнеговским, на 69 случаев ее в 18 были отмечены мозговые осложнения. По статистическим данным Pilz'a смертность после перевязки общей сонной артерии достигает 54%. Дальнейшая статистика

того же автора, обнимающая 914 сл., определяет процент смертности в 39,80%. По данным Leford'a этот процент равняется 43%, по данным Zimmermann'a—31% (последняя статистика относится к антисептическому периоду 1885—1891 гг.). Из приведенных данных видно, что перевязка общей сонной артерии, сопровождаясь большим процентом смертности, представляет операцию в общем гораздо более опасную, чем резекция верхней челюсти.

Временная перевязка общей сонной артерии более безопасна¹⁾. Но все же, как отмечает F. König, и при ней могут наблюдаться опасные осложнения, а именно, после снятия лигатуры может произойти отрыв образовавшегося тромба восстановившимся током крови, и получится смертельная эмболия.

Более благоприятное отношение со стороны хирургов встречает перевязка наружной сонной артерии. Здесь может опять-таки идти речь о временной и постоянной перевязке. Последняя дает несколько большие гарантии по отношению к остановке кровотечения и, может быть, более безопасна в виду возможности, при временной перевязке, получить эмболию вследствие отрыва тромба восстановившимся током крови.

Во всяком случае, несмотря на одобрительные отзывы о предварительной перевязке наружной сонной артерии при резекции верхней челюсти, прием этот не является общепризнанным. Как кажется, среди русских хирургов он не пользуется большим распространением. Горячим сторонником перевязки наружной сонной артерии является проф. Алексинский. Благоприятный отзыв о данном приеме дает и Чистяков (Хир., 1914, № 206), упоминая о 8 случ. перевязки наружной сонной артерии при резекции верхней челюсти, произведенной в клинике проф. Спизарного. Отрицательно отзывается о перевязке наружной сонной артерии Максимович, из клиники проф. Федорова (Нов. Хир. Арх., 1923, т. 3, кн. 3), говоря, что „перевязка наружной сонной артерии не достигает цели, как указывал на это еще Пирогов, в виду быстрого восстановления коллатерального кровообращения“.

Лично я имею некоторый, хотя и небольшой, опыт относительно резекции верхней челюсти с предварительной перевязкой наружной сонной артерии, что было произведено мной на 9 больных (с 2 смертельными исходами в послеоперационном периоде). Пять из этих случаев были оперированы мною в хирургической клинике Казанского Института для усов. врачей, четыре—в Казанской губ. земской больнице и Шамовской больнице.

При оценке перевязки наружной сонной артерии, как предварительного приема при резекции верхней челюсти, следует остановиться на нескольких вопросах: 1) насколько данная перевязка безопасна для больного; 2) какой эффект дает она при удалении верхней челюсти в смысле уменьшения кровотечения; 3) насколько часты бывают после нее вторичные кровотечения; 4) каковы должны быть наилучшие технические условия, обеспечивающие успех перевязки; 5) показания и противопоказания для перевязки наружной сонной артерии.

По отношению к первому вопросу,—следует-ли считать перевязку наружной сонной артерии безопасной операцией,—надо сказать, что не-

¹⁾ Насколько я сейчас помню, проф. В. Н. Парин несколько лет тому назад сообщил в Собрании Врачей при Каз. Унив. о нескольких случаях резекции верхней челюсти с применением временной лигатуры а. carotis communis.

которые случайности при такой перевязке, конечно, возможны. Так, по данным Lipp's'a на 130 случ. перевязки *a. carotis ext.*, сделанной по различным показаниям, дважды наблюдался *exitus letalis* вследствие тромбоза, распространившегося в *art. carotis int.* и повлекшего к эмболии мозга. Подобный же случай наблюдал Wieting. Несоблюдение некоторых технических правил и нагноение в ране могут содействовать образованию тромбов. Кроме того нагноение в ране может повести к септическому кровотечению, что я и наблюдал у одного из своих больных. Во всяком случае, при соблюдении известных технических правил, о которых будет сказано ниже, и при гладком заживлении раны, перевязку наружной сонной артерии можно считать безопасной.

Второй вопрос, являющийся в то же время кардинальным,—это вопрос о том, насколько перевязка наружной сонной артерии, как предварительный акт при резекции верхней челюсти, достигает своей цели в смысле уменьшения кровотечения. Вопрос этот, поднятый еще Пироговым, как кажется, и сейчас вызывает у некоторых хирургов сомнение. Упомяну, напр., о вышеприведенной цитате из работы д-ра Максимова, где говорится, что односторонняя перевязка наружной сонной артерии не достигает цели вследствие скорого восстановления коллатерального кровообращения.

По поводу этого вопроса надо сказать, что в громадном большинстве случаев перевязка наружной сонной артерии действительно достигает уменьшения кровотечения во время операции, как об этом свидетельствуют отзывы целого ряда хирургов (Madelung, Quénu, Senger, Schlatter, König, Wieting и др.). В 9 случаях перевязки наружной сонной артерии, произведенной мной при резекции верхней челюсти, во всех случаях я постоянно наблюдал, что, благодаря этому приему, даже при больших опухолях и при обширных резекциях челюсти кровотечение значительно уменьшается, будучи иногда положительно ничтожным. Сравнивая картину операции при обычной резекции верхней челюсти и при резекции с предварительной перевязкой *a. carotis ext.*, я вынес вполне определенное впечатление о действительном эффекте такой перевязки в смысле уменьшения кровотечения и целесообразности применения данного приема.

Несмотря на все вышесказанное, нельзя, однако, утверждать, что эффект перевязки является безусловным во всех случаях. Иногда здесь может наблюдаться и неудача, обусловленная как возможностью восстановления коллатерального кровообращения, так, вероятно, и индивидуальными особенностями случая. Так, напр., в случае Stein'a, из клиники Bergmann'a, где была перевязана наружная сонная артерия тотчас выше места бифуркации *art. carotis com.*, вначале операция протекала почти бескровно, но через 20 минут появилось обильное кровотечение из мягких частей щеки. Встречаются, повидимому, случаи, где не только перевязка наружной сонной артерии, но и перевязка *art. carotis communis* является бесполезной, и больные погибают от кровотечения. Так, напр., Ochsner (Максимов, I. c.) имел три смерти от кровотечения, несмотря на перевязку общей сонной артерии.

Вторичные кровотечения после перевязки наружной сонной артерии также, несомненно, могут иногда иметь место, как об этом и сообщают некоторые хирурги. По Madelung'у такие вторичные кровотечения после перевязки *a. carotis ext.* наблюдаются чаще, чем при перевязке

общей сонной артерии. В случае Wieting'a кровотечение наступило вечером в день операции, во время же операции потеря крови была незначительна. В одном наблюдении из клиники проф. Сп и ж а р н о г о (Ч и с т я к о в) также имело место обильное вторичное кровотечение. В оперированных мною случаях вторичных кровотечений из области удаленной верхней челюсти я не видал.

Несомненно, для успеха перевязки наружной сонной артерии, а также и ее безопасности, имеет значение соблюдение некоторых правил и условий. Прежде всего, согласно мнению большинства хирургов, перевязка эта должна производиться не тотчас выше бифуркации *art. carotis com.*, но между местами отхождения верхней щитовидной и язычной артерий. Далее, при перевязке наружной сонной артерии F r. K ö n i g, во избежание образования тромбов, советует перерезать сосуд между двумя лигатурами. Проф. Сп и ж а р н ы й поступал следующим образом: наружная сонная артерия берется на лигатуру, рана уменьшается швами, и, не затягивая лигатуры, приступают к удалению челюсти; покончив с мягкими тканями, затягивают лигатуру на сосуде и тогда переходят уже к удалению костей. Wieting (*D. Z. f. Chir.*, 1907, Bd. 70) советует избегать всяких манипуляций, которые могли-бы травмировать стенки сосуда и благоприятствовать вместе с тем образованию тромба; с этой целью он предлагает обнажать артерию неслишком широко и затягивать лигатуру не со всей силой, но настолько, чтобы периферический конец перестал пульсировать. В виду возможности вторичного кровотечения этот автор рекомендует очень тщательную и плотную тампонаду челюстной раны. Само собою разумеется, что гладкое заживление раны в области перевязанной артерии гарантирует как от случайностей, в виде септического кровотечения из раны, так, в значительной степени, и от образования тромбов.

Что касается показаний для применения перевязки наружной сонной артерии, то данная операция прежде всего показана при больших опухолях и обширных резекциях верхней челюсти, а также вообще у субъектов истощенных, анемичных, ослабленных кахексией и иногда кровотечениями из опухоли, но не страдающих какими-либо заболеваниями сосудов, особенно артериосклерозом, который является противопоказанием для производства перевязки. Целесообразно применение предварительной перевязки *a. carotis ext.* и у детей. Некоторые хирурги широко ставят показания к предварительной перевязке наружной сонной артерии, рекомендуя делать ее в каждом случае полной резекции верхней челюсти. За последние годы я лично также, как правило, предпосылаю полной резекции верхней челюсти перевязку *a. carotis externae*.

Таким образом, на основании изучения литературных данных и собственных наблюдений я полагаю, что, несмотря на некоторые недостатки и случайности, которые могут иметь место при перевязке наружной сонной артерии, применение этого приема при резекции верхней челюсти является вполне целесообразным, в значительной мере гарантируя от опасностей, связанных с кровотечением, и делая операцию более тщательной, планомерной и спокойной. Обратить еще раз внимание на этот старый, но, как кажется, недостаточно оцениваемый и в настоящее время прием и представляет задачу нашего сообщения.

Prof. W. L. Bogoluboff (Kasan). Ueber die Resektion der Maxilla mit vorläufiger Unterbindung der A. carotis ext.

Von dem Verfasser wird auf Grund des Studiums der Literaturangaben und eigener Beobachtungen (9 Fälle) die Schätzung der vorläufigen Unterbindung der A. carotis ext. bei der Resektion der Maxilla gegeben; der Autor hält sich bei den Fragen über die Gefahrlosigkeit der Operation, über die Wirkung auf die Blutung, über die Technik der Ausführung und Angaben auf. Zum Schlusse kommt er zur Folgerung, dass, trotz einiger Fehler und Zufälligkeiten, die mit der Unterbindung der A. carot. ext. verbunden sind, dieser Handgriff bei der Resektion der Maxilla völlig zweckmässig erscheint, im bedeutsamen Masse von der Gefahr der Blutungen garantiert und die Operation viel sorgfältiger, planmässiger und ruhiger macht.

К вопросу о закрытии дефектов черепа и мозговых оболочек свободной пластикой.

Ю. Ратнера.

Практическому хирургу нередко приходится решать вопрос о способе закрытия изъянов черепа, как известно, не имеющих свойства закрываться самостоятельно в силу ничтожных пластических способностей перикрания. Между тем закрытие этих дефектов необходимо для предупреждения вредного воздействия внешних травм на содержимое полости черепа. Пластическая хирургия, сделавшая за последние годы блестящие успехи, в методе свободной костной пластики дала наилучшее, при современном состоянии науки, разрешение этого вопроса. Внимание хирургов сосредоточено на оценке применяемых способов костной пластики на черепе. Наряду с этим хирургическое лечение травматической эпилепсии ставит перед хирургом задачу закрытия имеющихся, или полученных после иссечения рубцов, дефектов мозговых оболочек,—задачу порой более важную, чем закрытие костного дефекта, ибо от решения ее нередко зависит исход и отдаленные результаты предпринятой операции. В этой области еще нет той ясности, как в вопросе о костно-пластических операциях на черепе, и число относящихся сюда наблюдений невелико. В виду этого имеющиеся в нашем распоряжении наблюдения, любезно предоставленные проф. В. Л. Боголюбовым, и один собственный случай могут, как нам кажется, представлять известный интерес.

Я позволю себе сначала вкратце остановиться на существующих взглядах по вопросу о свободной костной пластике с тем, чтобы затем перейти к разбору предложенных методов закрытия изъянов черепа и технике пересадки кости.

Классическими трудами Ollier, Barth'a, Axhausen'a, работами Петрова, Башкирцева, Павлова-Сильванского и др. установлено, что пересаженная кость вживается, и что процесс вживания всегда сопровождается гибелью трансплантата, на месте которого образуется новая костная ткань. Исследователи расходятся только во взглядах на роль надкостницы, эндоста, а также окружающих трансплантат соединительной и грануляционной тканей в образовании новой кости. Уяснение роли этих тканей в сложном процессе вживания кости приближает нас к правильной оценке костно-пластических операций на черепе. Ollier, задавшись главным образом целью выяснить роль надкостницы, доказал на опытах с пересадкой одной надкостницы образование новой кости из периоста, причем главное значение имеет, по его наблюдениям, камбиальный слой последнего; немалое значение для проч-

ности новообразованной кости имеет, по Ollier, и раздражение окружающих тканей, их правильная функция. Barth, опыты которого производились над пересадкой костей на черепе, утверждает, что надкостница и костный мозг гибнут при этом так же, как и кость, пересаженная же кость замещается из способной к окостенению материнской почвы. Глубже и подробнее освещает вопрос Axhausen, опыты которого на большом материале наглядно доказывают, что костная ткань погибает к 20-му дню, надкостница же обладает большими жизненными способностями, переживает этот срок и продуцирует новые костные элементы; костный мозг также обладает большою способностью к жизни, сохраняет свою „Erhaltungskraft“ и лучше питается. Опыты русских исследователей, — Петрова, Башкирцева, Павлова-Сильванского, — в главном подтверждают приведенные положения. При этом Павлов-Сильванский на основании своих опытов допускает возможность метаморфоза окружающей почвы в костную ткань при условии длительного раздражения; при отсутствии надкостницы главная роль выпадает, по его наблюдениям, на долю эндоста и костного мозга; он же допускает возможность вживления небольших, хорошо питающихся трансплантатов целиком. Петров и Башкирцев считают главным источником регенерации молодые соединительнотканые клетки, образующиеся из грануляционной ткани, обростающие кость и метапластически превращающиеся в остеобласты; роль надкостницы считается ими невыясненной. В последние годы большинство авторов придает главное значение в костеобразовательном процессе эндосту и камбиальному слою надкостницы.

Переходя далее к разбору существующих методов закрытия дефектов черепа, мы должны отметить в самом существенном те требования, каким должна удовлетворять пересадка кости. Нет надобности доказывать, что первым условием является здесь строжайшее соблюдение асептики. Роль надкостницы в костеобразовательном процессе, как ее ни оценивать, — как главный ли фактор в образовании кости по Ollier, или как ткань, сохраняющую свою „Erhaltungskraft“, как это доказал Axhausen, — обязывает хирурга к перенесению кости вместе с надкостницей, во всяком случае сохраняя ее камбиальный слой. Так же несомненна роль костного мозга и эндоста, почему желательно при пересадке обнажение первого расщеплением костной пластинки или кости пополам. Участие материнской почвы, окружающих тканей в процессе, установленное Barthom и Петровым, доказывает, затем, необходимость плотного, интимного прилегания трансплантата к окружающим тканям, для чего при замещении дефектов черепа необходимо скалывать края дефекта и обнажать diploe.

Существующие аутопластические способы закрытия дефектов черепа можно разделить на две группы. В первой материалом служат соседние кости черепа; сюда относятся способы Müller-König'a, где дефект закрывается наружной пластинкой кости, взятой в виде кожно-костного лоскута на ножке, и способ Hoffmann'a, где дефект выполняется стружками из прилежащих костей. Способы эти редко применяются в наше время, будучи недостаточны при больших дефектах. Ко второй группе относятся способы Seydel'a, замещающего дефект пересадкой пластинки, взятой с передней поверхности tibiae вместе с надкостницей, и Добровольского, предложившего замещать дефект реберной

пластинкой. Все преимущества, на наш взгляд, находятся на стороне реберной пластики. Иссеченное у больного ребро с сохраненной на наружной стороне надкостницей, расщепленное по длине пополам, с обнаженным костным мозгом, выпуклостью своей соответствующее выпуклости черепа, хорошо прилегающее к окружающим и подлежащим тканям, как нельзя более удовлетворяет всем условиям для вживания. Материала этого под рукой достаточно, и при нужде можно взять два ребра; техника резекции проста, и, следовательно способом реберной пластики можно закрыть любой дефект.

Мы имели три случая дефектов черепа, закрытых реберной пластикой, с хорошими ближайшими результатами, прослеженными на протяжении 3—18 мес. Во всем этих случаях произошло хорошее, прочное замещение дефекта. Приводим краткие истории болезни этих больных.

Случай I. Больная Л., 28 л., 2 года тому назад получила удар топором в левую теменную область головы, после чего лишилась речи и движений в правой руке. Речь вернулась через 2 недели. Спустя год у больной появились припадки эпилепсии *Jaсkсоnовского* типа, сопровождавшиеся судорогами в правой половине тела; припадки повторялись раз в 2 недели, за последнее время—2 раза в неделю. В области ранения 2 параллельных рубца *сант.* в 15 длиной, спаянные с подлежащими тканями; под рубцами кость запавшая, неровная, бугристая, в центре рубцов костный дефект. Со стороны правой верхней конечности отмечается понижение силы, повышение сухожильных рефлексов, понижение чувствительности и стереогноза. В правой ноге нарушений нет. Высказано предположение о сдавлении корковой или близко прилежащей к коре области правой руки—*gyrus centralis anterior et posterior*. 10/XI 1925 г. операция (проф. Боголюбов) под общим хлороформным наркозом. Овальным разрезом окружен и удален рубец, затем удалены осколки и отломы костей, местами внедрившиеся в оболочки мозга. *Dura mater* в центре представляла сплошной плотный рубец, спаянный с отломами костей. По осторожном иссечении этого рубца под твердой мозговой оболочкой обнаружена киста, содержащая серозно-кровянистую жидкость. Киста эта опорожнена, и рубцово измененная стенка ее иссечена целиком. Вещество мозга в области кисты представлялось вдавленным вглубь. Появилась пульсация. В дальнейшем приступлено к пластическому закрытию дефекта черепа и твердой мозговой оболочки, для чего произведена резекция VIII ребра с левой стороны, с сохранением надкостницы на наружной стороне. Резецированный кусок ребра был расщеплен ножом по всей длине на 2 пластинки, укороченные соответственно размерам дефекта. Изъян *durae matris* и под ней выполнен куском жира, взятым из раны в области резецированного ребра. Поверх жирового трансплантата уложены обе пластинки ребра, приложенные вплотную к предварительно сколотым краям дефекта. Кожная рана зашита наглухо. Совершенно гладкое течение. На 10-й день сняты швы, *prima intentio*. Припадки повторялись только в первые дни. Через месяц трансплантат прочно спаялся, неболезнен.

Случай II. Больная X., 27 л., поступила в клинику 20 июля 1924 г. Год тому назад на голову ей упала тяжелая железная балка; больная была без сознания, затем стала страдать частыми рвотами, головокружениями, головными болями; кроме того, было 2 припадка эпилепсии, которые затем до последнего времени не повторялись; за 2 недели перед поступлением, после тяжелой работы, у больной, однако, вновь наступил внезапный припадок с потерей сознания и судорогами. В правой теменной области имеется дефект черепа со вдавлением отломков в глубину. Отмечаются гиперкинезы всей мускулатуры, повышение сухожильных рефлексов, незначительный *exophthalmus*, на высоте приступа неясно выраженная гемипарезия. В клинике у X. было несколько припадков с потерей сознания, а также наблюдались жестокие головные боли, рвоты, тяжелое состояние. 25/VII 1924 г. операция (проф. Боголюбов), начатая вызыванием языкообразного лоскута с основанием кзади, затем удалены крепко вколоченные осколки и отломы костей; черепной дефект оказался имеющим *сант.* 6 в окружности. Для костно-пластического закрытия его резецировано VIII ребро справа с сохранением надкостницы на наружной стороне. Резецированный кусок ребра расщеплен ножом по длине на 2 пластинки; последние укорочены соответственно размерам дефекта и приложены к предвари-

тельно сколотым краям дефекта. Над трансплантатом надкостница стянута швами, кожная рана зашита наглухо. Совершенно гладкое заживление. Припадки больше не повторялись. Я видел больную через 1½ года после операции, причем оказалось, что припадков у нее не было, трансплантат вжил, хорошо выполнив дефект, безболезнен.

Случай III. Больной К., 31 г., поступил в Адмиралтейскую Рабочую больницу 1/IX 25 г. Месяц тому назад он подвергся нападению и получил удар по голове, лишивший его сознания; после того у него развились головные боли, шум в ушах, упадок зрения; было 2 припадков, сопровождавшихся судорогами в правой половине тела. В левой теменной области имеется рубец около 10 сант. длиной, и определяется дефект в кости; в глубине прощупываются костные осколки, давление болезненно. 3/IX операция (автор) под общим хлороформным наркозом. Вскрыт языкообразный лоскут кожи с основанием книзу, удалены осколки кости, вдавленные в глубину, обнаружен дефект в твердой мозговой оболочке и закрыт расщепленной по плоскости, частью сохранившейся в области дефекта твердой мозговой оболочкой, стянутой катгутowymi швами. Костный дефект закрыт свободной пластикой VIII ребра левой стороны с сохраненной на наружной стороне надкостницей. Кусок ребра расщеплен вдоль, реберные пластинки укорочены соответственно размерам дефекта и прилажены к краям последнего, предварительно сколотым. Надкостница стянута над трансплантатом катгутowymi швами. Кожная рана зашита наглухо. Гладкое послеоперационное течение. Припадки эпилепсии и головные боли исчезли. На письменный запрос имею сообщение, что больной пользуется хорошим здоровьем, и припадков у него за все время после операции не было.

Во всех наших случаях костно-пластические операции были приняты по поводу травматической эпилепсии, в первом и третьем случаях в комбинации с менинголизом и пластикой на *dura mater*. Вопрос о лечении Jackson'овской эпилепсии, как известно, до сих пор не нашел своего разрешения, несмотря на возросший к нему интерес в связи с большим травматическим материалом военного времени. Во всяком случае едва ли можно сомневаться, что только оперативное вмешательство дает в небольшом проценте случаев (5—60%) этой болезни стойкое выздоровление или временное улучшение. Результаты этого лечения тем лучше, чем яснее выражены у больных анатомические изменения. Тщательное удаление рубцов вместе с пластикой мозговых оболочек для предупреждения сращений должно быть при этом главной целью хирурга.

Какой материал предпочтительнее брать для пластики после менинго- и энцефалолиза? Kirschner предложил для этого пользоваться фасцией, менее наклонной, по его мнению, к рубцовым стяжениям с окружающими тканями. Целый ряд хирургов воспользовался этим предложением. Корнев на основании 60 наблюдений, опубликованных в 1924 г., приходит к заключению, что фасциальная пластика наиболее пригодна. Neubergom было предложено применять для пластических целей жировую ткань, экспериментальные данные о применении которой мы находим у Rhen'a, Marxa, Голяницкого. Первый из этих авторов исследовал изменения данной ткани при пересадке на дефект твердой мозговой оболочки. По Marchand'у жировая ткань прекрасно приспособляется к условиям на месте пересадки; часть ее клеток, правда, гибнет, но большая часть ткани регенерируется и вживается. Спасокукоцкий и Голяницкий на основании своих опытов и клинических наблюдений рекомендуют применять жировую пластику при всех условиях, даже и неполное асептических, и многие авторы действительно применяли жир для заполнения дефектов во всех областях тела. Хорошо известно, далее, прекрасное кровоостанавливающее свойство жира, на которое впервые обратили внимание русские хирурги (Поленов, Федоров). В пос-

ледные годы Witzel предложил пользоваться фасцией, взятой вместе с жировой клетчаткой, а Lexer—костной пластинкой с надкостницей и жировой клетчаткой, взятой с tibia.

На основании отдельных случаев нельзя, конечно, делать каких-либо заключений, но все же мы думаем, что жировой ткани надо отдать решительное предпочтение во всех случаях, где, подобно нашему первому случаю, после удаления кисты образуется полость, выполняемая совершенно только жиром; последний служит одновременно прекрасным тампонирующим средством, а это в значительной мере улучшает условия живления костного трансплантата.

Возвращаясь снова к вопросу об оперативном лечении эпилепсии, заметим, что для оценки имеющихся способов этого лечения отнюдь не приходится брать отдаленные результаты в смысле стойкого выздоровления. Новейшие воззрения по вопросу о патогенезе и рецидивах Jackson'овской эпилепсии указывают на важную роль, какую играет здесь, как и при генуинной эпилепсии, спазмофилия мозга. Эпилепсию нередко осложняют, затем, истерия, lues, алкоголизм. Все эти моменты через больший или меньший промежуток времени сводят к нулю результаты даже и удачной операции. Во всяком случае более совершенным для предупреждения срывов, могущих обусловить наступление новых припадков после менинголиза, методом надо считать пересадку тканей, снабженных эндотелиальной выстилкой (стенка сосуда, лоскут расщепленной по плоскости самой durae matris, как это было сделано в нашем III случае).

В заключение считаю нужным указать, что в свете спазмофильной теории встает с настойчивостью вопрос о возможно раннем оперативном вмешательстве при травматической эпилепсии.

Dr J. Ratner (Kasan). Zur Frage über das Ersetzen der Defekte der Schädel und der Gehirnhüllen mittelst freier Plastik.

Beim Vergleich der vorhandenen Ansichten über die freien Knochenplastik und die Methoden der Deckung von Schädeldefekten gibt Verfasser der Rippenplastik vor allen anderen Verfahren den Vorzug. Diese Plastik wurde mit Erfolg in 3 vom Verfasser beschriebenen Fällen traumatischer Epilepsie vorgenommen, wobei in einem dieser Fälle nach Meningolyse die Plastik der dura mater mittelst Transplantation von Fettgewebe ausgeführt worden ist, in einem anderen Falle wurde der Defekt der dura mater durch den der Fläche nach gespaltenen Nachbartheil derselben ersetzt.

К вопросу о распространении трахомы среди вотяков.

Ординатора Глазной Клиники Казанского Ун-та Л. А. Дымшица.

Каких-либо точных цифровых данных относительно распространения трахомы среди крестьянского вотского населения, основанных на материале поголовных осмотров, до сих пор не было, хотя самый факт большой заболеваемости вотяков трахомой известен давно. Все относящиеся сюда расчеты строились на основании материала лечебных учреждений и лечебных глазных отрядов. Вот почему мы и считаем нелишним опубликовать данные, полученные нами по этому предмету путем поголовного осмотра населения одной из волостей Вотской области.

Обследованный нами район, — неукрупненная Больше-Кибинская волость Можгинского уезда, с населением около 11—12.000, степенью заболеваемости приблизительно средней, со смешанным русско-вотским населением, — представляет собой определенную административно-территориальную единицу, что важно на случай возможных повторных осмотров. Район расположен в Юго-Западной части Вотской области, верстах в 40 от жел.-дор. станции Сюгинск, в 45 вер. от пристани Икское Устье на Каме и в 60—70 вер. от г. Ижевска. Население района, повторяю, — смешанное русско-вотское, исключительно крестьянское. Сельско-хозяйственная промышленность района стоит на весьма низкой ступени развития: везде трехполье и череполосица, инвентарь самый примитивный, минеральным удобрением не пользуются, кормовых угодий мало, скота мало, агрономическая помощь отсутствует. Население в массе живет бедно, питается плохо. Пути сообщения в крайне запущенном состоянии. Школа охватывает, по данным Больше-Кибинского Волисполкома, не более 30% детей школьного возраста; школьные помещения для своих целей совершенно непригодны, учебно-вспомогательных пособий нет. плата учителям низка, а жилищные условия их иногда прямо невыносимы. Избыточные и народные дома в селениях, за исключением волостного центра, отсутствуют. Партийная и воспитательная работа среди молодежи почти не ведется вследствие бедности культурными силами. Юридическая помощь населению, в которой ощущается чрезвычайная нужда, также совершенно отсутствует. Не лучше обстоит дело и с оказанием медицинской помощи: во всей укрупненной волости с населением около 23.000 человек имеется один фельдшерский пункт, медикаментов на который отпускается ничтожное количество, а перевязочный материал совершенно не отпускается. Фельдшер в амбулатории ведет и запись, и осмотр больных, тут же готовит и отпускает лекарства; на его обязанности лежат, далее, и уборка амбулатории, и отчетность, и санитарно-просветительная работа, и выезды по вызовам больных, а также по делам, связанным с судебно-медицинской экспертизой. Немудрено, что в районе до сих пор эндемически гнездятся тифы сыпной и возвратный, сильно распространены

также малярия, лues, туберкулез, дизентерия. Чесотка неимоверно распространена, в особенности среди вотского населения. Оспа не прививалась с 1913—14 года, в результате чего в районе наблюдается сильная эпидемия натуральной оспы: просматривая книги записей актов гражданского состояния Волисполкома, мы нашли, что за год с 1 июля 1924 г. по 1 июля 1925 г. умерло от оспы в осмотренных нами деревнях 137 человек. Знахарство пользуется громадным успехом и распространением. В культурно-бытовом отношении необходимо отметить крайнюю отсталость крестьянства, в особенности вотского. Кумышковарение (кумышка—местное название самогона) представляет среди этого населения почти поголовное явление, т. к. кумышка играет у вотяков первенствующую роль при осуществлении разных процедур религиозного культа, на так называемых „молениях“. Пьют кумышку поголовно все: мужчины, женщины, девицы, нередко даже дети. Что касается жилищных условий, то избы в обследованном нами районе, благодаря обилию леса и сравнительной дешевизне лесных материалов, представляются в достаточной мере удовлетворительными. Курных изб мы не встречали ни разу. Отношение площади окон к площади пола 1:11—1:13. Летом в вотской избе сравнительно чисто, т. к. семья помещается в сенях или в холодной половине избы; готовят обед обычно где-нибудь под навесом, в сарае и т. д.; там же и обедают. Зимой же в избе наблюдается значительная скученность, так как, кроме людей, в ней помещается обычно и молодая скотина. Постели и полотенца во всех без исключения случаях общие как у русских, так и у вотяков. Пользование баней представляет у вотяков невыгодные особенности: в баню вотяк направляется обычно без чистой смены белья и без мыла, забирая с собой лишь веник и котелок с квасом. Все удовольствие заключается в том, что в жарко натопленной бане можно напариться веником, а затем окатиться холодной водой. Если же и моются, то обычно все из одного корыта.

На самой технике осмотра, за недостатком места, останавливаться не будем; заметим только, что регистрация осмотренного населения велась нами по карточной системе, причем мы пользовались дворовыми и личными карточками, предложенными проф. В. В. Чирковским в 1923 г.

Что касается отношения населения к осмотру, то мы должны заметить, что не встречали с его стороны того сопротивления, организованного или индивидуального, о котором упоминают многие авторы (Аляничиков, Агабабов, Казанское Губ. Земство и др.).

Вся наша работа по осмотру населения продолжалась около 2 месяцев.

Переходим теперь к результатам обследования. Всего нами было осмотрено крестьянских дворов:

вотских 1117,	в т. ч. трахомат. 997 (89,3%),	безлошад. 150 (13,4%),	без бани 337 (30,2%);
русских 761,	» » » 356 (46,8%),	» 155 (20,4%),	» » 134 (17,6%);
итого 1878,	» » » 1353 (72,0%),	» 305 (16,2%),	» » 471 (25,1%).

Как видно из приведенных цифр, процент пораженных трахомой вотских дворов (89,3%) громаден; процент поражения русских дворов (46,8%) почти вдвое меньше; средний процент (72,0%) по району также очень высок.

Прямого параллелизма между количеством пораженных трахомой дворов и степенью материальной необеспеченности среди вотского насе-

ления по сравнению с русским мы не наблюдали; наоборот, несмотря на то, что среди русских 0/о безлошадных дворов (20,40/о) больше, количество пораженных дворов здесь меньше. Процент не имеющих бани дворов среди вотяков почти вдвое больше, чем среди русских. Однако мы не рискуем большее подворное распространение трахомы среди вотяков ставить в исключительную зависимость от этого обстоятельства, т. к. нам неоднократно приходилось наблюдать почти сплошь пораженные трахомой деревни, в которых недостаток бань был минимальный, и наоборот. Кроме того, двор, не имеющий бани, пользуется обычно баней родственника или соседа. Нам кажется, что самый способ пользования баней,—мытье всех членов семьи из одного и того же корыта, одной и той же водой, без мыла,—играет здесь важную роль.

Осмотренные нами дворы расположены в 34 деревнях, из которых чисто-вотских 2, смешанных русско-вотских (с преобладанием вотского населения) 14 и чисто-русских 18. Из осмотренных 761 русских дворов 141 были расположены в смешанных русско-вотских деревнях, причем из последних было поражено трахомой 76 дворов, или 540/о. Среди остальных 620 дворов, расположенных в чисто-русских деревнях, оказалось пораженными 279 дворов, или 450/о.

Осмотрено нами лиц: вотяков 5687, русских 3711, всего 9398 чел. Отсутствовало в осмотренных нами дворах: вотяков 340, русских 465, всего 805, что в процентах к количеству числящихся по спискам в осмотренных деревнях жителей составит около 80/о. Процент этот, по сравнению с данными других авторов, невелик (у некоторых авторов он доходил до 300/о и даже выше).

По полу осмотренное население распределяется следующим образом: среди осмотренных 5687 вотяков было мужчин 2649 (46,60/о), женщин 3038 (53,40/о), среди осмотренных 3711 русских было мужчин 1667 (44,90/о), женщин 2044 (55,10/о). Таким образом среди осмотренного населения, как вотского, так и русского, женщины преобладают: в среднем на 100 мужчин приходится 117 женщин.

Что касается возрастного состава осмотренного населения, то, если разбить его на 5 основных возрастных групп, выразить количество лиц каждой из этих групп в процентах ко всем осмотренным и сопоставить полученные таким образом данные с данными довоенного возрастного состава сельского населения России, вычисленными Эрисманом, то получится следующее:

		Возраст. состав насел. по данным нашего осмотра		Довоен. возр. состав насел. России по дан. Эрисмана		Прирост (+) или убыль (—) насел. в 0/о0/о
		В абсол. числах	В 0/о0/о	В абсол. числах	В 0/о0/о	
I	0—15 л. (детский возр.)	3713	39,5	—	37,97	+1,53
II	16—30 л. (молодой возр.)	2588	27,5	—	27,11	+0,39
III	30—45 л. (средний возр.)	1526	16,2	—	17,94	—1,74
IV	45—60 л. (пожилой возр.)	1097	11,7	—	11,05	+0,65
V	Свыше 60 л. (старч. возр.)	474	5,1	—	6,13	—1,12

Из рассмотрения этой таблицы вытекает, что, повидимому, в результате империалистической и гражданской войн и последовавших затем голода и эпидемий произошла резко выраженная относительная убыль населения в III (30—45 л.) и V (свыше 60 л.) возрастных группах, причем III группа, мужская часть которой была 10—11 лет тому назад брошена в огонь империалистической войны, а затем участвовала в гражданской войне, потеряла около 10% своего довоенного состава, V же группа, на которую свалилось все бремя хозяйства и которая в физическом отношении является менее устойчивой, потеряла около 18% своего состава. Последней возрастной группой (свыше 60 лет) мы интересовались, между прочим, и по следующему поводу: за последние годы отмечается поразительно малый контингент больных, обращающихся в глазные лечебные учреждения г. Казани по поводу старческой катаракты; в объяснение этого явления проф. В. В. Чирковским было высказано предположение, что причина его кроется или в расстройстве транспорта, или в вымирании соответствующей возрастной группы; наш цифровой материал подтверждает это последнее обстоятельство.

Распространение трахомы среди осмотренных нами лиц представлено в следующей таблице:

НАЦИОНАЛЬНОСТЬ	Осмотрено всего лиц	Из них пора- жено трахомой	В %/о
Вотяки.	5687	2940	51,7
Русские	3711	622	16,8
Итого	9398	3562	38,0

Таким образом трахома в обследованном нами районе в высокой степени распространена, причем встречается среди вотяков в 3 раза чаще, чем среди русских. Причина большего распространения ее среди вотяков лежит, повидимому, в большей культурной отсталости вотского населения и в его семейно-бытовых условиях, где тысячи житейских мелочей, переплетаясь и суммируясь, способствуют распространению трахоматозной заразы. В частности мы хотели бы обратить внимание на следующие моменты: сплошь и рядом в вотской избе пользуются в качестве полотенца грязной тряпкой, в течение месяцев не подвергающейся стирке; мыло представляет редкое явление; выварка белья производится в том же котле, в котором готовится и пища; за врачебной помощью обращаются только в случаях тяжелых осложнений—накануне полной слепоты, да и при желании лечиться специальная окулистическая помощь является весьма мало доступной, т. к. ближайшее глазное отделение Областной больницы в г. Ижевске, располагающее всего навсего 15 стационарными койками, находится верстах в 60—70 от обследованного района. Насколько культурно-бытовые условия имеют решающее значение в распространении трахомы даже в пределах одной и той же национальности, видно из следующего: нами, совместно с д-ром А. Н. Кругловым, было обследовано 250 русских рабочих Сюгинского стекольного завода, живущих в культурно-бытовом отношении в неизмеримо-лучших условиях,

чем русские же крестьяне соседних деревень; и в то время, как среди последних трахома встретилась в 16,8%, среди рабочих она была обнаружена всего лишь в 1,5%!

По полу заболеваемость трахомой распределяется так: среди осматриваемых 2649 вотяков-мужчин трахоматозных оказалось 1239, или 46,8%; женщин было осмотрено 3038, среди них с трахомой 1701, или 56,0%. Русских было осмотрено—мужчин 1667, среди них трахоматозных 254, или 15,2%; женщин—2044, из них с трахомой 268, или 13,1%. Таким образом решительный перевес заболеваемости трахомой замечается на стороне женщин, что объясняется тем тяжелым положением, в котором находится крестьянская женщина, в особенности вотякая. Проводя больше времени в избе—этом очаге трахоматозной заразы,—имея все время дело с инфицированными тряпками, бельем, постелью, она и заражается чаще мужчины.

По возрастным группам заболеваемость трахомой распределялась следующим образом:

0—5 л.	5—10 л.	10—15 л.	15—30 л.	30—45 л.	45—60 л.	свыше 60 л.
33,0%	40,7%	35,1%	31,5%	39,6%	49,2%	55,7%.

Что касается стадий болезни, то из общего числа зарегистрированных случаев трахомы (3562) на Tr. I пришлось 1262 (35,4%), на Tr. II—640 (18%), на Tr. III—1577 (44,3%), на Tr. dubium—83 (2,3%). Казанское Губ. Земство в своей работе „Распространенность трахомы в Казанской губ.“, относящейся к 1914 г. и основанной на очень большом материале (162.668 поголовно осматриваемых), дает для Tr. I 28%, Tr. II—20% и Tr. III—52%, Цифры эти довольно близки к нашим.

Из осложнений трахомы раппус встретился среди вотяков 216 раз, сопровождая у них трахому в 7,3% всех ее случаев: у русских он был найден 25 раз, или в 4,0%, всего же встретился 241 раз, или в 6,7% всех случаев трахомы. Из этого количества на долю мужчин падает 26%, а на долю женщин 74%. Tr. I сопровождалась раппусом 1 раз (0,4% всех случаев раппуса), Tr. II—14 раз (5,8%) и Tr. III—226 раз (93,8%). Таким образом около 94% всех случаев раппуса падает на рубцовую трахому; в подавляющем большинстве случаев раппус сочетался с заворотом век, трихиазом и утолщением хряща.

Leucoma встретилась у вотяков 117 раз, сопровождая у них трахому в 4,0% всех ее случаев, у русских—17 раз, или в 2,7%, всего же—134 раза, или в среднем в 3,8% всех случаев трахомы; на долю мужчин падает 30%, женщин—70%. Из 134 случаев leucomy 119 пришлось на рубцовую трахому.

Entropion был найден у вотяков 192 раза (в 6,5% всех случаев трахомы), у русских—17 раз (2,7%), всего 209 раз, сопровождая в среднем трахому в 5,9% всех ее случаев; на долю мужчин падает 17,2%, на долю женщин—82,8%.

Trichiasis встретился у вотяков 128 раз, у русских 17 раз, сопровождая трахому у первых в 4,4% всех ее случаев, у вторых—в 2,7%; всего он наблюдался 145 раз, или в 4,1% всех случаев трахомы; на мужчин падало 13% всех случаев, на женщин—87%.

Symblepharon зарегистрирован у вотяков 29 раз, у русских 3 раза, всего же 32 раза,—у мужчин в 6 случаях, у женщин—в 26.

Xerosis у вотяков наблюдался нами 12 раз, у русских—2, всего 14 раз (у мужчин 4 раза, у женщин—10).

Извы роговицы встретились всего 5 раз, исключительно у вотяков (у мужчин 1 раз, у женщин—4 раза).

Как видно из приведенных цифр, все виды осложнений трахомы встречаются у вотяков гораздо чаще, чем у русских, а вообще у женщин гораздо чаще, чем у мужчин.

Особого рассмотрения требует самое страшное из осложнений трахомы—слепота. При регистрации слепоты мы руководствовались критерием Schmidt-Rimpler'a—счетом пальцев на расстоянии 35—40 сант. В нашу регистрацию не вошло поэтому большое количество лиц, обладающих 0,01—0,02 зрения, т. е. по существу дела почти слепых или стоящих накануне полной слепоты. Всего слепых на оба глаза среди вотяков оказалось 60 чел.; из них ослепло от трахомы 43, что составит 71,7% всех случаев слепоты и 0,8% по отношению ко всему количеству осматриваемых вотяков (5687); показатель слепоты (количество слепцов на 10.000 населения) для вотяков обследованного района будет 105; из 2940 больных трахомой вотяков ослепло от нее на оба глаза 43, или 1,5%, вотяков же слепых на один глаз было 131; из них ослепло от трахомы 68, или 51,9%. Из 5880 пораженных трахомой глаз ослепло от нее 154 глаза, или 2,6%. Среди русского населения распространение слепоты оказалось несравненно меньшим: слепых на оба глаза здесь оказалось всего 11, из них ослепло от трахомы 3, т. е. 0,08%, всех осматриваемых русских (3711), или в 10 раз меньше, чем у вотяков; показатель слепоты для русских будет 30. На 622 русских трахоматозных больных падает 3 ослепших от нее на оба глаза, или 0,5% всех больных, т. е. в 3 раза меньше, чем у вотяков; получается т. о. впечатление о менее злокачественном течении трахомы у русских. Слепых на один глаз было среди русских 47; из них ослепло от трахомы 12, или около 25%. Наконец, из 1244 пораженных трахомой глаз ослепло от нее 18, или 1,4%.

В среднем по району ослепло на оба глаза от трахомы 0,5% всех осматриваемых лиц и около 1,3% всех пораженных трахомой. Средний показатель слепоты по району будет 75. Среди 46 человек, ослепших на оба глаза от трахомы, было мужчин 7, или 15%, а женщин 39, или 85%. Что касается распределения ослепших от трахомы лиц по возрастным группам, то ограничимся замечанием, что до 30—45-летнего возраста слепых зарегистрировано нами не было, а начиная с этой возрастной группы количество их прогрессивно увеличивалось с возрастом.

Чтобы закончить наше краткое сообщение, коснемся в нескольких словах вопроса о борьбе с трахомой. Причиной столь сильного распространения последней среди вотяков является, повидимому, их низкий культурный уровень и некоторые своеобразные условия семейно-бытового уклада жизни. Поэтому радикальная борьба с распространением трахомы лежит вне нашей, врачебной, компетенции. В этом отношении колоссальная роль должна принадлежать сельской школе и учительству, представляющему собой почти единственную постоянно действующую в деревне культурную силу. Что же касается предупреждения слепоты от трахомы, то оно зависит почти исключительно от постановки дела окулистической помощи населению. А эта помощь в Вотской области даже и в ничтож-

ной мере не удовлетворяет его нужд. В самом деле, Вотская область по переписи 1920 г. насчитывает 633.074 человек сельского населения, в том числе вотяков 371.709 (Обзор деятельности Областного Исполкома за 1923—24 г.); не перенося результатов нашего обследования, как основанных на недостаточно большом материале, на всю Вотскую область, можно тем не менее утверждать, что количество трахоматозных больных в ней должно исчисляться сотнями тысяч; между тем вся область обладает всего лишь 35 стационарными глазными койками (в г. Ижевске—15 коек и в Глазове—20). Пока эта вопиющая нужда в специальной глазной помощи на месте не будет удовлетворена, лечебные глазные отряды будут для Вотской области одной из наиболее верных паллиативных мер.

D-r L. A. Dymshitz (Kasan). Zur Frage über die Verbreitung des Trachoms unter den Wotjaken.

Verfasser berichtet in seiner Arbeit über die Ergebnisse der Untersuchung der gesamten Bevölkerung eines Gemeindebezirkes im Gebiete Wotzk. Im Ganzen wurden 5687 Wotjaken (2649 Männer, 3038 Frauen) und 3711 Russen (1667 Männer, 2044 Frauen) untersucht. Es erwiesen sich als an Trachom leidend unter den Wotjaken 2940 (51,7%), unter den Russen 622 (16,8%). Wie bei den Wotjaken, so auch bei den Russen erwies sich das Procent der trachomkranken Frauen viel höher als dasselbe der Männer. Unter den untersuchten Wotjaken waren 60 gänzlich Erblindete gefunden, darunter waren infolge des Trachoms 43 erblindet; unter den Russen erwiesen sich nur 11 als gänzlich erblindet, darunter war das Trachom die Ursache der Blindheit in 3 Fällen.

К патологии внутриутробного плода и его оболочек.

Завед. больницей П. П. Горского.

Собирание и научная систематизация казуистического клинического материала представляют собою, несомненно, одну из существенных задач клиник, лабораторий и т. п. центральных учреждений; но так же несомненным является и то обстоятельство, что мы, практические врачи, публикуя свои наблюдения из личной повседневной работы, по своему существу более или менее уклоняющиеся от категорий строго изученного, тем самым в немалой степени содействуем центральным медицинским учреждениям в достижении ими основных задач их деятельности. Правда, наши материалы будут далеко не в такой степени обработанными и изученными, как это было-бы желательно, но все же, как сырой материал, и они могут представлять собою немалую научную ценность.

Здесь мне хотелось - бы коснуться одного случая, относящегося к весьма интересной и до сего времени далеко еще не изученной области медицины, именно, патологии внутриутробного плода и его оболочек. Случай этот, наблюдавшийся мною совместно с д-ром М. И. Ваулиным, повидимому, является редкостью, так как в доступной мне литературе мне не удалось найти никаких данных для понимания и оценки моего наблюдения.

В сентябре 1922 г. в Васильевскую народную больницу, Ржевского у., Тверской губ., была доставлена беременная женщина—крестьянка Н., 25 лет от роду, II-gravida, которая через несколько часов после поступления разрешилась самопроизвольно младенцем мужского пола, вполне доношенным и здоровым. Течение беременности, положение плода, течение и продолжительность родов, а также послеродовой период—не представляли собою решительно никаких отклонений от нормы. Единственным исключением было то, что после искусственного разрыва плодного пузыря, не разорвавшегося самопроизвольно после полного открытия зева, из амниотальной полости вместе с передними водами выделилось около полу-сотни совершенно обособленных друг от друга телец; около 25 таких же телец было найдено на внутренней поверхности плодных оболочек после рождения послорода. Следует отметить при этом, что плодные воды не содержали примеси мекония.

Макроскопические тельца представляли весьма большое сходство с обыкновенными игральными папками. По своей конфигурации они строго походили друг на друга, отличаясь только размерами. Диаметр их колебался от 7 до 8,5 мм., толщина—от 1,5 до 2 мм.; окружность телец представлялась как-бы высеченной пробойником, так что каждое тельце имело вид правильного цилиндрика, высота которого соответствовала толщине. Сверху и снизу, таким образом, тельце ограничивалось параллельными друг другу плоскостями. Цвет телец—белый с легким желтоватым оттенком, консистенция довольно упругая; в центре каждого тельца, через всю его толщу, проходил сероватый столбик, диаметр которого в различных экземплярах колебался в пределах от 1,5 до 2,5 мм., причем граница этого столбика с периферией тельца представлялась довольно неопределенною, как-бы размытою. При расщипывании телец, слоистости в их строении нигде обнаружить было нельзя. При высыхании периферия телец уплощалась значительно более,

нежели центральный столбик, который, в этом случае, образовал легкие пуговкообразные возвышения над верхней и нижней поверхностями тельца. При вымачивании в физиологическом растворе поваренной соли, периферия высушенных телец вновь набухала, хотя и медленно. До своих первоначальных размеров. В 1% HCl и 1% NaOH тельца, в особенности по своей периферии, довольно значительно набухали, причем толщина их увеличивалась почти в два раза, за исключением области центрального столбика, где это набухание проявлялось значительно слабее, вследствие чего столбик оказывался как-бы пупковидно запавшим. При попытках к излому и разрыву, тельца представлялись довольно пластическими и упругими; поверхность разреза их была ровна, слегка блестяща, поверхность разрыва представлялась тускловатой и, при рассматривании через лупу, слегка ворсистой. Удельный вес телец, определенный по методу *Hammer-schlag's*, оказался равным 1073. Тельца были почти нерастворимы в спирте, эфире, хлороформе и бензоле. При нагревании до 60° С. консистенция их не изменялась. Они давали ясно-положительную реакцию *Adamkiewicz's*.

Под микроскопом тонкие срезы, проведенные в различных направлениях по периферии телец, давали одну и ту же картину: богатая сеть тонких, ветвящихся волоконцев, в петлях которой оказывалось включенным весьма большое количество различной величины зернышек детрита, весьма устойчивых по отношению к обычным реактивам. Срезы из центральных столбиков представляли, в общем, ту же картину сети из тонких ветвящихся волоконцев, но значительно слабее развитой, нежели в периферии телец; в петлях сети здесь оказалось включенным, помимо зернышек детрита, весьма большое количество аморфных солей, которые, при химическом исследовании, оказались землями; здесь же встречалось довольно много кристаллов фосфорнокислой аммиак-магнезии, а также попадались, но в значительно меньшем количестве, кристаллы жирных кислот и известковых мыл, наконец, изредка здесь были находимы клетки цилиндрического и бокаловидного эпителия, расположенные частью изолированно, частью скоплениями по 3—7 клеток. На границе между центральным столбиком и периферией тельца замечалось постепенное замещение кристаллических отложений детритом. Пушковых волос в срезах нигде обнаружить было нельзя.

С чем, — спрашивается теперь, — мы имели дело? Можно с полной уверенностью заключить, что перед нами были тельца, состоявшие из фибрина, фосфорнокислых солей, кишечного эпителия, жирных кислот и их дериватов. Что касается происхождения телец, то присутствие в них детрита, фосфорнокислых солей, жирных кислот и их дериватов не представляло собою материала для разрешения этого последнего вопроса, так как названные вещества являются составными частями нормальных околоплодных вод; наоборот, наличие фибрина, кишечного эпителия, а также своеобразная форма телец — давали нам в данном отношении некоторые указания.

Начнем с фибрина. Нормальные околоплодные воды не содержат ни фибриногена, ни фибрина; не содержат их и полости плода; следовательно, присутствие фибрина в составе околоплодных вод есть явление патологическое. Фибрин мог явиться, в данном случае, или в результате кровотечения, как составная часть крови, или же — в результате фибринозно-воспалительного процесса, имевшего место где-либо на внутренней поверхности последа, на поверхности внутритрубочного плода или в его полостях. Решить вопрос о происхождении фибрина, в данном случае, на основании одного факта его наличия, конечно, не представляется возможным, тем более, что, при тщательном осмотре поверхностей последа и плода, никаких уклонений от нормы отмечено не было. В данном отношении, по моему мнению, представляют весьма большую ценность форма телец и взаимное расположение в них центрального столбика и периферии.

Могли-ли тельца вышеописанной формы образоваться в полости плодных оболочек?—На этот вопрос можно с полной уверенностью ответить отрицательно, так как, даже при наличии сгустков фибрина в данной полости, сгустки эти под влиянием механических условий (движений внутриутробного плода), не могли принять шашкообразной формы,—при этих условиях они должны были принять более или менее правильную округлую форму, как это и наблюдается в случаях дермоидов с шариками, описанных различными авторами. Более естественным является предположение, что описанные тельца приняли свою шашкообразную форму не в полости плодных оболочек, а в какой-либо полости внутриутробного плода. В какой же? Присутствие в толще телец клеток цилиндрического и бокаловидного эпителия указывает, что таким местом был кишечник внутриутробного плода. За это же говорят строение телец (наличие центрального столбика и периферии) и шашкообразная форма их. В самом деле, представим себе, что где-либо, на ограниченном участке внутренней поверхности кишечника плода, существовала в данном случае воспалительно-фибринозная экссудация, более или менее обильная и охватывавшая всю окружность этого участка кишечника. При этом, вполне естественно, фосфорнокислые соли, жирные кислоты и их производные, имеющиеся и в норме в кишечнике внутриутробного плода, при образовании свертка фибрина захватывались в центр последнего и, в конце концов, обусловили собою особенность строения центрального столбика телец. Далее, вполне естественно, что свертки фибрина, после своего образования, принимали округлую форму по своей периферии, соответственно форме горизонтального сечения кишечника и его упругим силам. Если же, как это и наблюдалось в описанном нами случае, экссудативно-фибринозный процесс не ограничился выделением и образованием одного тельца (свертка фибрина), а повлек за собою образование целого ряда таковых, то вполне естественно, что свертки эти, давя друг на друга, образовали, в местах своего соприкосновения, плоскости, ограничивавшие каждое тельце сверху и снизу. Таким образом форму, диаметр и толщину каждого тельца можно рассматривать, как результат взаимного влияния друг на друга упругой силы кишечника плода, давления, испытываемого каждым тельцем сверху и снизу, и физических свойств той массы, которую представляли собою исходные свертки фибрина, послужившие материалом для образования телец, причем окончательное формирование и уплотнение телец должно было произойти путем отжимания свертками фибрина воды.

Остается выяснить, каким образом интересующие нас тельца могли оказаться в околоплодных водах, при условии, что одновременно с ними туда же не попал и меконий? Очевидно, образование телец произошло в самых нижних отделах кишечника, и они, как лежащие всего ближе к *anus* у плода, первыми и выпали из кишечника во время родовой деятельности.

Этиологически и морфологически, по моему мнению, описанные тельца представляют наибольшее сходство с теми более или менее длинными, лентообразными пленками, которые выделяются при особой форме хронического катарра толстых кишек, известной под названием *colitis mucosa-membranacea*. Разницу же между лентообразными пленками и шаш-

кообразными тельцами нетрудно объяснить наличием у страдающих колитом систематического выведения из кишечника каловых масс и отсутствием такового у внутриутробного плода, благодаря чему получают совершенно иные условия для формирования свертков фибрина в том и другом случае.

D-r P. P. Gorsky (Rschew). Zur Pathologie der intrauterinen Frucht und ihrer Hüllen.

Der Autor hat in einem Falle der Normalgeburt samt dem Fruchtwasser das Ausgehen vom Originalbildungen cylindrischer Form beobachtet, deren Durchmesser von 7 bis 8,5 mm. und die Höhe von 1,5 bis 2 mm. schwankte. Die allgemeine Zahl dieser Bildungen gelang bis 75. In jedem Cylinder konnte man das Zentralmark und das Peripheriebelege unterscheiden. Bei mikroskopischer Untersuchung dieser Bildungen erzeugte es sich, dass sie hauptsächlich aus fibrinösen Fäserchen bestehen, welche in ihren Maschen in dem Zentralmark Zellen des Cylinderepithels (und auch pokalänliche), amorphe phosphorsäure Salze, Krystalle der phosphorsäuren Ammiakmagnesia, Krystalle der Fettsäuren, Detrituskörnchen enthielten, in den Peripherieteilten aber—nur die letzten. Sicher haben sich diese Körperchen in dem Darm der Frucht gebildet und von hier gelangen sie in das Fruchtwasser.

Случай лейшманиоза у ребенка (в связи с вопросом о лечении этой болезни *).

Д-ра А. Ф. Тура.

3-го сентября 1923 г. в Детскую клинику В.-Мед. Академии был переведен из городской больницы мальчик Петя Е., 4 лет 10 мес. от роду. Ребенок родился в г. Осташкове, Тверской губ., но вскоре переселился с родителями в Туркестан, где и прожил до осени 1922 г. По данным анамнеза, мальчик родился в срок, здоровеньким, с хорошим весом, вполне правильно развивался в течение первого года жизни, более или менее рационально вскармливался, ничем никогда не болел, и никогда не было у него никаких выявленных аномалийных конституций. По своему характеру он был веселым, общительным ребенком, проводил целые дни в играх, любил ласкать и играть с домашними животными—кошками и особенно собаками, которых всегда было много на дворе дома, где он жил в Туркестане. Со стороны наследственности никаких существенныхотягощающих моментов не отмечается. При поступлении ребенка в клинику мать жаловалась, что мальчик сильно исхудал, побледнел, ослабел, потерял аппетит, стал скучным, сонливым и капризным; живот у него становится все больше. Первых признаков заболевания родители не могут отметить, но еще в феврале обратили внимание, что весь он сильно похудел, и лишь увеличился живот, появилась и все прогрессировала бледность наружных покровов, и возникло угнетенное и капризное состояние духа. Все явления особенно усилились за последние 2½—3 месяца. Вначале температура в дневные часы повышалась до 39°, а утром и вечером бывала нормальной; ознобов и потов не было. Врачи все время лечили больного от малярии, но хинин не оказывал никакого влияния на т°, а общее состояние продолжало все ухудшаться.

Status praesens. Худенький, бледный, болезненного вида и слабого телосложения мальчик при поступлении в клинику весил 14 кило, имел рост в 95,7 сант., окружность груди—55 сант., живота—59 сант. и Pelidisi—98. Резкая бледность кожи, тонкие, дряблые конечности и большой, отвисающий кпереди и книзу, живот—сразу бросались в глаза при беглом взгляде на ребенка. На бледной тонкой коже с несколько желтоватым оттенком отчетливо выступала в эпигастральной области хорошо выраженная сеть поверхностных вен. Подкожная жировая клетчатка развита крайне слабо, turgor тканей плох, мышцы—атрофичны, видимые слизистые бледны. Мелкие, довольно плотные, подвижные и безболезненные лимфатические железы прощупываются на шее, в локтевых сгибах, подмышечных впадинах и пахах. Со стороны костной системы—следы перенесенного рахита.

Со стороны грудной клетки обнаруживается лишь небольшое укорочение перкуторного звука справа под ключицей, малочисленные сухие хрипы в нижних долях обоих легких, положительный симптом Kogan's (с IV грудн. ост. отр.) и слабо выраженный симптом d'Espin'e'a. Имеется незначительное расширение границ абсолютной и относительной тупости сердца, как вправо, так и влево; на верхушке и на a. pulmonalis отчетливо выслушивается систолический шумок, почти не меняющийся в зависимости от положения больного.

Пальпация живота безболезненна. Селезенка резко увеличена, дает притупление с VIII ребра по l. axil. med. s., выступает сильно из-под реберной дуги, так что нижний полюс ее про-

*) Краткое извлечение из двух сообщений в Общ. Детских врачей в Ленинграде, 18/X 1923 г. и 17/I 1924 г.

щупывается чуть ниже линии пупка и, заворачиваясь кпереди, не доходит до средней линии всего лишь на $1\frac{1}{2}$ —2 пальца. Кроме громадной величины, поражает исключительная плотность селезенки, поверхность коей более или менее ровная, и на переднем краю которой отчетливо прощупывается глубокая incisura. Печень выступает из-под ребер пальца на $1\frac{1}{2}$, отличается плотностью, но не столь резко выраженной, как в селезенке, и также совершенно безболезненна.

Со стороны мочеполовых органов и нервной системы особых отклонений от нормы отметить не удастся. Со стороны психики—вялость, капризное настроение и сонливость.

Дополнительные исследования, сделанные в клинике, дали следующие результаты: реакции Pirquet и Wassermann'a—отриц.; кровяное давление 94—82, кровь—Hb 50%, эритроцитов—4.470.000, цветов. показ.—0,5, лейкоцитов—6.640, нейтрофилов—17%, малых лимфоцитов—92%, больших—2%, моноцитов—8% и 1%, эозинофилов; умеренный пойкилоцитоз; минимальная и особенно максимальная осмотическая стойкость эритроцитов, определяемая по Liembek'y, оказалась резко повышенной (min. 0,4—max. 0,2), что должно свидетельствовать о понижении функции органов кроветворения; реакция Вгашагаги—резко положительная; адреналиновая селезеночная проба, имеющая в виду выяснить функциональную способность селезенки, обнаружила полную ее несостоятельность; в моче белка и сахара нет, следы уробилина, умеренная индиканурия, диазореакция отриц.

Итак перед нами был ребенок, главными симптомами страдания которого были—резкая анемия, сильное истощение, большой живот, в полости которого нельзя было констатировать наличия жидкости, но прощупывалась громадная, плотная селезенка и значительно увеличенная, плотная печень.

Почти полное отсутствие повышений t^0 при многодневном двухчасовом измерении, наличие относительного и абсолютного уменьшения количества нейтрофилов, малое количество эозинофилов и особенно отсутствие в крови плазмодиев делали диагноз малярии в данном случае маловероятным.

Против anaemia pseudo-leucaemica infantum Jaksch-Hayem'a здесь говорили возраст больного, наличие лейкопении и почти полное отсутствие явлений регенерации со стороны крови.

Без особого затруднения можно было отвергнуть предположения о болезни Banti и спленоmegалии Gaucher.

Явилась мысль о возможности так наз. лейшманиоза детского возраста, детской kala-azar; продолжительное пребывание в Туркестане, habitus больного, тяжелая анемия, большой живот, увеличенная печень и громадная плотная селезенка легко объяснялись при этом диагнозе. Изменения со стороны крови еще более подтверждали это предположение. Так как повторные исследования мазков периферической крови не обнаруживали никаких паразитов, то больному была сделана с обычными предосторожностями и обычной техникой пункция селезенки, и при исследовании мазков из полученного пункта действия действительно удалось найти типичных лейшманий, расположенных гл. обр. экстрацеллюлярно и лишь в единичном количестве включенных в плазму больших моноцитов.

Т. о. было доказано, что перед нами случай настоящего детского лейшманиоза.

На нашем случае мы убеждаемся, что инкубационный период лейшманиоза весьма продолжителен: в августе 1922 г. родители с внешне вполне здоровым ребенком вернулись с юга в Петроград, а лишь в феврале 1923 г., т. е. спустя 6 мес., заметили впервые страдание своего

мальчика. Правда, приходится думать, что в это время ребенок уже находился во 2-ом периоде болезни, периоде анемии, а первые признаки, появившиеся, скорее всего, за несколько месяцев до этого, остались незамеченными окружающими; но и при этом условии инкубационный период должен был равняться нескольким месяцам, т. к. заражение, конечно, произошло еще в Туркестане.

Мы получили под свое наблюдение ребенка уже сильно истощенного и анемизированного, с отчетливо выраженными симптомами поражения селезенки и печени. Можно смело считать, что он находился на границе между вторым, анемическим периодом страдания и конечным периодом — кахексией, что и подтверждается данными первого периода клинического наблюдения (до 10/X, когда начато было лечение).

За это время состояние ребенка постепенно ухудшалось, и болезнь принимала все более неблагоприятное течение. Больной заметно ослабел, стал еще более вялым, у него появились некоторые одутловатость лица и легкая отечность конечностей и груди, атрофичность мускулатуры и пониженный *turgor* тканей стали выступать еще отчетливее. Количество гемоглобина с 50% по Sahli уменьшилось до 45%, число эритроцитов понизилось до 3.980.000, число лейкоцитов пало до 4.125. У ребенка чаще и сильнее начала повышаться температура, появились довольно упорные и обильные носовые кровотечения, и резко ухудшился аппетит. Повторная пункция селезенки обнаружила снова лейшманий; сделанный посев пунктата на Novy-NaCl-Nicollе-агаре дал рост чистой культуры Gram-положительных диплококков, но культурных форм лейшманий получить не удалось. Мы берем на себя смелость утверждать, что выросший диплококк не был случайным загрязнением питательной среды, а засеян с пунктатом, в котором он и находился. Возникает невольно предположение, что в конечном периоде лейшманиоза, когда защитные силы организма ослабевают, наступает вторичное инфицирование, развивается та или иная бактериэмия. Возможно, что выросший диплококк есть обычный пневмококк, который раньше находился в организме или в виде случайного сапрофита, или обуславливал локализованное легочное страдание; когда же защитные силы организма ослабели, то наступило обильное поступление пневмококков в кровь, приведшее к пневмосепсису. Весьма возможно, — мы не станем впрочем утверждать это категорически, — что скачки температуры, наблюдаемые вообще в последний период лейшманиоза и отмечавшиеся и у нашего больного, зависят от вторичной пневмококковой инфекции. Если это — так, то для нас станет понятно, почему не выросли на питательной среде лейшманий, ибо они не выносят симбиоза с другими микроорганизмами; этим, может быть, объясняется и другой факт, отмеченный некоторыми авторами, — исчезание лейшманий из селезеночного пунктата незадолго до смерти больного.

Приходилось думать, что наш больной вступил в последнюю фазу своего страдания. Лейшманиоз вообще, а тем более в случаях далеко зашедших, — дает весьма серьезное предсказание. Считая и в нашем случае предсказание безусловно плохим, мы все-таки решили приступить к лечению ребенка.

Что касается лечения детского лейшманиоза, то до самого последнего времени медицина не знала ни одного верного средства. Назначение

хинина, арсенофенилглицина, сулемы, эметина, вода и др. средств, а также применение рентгенотерапии и спленэктомия — не давали никакого клинического эффекта. Некоторые авторы видели временное улучшение от атоксила (Domela ¹), Spagnolio ²), сальварсана и неосальварсана (Caryophyllis и Sotiriades ³), Balfour и Archibald ⁴) видели даже выздоровление под влиянием больших доз 606) Сравнительно благоприятное впечатление от применения препаратов Ehrlich'a получил и Якимов ⁵), особенно рекомендуя введение больших доз этих препаратов *per rectum*. Quilinchini ⁶) видел выздоровление ребенка под влиянием комбинированного лечения иодоном Robin'a и иктином. Оказалась безрезультатной и специфическая терапия, примененная Cristina и Caronia в виде инокуляции убитых культур лейшманий больным детям, хотя и было установлено при этом образование некоторых специфических антител. В новейшей литературе есть указания, что применение по методу Caronia и Cristina ⁸) препарата антимонона, главной составной частью которого является tartarus stibiatus, дает весьма благоприятный эффект. Milio ⁹) видел пользу от внутривенного применения 10% раствора рвотного камня, особенно в комбинации со стибацетином Heydena; Mallardi ¹⁰) сообщает, что из 77 детей, леченных антимоном, в 66 случаях удалось достичь выздоровления, и предупреждает против слишком форсированного лечения. Castorina ¹¹) из 37 случаев отмечает выздоровление у 24 детей. Благоприятный эффект такого лечения отмечают также Attilio ¹²), Samat ¹³), Renault, Monier-Vinard et Gendron ¹⁴).

При выборе терапии для нашего больного мы исходили из желания устранить лейкопению, являющуюся одним из существенных симптомов страдания и которую должно рассматривать, как выражение функциональной недостаточности органов кроветворения. К средствам, усиливающим лейкоцитоз, принадлежит, между прочим, Na nucleinicum, на котором мы и остановили свой выбор.

В литературе имеются наблюдения Cristina ¹⁵), установившего, что одни дети с лейшманиозом реагируют на введение Na nucleinici лейкоцитозом, другие остаются к нему совершенно индифферентными. По его мнению это служит доказательством того, что лейкопения при лейшманиозе обусловлена не действием каких-то отрицательных лейкотропических веществ, а является выражением истощения кроветворных органов. И у нашего больного лишь при условии, что функциональная способность этих органов сохранилась в достаточной мере, можно было рассчитывать, что Na nucleinicum оживит продукцию лейкоцитов и т. о. естественным путем будет содействовать мобилизации защитных сил организма; если же органы кроветворения уже неспособны реагировать усиленной деятельностью, то такое лечение, конечно, сможет только усилить и ускорить их истощение, а потому и сама терапия должна проводиться с большой осторожностью и под постоянным контролем исследования состава крови.

Далее, нас беспокоили появившиеся у больного значительные носовые кровотечения, несомненно неблагоприятно отражавшиеся на мальчике. Необходимо было выбрать какое-либо кровоостанавливающее средство, и в качестве такового мы взяли 10% раствор желатины, обладающей, как известно, хорошими стиптическими свойствами и отчасти влияющей, как парэнтерально вводимый чужеродный белок.

О дальнейшем течении заболевания можно судить по нижеследующим данным из истории болезни нашего маленького пациента.

11/X. Введено внутримышечно 5 куб. см. 10% желатины и 0,5 куб. см. 1% Na nuclein.; после инъекции t° выше $37,5^{\circ}$ не поднималась.

12/X. Болезненность на месте впрыскивания. Ночью—кровотечение из носа.

13/X. Ребенок стал более вялым и капризным. Одутловатость лица и легкая отеочность конечностей. 2-ая инъекция. T° после впрыскивания достигала 39° .

15/X. Температура делает значительные размахи: утром $36,8$ — 37° , вечером 38 — 39° . Число лейкоцитов—5.312.

16/X. Селезенка определенно уменьшилась, но прежней плотности. В области нижней доли левого легкого—мелко-пузырчатые влажные хрипы. Otitis media pur. bilat. 3-я инъекция.

После 3-го впрыскивания Na nuclein. в желатине пришлось временно прекратить курс инъекций в виду сильной слабости ребенка и резких скачков температуры, особенно в дни инъекций. Под влиянием обычного лечения все явления в течение ближайшей недели сгладились, и уже к 24/X самочувствие ребенка стало значительно лучше. Временами, однако, продолжали наблюдаться колебания t° .

28/X. Вес—14.800,0. Ребенок выглядит бодрее, наружные покровы окрашены лучше. Селезенка определенно меньше и мягче. Окружность живота 55 сант. Край печени также мягче. Кровотечения не повторялись. T° дает незначительные колебания. Hb—50%, лейкоцитов—8.625.

29/X—10/XI. Общее состояние без существенных перемен. Уменьшение селезенки прекратилось; носовые кровотечения не повторялись.

12/XI. Сильное кровотечение из носа. Селезенка больше, снова достигает линии пупка, несколько болезненна. T° 38° .

14/XI. T° нормальна. Болезненность селезенки исчезла, но размеры те же. Эритроцитов 2.480.000, лейкоцитов 17.500, лимфоцитов 71%, нейтрофилов 15,68%, моноцитов 12%, эозинофилов 0,5%, базофилов 1%.

19/XI. Эритроцитов 2.730.000, лейкоцитов 15.500.

23/XI. Лечение возобновлено. 4-я инъекция (5 куб. сант. 10% желатины с 0,5 1% Na nuclein.).

24—26/XI. Общее состояние без существенных перемен. Самочувствие лучше. T° $37,2$ — $36,8^{\circ}$. Лейкоцитов 9.000, эритроцитов 2.760.000.

29/XI. 5-е впрыскивание; через несколько часов t° 40° ; самочувствие плохое.

3/XII. Общие явления те же. Селезенка меньше.

5/XII. Лейкоцитов 13.500, эритроцитов 2.810.000, лимфоцитов 52,5%, нейтрофилов 36,5%, моноцитов 10%, эозинофилов 0,5%, базофилов 0,5%.

6/XII. 6-е впрыскивание. Незначительная местная и общая реакция.

10/XII. Лейкоцитов 16.800, эритроцитов 3.280.000, лимфоцитов 51%, нейтрофилов 36,5%, моноцитов 10%, эозинофилов 1%, базофилов 0,5%, миелоцитов 3%. Селезенка меньше (длина—9 сант.).

13/XII. Самочувствие лучше. Селезенка уменьшается ($8\frac{1}{2}$ сант. в длину).

14/XII. Лейкоцитов 15.000.

15/XII. Пункция селезенки. В пунктате лейшманий нет. Общее состояние, самочувствие и аппетит—значительно лучше.

18/XII. 7-я инъекция. Местной и общей реакции не было.

19/XII. Длина селезенки— $7\frac{1}{2}$ сант.

21/XII. Селезенка меньше (7 сант. в длину). Общее состояние лучше. Вес тела парастает.

22/XII. Hb 55%, эритроцитов 3.435.000, лейкоцитов 16.000.

23/XII. 8-я инъекция. Незначительная t° реакция. Селезенка—7 сант.

28/XII. 9-я инъекция.

2/I 1924. Длина селезенки— $6\frac{1}{2}$ сант. Общее состояние вполне удовлетворит.

4/I. Эритроцитов 3.450.000, лейкоцитов 10.500.

5/I. 10-я инъекция.

7/I. Селезенка 6 сант., вырезка спряталась под реберную дугу; наощупь орган значительно мягче.

9/I. 11-я инъекция.

12/I. Лейкоцитов 11.500, эритроцитов 3.400.000, лимфоцитов 62%, нейтрофилов 28%, моноцитов 2%, эозинофилов 1%, базофилов 1%, миелоцитов 5%.

Реакция Wgatschagi—отриц.

14/I. 12-я инъекция. Селезенка 6 сант. Вес 17.000,0.

После 4½-месячного пребывания в клинике ребенок выписан домой при явлениях резкого улучшения общего состояния и самочувствия, резкого уменьшения селезенки, устранения лейкопении и исчезновения лейшманий из селезенки.

15/II. Ребенок поступил снова в клинику по поводу бронхита. Вес 15.600; эритроцитов 4.800.000, лейкоцитов 10.000, селезенка 6 сант. длиной, t° норм., самочувствие хорошее.

20/II. Выписан.

Хотя единственный случай и не дает права на категорические выводы и заключения, но мы все-таки считаем возможным думать, что стойкое улучшение у нашего больного, а может быть и полное выздоровление—явились результатом примененной нами терапии. Как показывают данные из истории болезни, уже через несколько дней после начала ин'екций желатины с *Na nucleinicum* можно было отметить уменьшение селезенки и нарастание числа лейкоцитов. Вынужденный временный перерыв впрыскиваний в самом начале лечения вскоре привел к проявлению со стороны селезенки тенденции к новому увеличению, а со стороны лейкоцитов—к уменьшению числа. После же того, как лечение было возобновлено, селезенка опять систематически начала уменьшаться и сделалась мягче, а число лейкоцитов стойко возросло, и уже нельзя было говорить о лейкопении, печень уменьшилась и стала мягче, из селезенки исчезли лейшмании, исчезла реакция *Wasmachari*, и все это сопровождалось несомненным и быстрым улучшением общих субъективных и объективных симптомов.

Наша терапия не шла по пути *therapia sterilisans* и не базировалась на паразитотропных свойствах вводимых медикаментов. Парэнтеральное введение желатины, как чужеродного протеина, должно было активировать жизнедеятельность организма в различных направлениях, в частности—оживить кроветворение, усилить лейкоцитоз, поднять энергию внутриклеточных ферментов и т. д. *Na nucleinicum* вводился, как средство, резко повышающее лейкоцитоз. Оба вводимых ингредиента, усиливая естественные жизненные силы и защитные средства организма, тем самым ставили его в более благоприятные условия для борьбы с паразитами.

Уже *a priori* можно думать, что такой метод лечения далеко не всегда дает безусловно благоприятный эффект, а лишь при условиях, о которых говорилось выше, т. е. при достаточной запасном потенциале жизненной энергии у больного; но комбинация неспецифических по отношению к лейшманиям желатины и *Na nucleinici* со средствами, действующими специфически на самих паразитов, надо думать, всегда окажется вполне целесообразною.

Литература. 1) Domela. Цит. по Якимову.—2) Spagnolio. Тоже.—3) Caryophyllis и Sotiriades. Тоже.—4) Balfour a. Archibald. Тоже.—5) Якимов. Труды экспед. по изучению троп. бол. т. I, 1915.—6) Quilinchini. Bull. de la Soc. de pathol. exotique, 1913, № 7.—7) Cristina e Caronia. Ibid., 1915, № 2.—8) Caronia e Cristina. Цит. по Mollardi.—9) Milio. *Pediatrics*, 1922, № 20.—10) Mollardi. *Pediatrics*, 1922, № 19.—11) Casto-

rina. *Pediatrics*, 1922, № 24.—12) Attilio. *Pediatrics*, v. 31.—13) Samat. *Lancet*, 1922, № 20.—14) Renault, Monier-Vinard et Gendron. *Bull. de mem. de la Soc. med. des hôp. de Paris*, 1922, № 34.—15) Cristina. *Цит. по Якимову*.—16) Маслов. *Врач. Газ.*, 1918, № 38.

D-r A. F. Tur (Leningrad). Ein Fall von Leischmaniosis beim Kinde (zur Behandlung dieser Krankheit).

In einem schweren Falle von Leischmaniosis bei einem Kinde von 4 J. 10 Mon., wo die Krankheit von Nasenblutungen begleitet war, wandte Verfasser mit Erfolg intramuskuläre Injektionen von 10% Gelatine (je 5 ccm.) und 2% Lösung von Na nucleicum (je 0,5 ccm.) an. Die Injektionen wurden nach verschiedenen Zeiträumen (2—12 Tage) wiederholt. Im Ganzen wurden 12 Injektionen ausgeführt.

К вопросу о малярийных заболеваниях нервной системы *).

Проф. И. Б. Гроссмана,

Заведывающего Клиникой Нервных болезней Гос. Астраханского Мединститута.

Одной из наиболее острых проблем прикладного характера в настоящее время является малярия в разнообразных ее проявлениях. Уже исключительное внимание, уделяемое у нас изучению этой болезни, красноречиво свидетельствует о той опасности, какую она с собою несет, являясь настоящим социальным бедствием. Особенно остро стоит этот вопрос в нашем крае (Астрахань), так как местная малярия протекает особенно жестоко. Я имею в виду, между прочим, поражения нервной системы на почве малярии.

В течение моего продолжительного пребывания в центре России (в Москве) мне не приходилось встречать столь разнообразных и своеобразных форм поражения нервной системы малярийного происхождения, какие я имел возможность наблюдать здесь: синдром множественного склероза, опухоли мозжечка, полиневрит, менинго-энцефалит, эпилепсия, двигательные явления раздражения, гемиплегии и т. п.

Разнообразие клинических проявлений, связанных с малярийной инфекцией, и своеобразное, типическое их течение указывают на общую идиосинкразию нервно-психического аппарата к малярийному раздражению. С другой стороны, раз малярия дает различные формы поражения нервной системы, то приходится допустить специфическую нервную индивидуальную конституцию. Возможно, малярия вызывает к жизни такие факторы, которые ранее находились в латентном состоянии (поражение желез с внутренней секрецией, болезни крови и т. п.).

В виду того, что вопрос об единстве или множественности малярийного паразита окончательно еще не решен, говорить о связи нервных заболеваний с тем или иным видом и родом последнего нельзя. Можно только указать, что тропическая малярия является доминирующей формой в нашей местности. Ее паразит—главный виновник наиболее злокачественных форм перемежающейся лихорадки, в том числе и связанных с поражением нервной системы.

Следует еще указать, что большинство малярийных заболеваний последней падает на некоренное население, на пришлый элемент. Невольно возникает отсюда мысль об иммунитете, который у туземцев является благоприобретенным вследствие перенесения малярии еще в раннем возрасте.

*) Доложено на II Поволжском Съезде по малярии в г. Астрахани 14/X 1925 г.

Заметим, наконец, что малярийные поражения нервной системы, при всем кажущемся сходстве их с таковыми же немалярийного происхождения, представляют и некоторые особенности,—обладают, напр., большою стойкостью и интенсивностью клинических проявлений, что объясняется, вероятно, местными условиями. Можно думать, что малярийные поражения нервной системы выливаются в совершенно иную форму на месте первичного заболевания в эпидемическом очаге, чем при малярии в другой местности.

После этих общих замечаний перехожу к описанию отдельных случаев поражения нервной системы на почве малярии, имеющих значение не только постольку, поскольку в них бросается в глаза этиологическая связь нервного заболевания с малярийной инфекцией, но и поскольку при этом выдвигается более обширный интерес, выступает значение определенной диспозиции, конституции, делающей возможным сродство малярийного яда и нервной системы. Интересно уловить те характерные черты, которые свойственны поражению нервной системы именно на почве малярии.

Случай I. *Рассеянный склероз*. Больной А., русский, 28 л., поступил в Клинику с жалобами на дрожание рук, ног, туловища и головы. Ни данные наследственности, ни данные общего анамнеза не дают указаний, заслуживающих особого внимания. Перенес в детстве корь и желтуху, а в более зрелом возрасте —возвратный тиф, сыпной тиф и воспаление легких. Венерические болезни отрицает. 10/VIII 1925 г. он сильно промок под дождем и вечером того же дня почувствовал сильный озноб, сменившийся жаром и потом. Такое состояние продолжалось трое суток, после чего он чувствовал большую слабость. Втечение следующей недели приступов озноба и жара у А. не было, затем они снова повторились с еще большей силой, так что ему пришлось лечь в больницу. Уже в последней у него началось дрожание головы, рук, туловища, ног, т^о же была нормальной, вследствие чего он и был переведен в Клинику нервных болезней.

Из обще-мозговых явлений отмечаются легкие головные боли, плохой сон, затрудненная, скандированная речь. Писать не может из-за сильного дрожания рук. *Черепно-мозговые нервы*: I пара—N; II—зрение ослаблено в левом глазу, поле зрения в том же глазу сужено снаружи, атрофия сосочка левого зрительного нерва; III—резкие нистагмические подергивания глазных яблок; IV—N; V—клонус нижней челюсти; VI—недостаточность наружной прямой мышцы глаза; VI—N; VIII—N; IX—N; X—скандированная речь; XI—резкое дрожание головы; XII—дрожание языка. *Двигательная сфера*: атрофии нет, имеется общее похуждение; сила сгибателей и разгибателей ослаблена; объем в движениях верхних и нижних конечностей ограничен; отмечается резкая локомоторная атаксия конечностей; симптом Кернига; больной не может ни ходить, ни сидеть вследствие наступающего сильного тремора. *Чувствительная сфера*: имеется лишь очаговое растройство всех видов чувствительности. *Рефлексы*: сухожильные резко повышены, брюшные отсутствуют, слизистые вызываются.

Тазовых растройств нет. Внутренние органы в пределах нормы. Селезенка увеличена, болезненна. Втечение пребывания в Клинике с 13/VIII по 10/X, под влиянием хинного и мышьякового лечения, все вышеуказанные явления почти полностью прошли. В крови обнаружено большое количество гамет тропической малярии.

Случай II. *Рассеянный склероз*. Больная К., 41 г., русская, замужняя, поступила в Клинику с жалобами на общий упадок сил, головокружение и боль во всем теле. В отношении наследственности отмечаются алкоголизм со стороны отца и эпилепсия со стороны матери. Развивалась в детстве нормально. Из перенесенных болезней в детстве отмечает золотуху и испанку. Менструировать начала в 17 годам. Заболела 1½ мес. тому назад. Была малярия. Втечение последнего времени припадки (жар, озноб и общая слабость) очень часты.

Со стороны интеллектуальной сферы отмечаются ослабление памяти и аффективные явления. Бывает частое головокружение. Речь скандированная. Со стороны *черепно-мозговых нервов*: III пара—атактические движения глазных яблок,

недостаточность внутренней прямой мышцы (наружной) справа; VII пара—парез правого лицевого нерва; XII—отклонение языка вправо; остальные черепно-мозговые нервы в пределах нормы. *Двигательная сфера*: положение тела активное, стоять больная не может, при сидении легкое дрожание тела, активные движения всюду возможны, только замедлены, мышечный тонус слева повышен; при вытянутых руках и ногах тремор, резче на нижних конечностях; локомоторная атакия верхних и нижних конечностей; легкий двухсторонний симптом Кернига. *Чувствительная сфера*—в пределах нормы. *Рефлексы*: сухожильные коленные повышены, брюшные справа слегка понижены, слизистые—глочный отсутствует, патологические—двусторонний пальцевый рефлекс и правосторонний Oppenheim'a.

Со стороны тазовых органов—временами недержание мочи и небольшая задержка акта дефекации. В крови большое количество гамет тропической малярии.

Случай III. *Мозжечковая атакия*. Больной III., 25 л., русский, поступил с жалобами на головные боли, слабость в ногах и сильное качение в стороны при ходьбе. Ни данные общего анамнеза, ни данные наследственности не дают указаний, заслуживающих особого внимания. Венерические болезни отрицает. Настоящей болезнью заболел 2 мес. тому назад, когда у него появились жар, озноб и общее недомогание. Такие явления в течение 1½ мес. чередовались у него с состоянием полного здоровья, и лишь 2 нед. тому назад у него стали слабеть ноги, и он стал покачиваться в стороны при ходьбе. С этим он и поступил в Клинику нервных болезней.

Общие мозговые явления и психика: больной производит впечатление умственно-недоразвитого человека, эмоционально—слабо реагирует на все явления, даже неблагоприятные для него; спит хорошо, речь монотонная, тягучая, вялая. *Черепно-мозговые нервы*: I—понижение обоняния слева; II—небольшой астигматизм; III—горизонтальный нистагм; IV и V—N; VI—недостаточность правой прямой мышцы глаза; VII—легкий парез правого лицевого нерва; VIII—Weber латерализует влево, Rinne положителен с обеих сторон; IX и X—N; XI—левое плечо выше правого; XII—язык отклоняется влево. *Двигательная сфера*: атрофии нет, активные и пассивные движения всюду возможны, тонус мышц верхних и нижних конечностей справа понижен; симптом Кернига; при ходьбе шатается вправо; при вызывании симптома Romberg'a падает вправо; атакия верхних и нижних конечностей резко выражена больше справа; адиадохокинез в правой руке. *Чувствительность*: все виды ее понижены на правой половине тела. *Рефлексы*: сухожильные—повышены, кожные брюшные—вялые, патологические—Babinski справа.

Тазовые органы в пределах нормы. Внутренние органы в пределах нормы. В крови большое количество гамет тропической малярии. За время пребывания больного в Клинике с 16/X 1923 г. по 25/II 1924 г. было проведено энергичное хинное лечение в виде внутривенных вливаний 1% раствора солянокислого хинина 100,0 зараз, после чего все явления атаксии настолько выровнялись, что больной, ранее не имевший совершенно возможности ходить, после выписки мог приходить для амбулаторного лечения, проходя зараз расстояние в 12 верст.

Случай IV. *Трансверсальный миелит*. Больной M., 23 л., русский, поступил с жалобами на полную невозможность пользоваться нижними конечностями при ходьбе. В последнее время болел малярией. О начале настоящей болезни рассказывает следующее: неделю тому назад заболела сильно голова, появился жар, и перестали действовать правильно рука и нога, а через два дня после начала заболевания перестали действовать и левая рука и нога. В дальнейшем движения в руках восстановились. С этими явлениями больной поступил в Клинику. *Двигательная сфера*: легкая диффузная атрофия мышц нижних конечностей, активные движения невозможны, пассивные неограничены; тонус нижних конечностей резко повышен; симптом Кернига. *Чувствительная сфера*: болей нет, все виды чувствительности в пределах нижних конечностей и туловища до уровня III грудного сегмента совершенно отсутствуют. *Рефлексы*: слизистые вызываются, кожные—брюшных нет, сухожильные—коленные повышены, с Ахилловых сухожилий резко повышены, патологические—Babinski, Oppenheim'a, пальцевой, стопный клонус.

Тазовые органы: полная задержка мочи, недержание кала. В крови паразиты тропической малярии. Больной находился в Клинике с 1/VII 1924 г. по 4/VIII и умер при явлениях сепсиса вследствие развившегося глубокого пролежня. Проводилось хинное лечение.

Случай V. *Рассеянный миелит*. Больная С., 37 л., поступила в Клинику с жалобами на колотые и слабость в ногах. Венерические болезни отрицает.

О начале настоящего заболевания рассказывает следующее: в июне 1923 г. болела малярией около месяца, после чего заметила слабость в ногах, которая держалась до сентября того же года; в сентябре опять заболела малярией, и после этого слабость в ногах наступила еще резче; летом 1924 г. принимала рапные ванны, после которых почувствовала себя опять хуже. В таком состоянии больная находилась до сих пор, причем за последнее время она заметила, что слабость увеличивается. Отмечает иногда головные боли и легкое головокружение.

Черепно-мозговые нервы отклонений от нормы не представляют. *Двигательная сфера*: атрофии нет. активно-пассивные движения в лежачем положении сохранены и совершаются в полном объеме, тонус в нижних конечностях слегка повышен. походка резко-паретична со спастическим оттенком. *Чувствительная сфера*: колющие боли в нижних конечностях до колен и стреляющая боль в бедрах, главным образом в покоем состоянии; тактильное чувство на тыльной поверхности стоп несколько понижено, мышечное чувство в дистальных частях нижних конечностей растроено, остальные виды чувствительности сохранены. *Рефлексы*: сухожильные—коленные понижены, кожные—брюшные отсутствуют, слизистые—вызываются, патологические—резко выражен двухсторонний Babinski, менее резко—Oppenheim.

Со стороны тазовых органов отклонений не найдено. Селезенка выступала на 2 пальца из-под ребер. В крови найдены паразиты *m. tertiana*. За время нахождения больной в Клинике с 2/1 по 16/II 1925 г. она пользовалась хинным лечением, выписалась с заметным улучшением.

Случай VI. *Jaсkсоновская эпилепсия*. Больная К., 18 л., русская, поступила с жалобами на головную боль и припадки. Данные общего анамнеза и наследственности заслуживающих внимания указаний не дают. Из перенесенных болезней отмечает корь, скарлатину, коклюш и тиф. Венерические болезни отрицает. О начале настоящего заболевания К. рассказывает следующее: в январе месяце 1925 г. у нее постепенно начала появляться головная боль, продолжавшаяся по 1—3 часа, после чего наступал перерыв на 4—5 дней; так продолжалось около 4 месяцев. 19/V с большой случился обморок без потери сознания, продолжавшийся 10 мин., после чего установились сильные головные боли. 10/VI припадок с судорогами, начавшимися с левой ноги и перешедшими на левую руку, больная прикусил язык, сознания не потеряла. В тот же день было у ней еще 2 таких же припадков; после каждого припадков она впадала в глубокий сон.

Черепно-мозговые нервы: I и II—N; III—сиплом Моеbius'a (небольшие нистагмические подергивания); V—притупление болевого чувства справа и ослабление силы жевательных мышц с этой стороны, вкус на передних $\frac{2}{3}$ языка справа понижен; VI—N; VII—легкий парез правого лицевого нерва; VIII и XI—N; XII—небольшое отклонение языка вправо. *Двигательная сфера*: атрофии нет, активные и пассивные движения всюду возможны, тонус понижен в левой руке и ноге, мышечная сила в той же области слегка понижена. *Чувствительная сфера*: N. *Рефлексы*: слизистые вызываются, брюшные понижены, сухожильные—коленный и Ахиллов слева повышены, из патологических Babinski слева и Oppenheim'a двухсторонний.

Внутренние органы нормальны. В крови паразиты малярии. За время нахождения в Клинике с 17/VII по 4/VIII 1925 г. проводилось энергичное лечение хинином. Припадки больше не повторялись. Патологические рефлексы исчезли, явления со стороны черепно-мозговых нервов резко ослабели, больная оставила Клинику с восстановившейся трудоспособностью.

Случай VII. *Менинго-энцефалит*. Больной 48 л., татарин, доставлен в сопорозном состоянии. Анамнез собрать не удалось. Доставившая его женщина передавала, что он находился у нее в течение 4 дней все время в таком состоянии. До этого болел лихорадкой в течение 2 недель. Отмечается атрофия мышц правых конечностей, в той же области резкая сгибательная контрактура; резко повышенные сухожильных рефлексов, особенно справа; резко выражен симптом Кернига. Правосторонний птоз. На болевое раздражение реагирует, при раздражении подошвы—резкая защитная реакция. В области крестца—пролежни. То 39,6°. В крови большое количество гамет тропической малярии. На другой день после поступления больной умер, не приходя в сознание.

Случай VIII. *Множественное воспаление нервов*. Больная 40 л., русская, поступила с жалобами на сильную боль в руках, ногах и невозможность пользоваться ими при ходьбе. Со стороны наследственности отмечается повышенная нервная возбудимость у родителей. В детстве перенесла корь и воспаление легких. Венерические болезни отрицает. О начале настоящего заболевания сооб-

щает следующее: заболела около месяца тому назад малярией, которая продолжалась около 2 недель; затем в течение недели больная чувствовала себя здоровой, а потом у нее появилась боль в правой руке и ногах, так что на следующий день она уже не смогла ходить и была помещена в больницу. За время пребывания в последней развились скованность всего лица и затруднение речи, почему больная и была переведена в Нервную клинику.

Черепно-мозговые нервы: VII—мимические движения резко замедлены, глаза закрываются не вполне, больная не может ни стиснуть, ни надуть щек, ни показать зубов; все остальные нервы отклонений от нормы не представляют. **Двигательная сфера:** атрофии нет, активные движения в нижних конечностях в сильной степени ограничены и быстро истощаются, сила сгибателей и разгибателей в той же области весьма ослаблена, тонус мышц нижних конечностей резко понижен; больная с трудом садится в постели, и то при посторонней помощи; ходить не может. **Чувствительная сфера:** нервные стволы при надавливании очень болезненны, все виды чувствительности понижены. **Рефлексы:** слизистые—конъюнктивный и глоточный отсутствуют, кожные—вызываются, сухожильные на нижних конечностях (коленный, Ахиллов) отсутствуют.

Тазовые органы нормальны. Со стороны сердца явления миокардита. В крови паразиты *m. tertiana*.

Случай IX. Летаргический энцефалит. Больной III., 18 л., по профессии плотник, поступил 14/III 1925 г. с жалобами на боли в ногах и правой руке и на бессонницу. Отец больного здоров, мать умерла от воспаления легких. В семье было 5 человек детей, кроме самого больного: 4 брата и сестра. Из них двое братьев и сестра пользуются хорошим здоровьем, двое других умерли—один от воспаления мозговых оболочек. Относительно своего развития в раннем детстве III. сказать ничего не может. Из перенесенных болезней в детстве отмечает только корь. Воспитанием руководила мачеха. Рос ребенок здоровым, по характеру живым. Учиться начал с 11 лет. Учился 3 года, давалось учение легко. Половой жизни не вел, не мастурбировал. Из перенесенных болезней отмечает сыпной тиф в 1922 г. и особенно малярию в 1924 г. О начале настоящего заболевания передает следующее: 1½ мес. тому назад больной стал замечать, что совершенно не может спать по ночам, а если ложится днем, то может спать самое большое 1½ часа. Такое состояние продолжается до последнего времени. Кроме того все время у больного жесткие головные боли, главным образом по вечерам, сопровождающиеся тошнотой, а 2 недели тому назад заболели обе ноги и правая рука.

Больной среднего роста, правильного телосложения. Кожа бледного цвета, подкожно-жировой слой развит слабо. Слизистые бледны. Из признаков дегенерации, за исключением слишком развитых ушных раковин, ничего отметить не приходится. Речь замедленная, монотонная.

Со стороны *психики и эmotivной сферы* резких отклонений от нормы не наблюдается, если не считать апатии, депрессивности и безразличности. Во времени и пространстве ориентируется правильно. **Черепно-мозговые нервы:** I—сила зрения достаточная, поле зрения не ограничено, при офтальмоскопировании обнаружено расширение сосудов; III—анизокория, реакция зрачка на свет и конвергенцию вялая, тоже на аккомодацию, *mm. recti interni* недостаточно выполняют свою функцию, отмечаются спастические подергивания глазных яблок и двусторонний птоз; IV—*m. obliquus sup.* функционирует недостаточно; V—больной открывает рот с некоторым затруднением, чувствительность в области разветвления *n. trigemini* понижена, вкус на передних 2/3 языка понижен; VI—*mm. recti externi* функционируют недостаточно; VII—мимические движения замедлены, как в области иннервации верхнего *n. facialis*, так и в области нижнего; VIII—Weber латерирует вправо, Rinne с обеих сторон положительный, больной хуже слышит на левое ухо; IX—симптом Aschnera (замедление пульса на 12 ударов); XI—N; XII—тремор языка и легкое отклонение его вправо. **Двигательная сфера:** избирательной атрофии нет, отмечается общее похудание; активные движения производятся всюду, но замедлены, пассивные всюду возможны; сила сгибателей верхних конечностей, особенно в кисти, значительно ослаблена, в нижних конечностях—в меньшей степени; тонус в конечностях повышен, больше в нижних, отмечается статическая атаксия (легкий Romberg), tremora не наблюдается, все виды поверхностной и глубокой чувствительности отклонений от нормы не представляют. **Рефлексы:** слизистые—конъюнктивный понижен, остальные вызываются; сухожильные повышены, кожные—живые, симптом Babinsk'ого и пальцевой резко выражены; резкий красный дермографизм.

Внутренние органы: сердце нормально, в верхушках легких жесткое дыхание, попадаются хрипы; селезенка тверда наощупь, выстоит на 1½ пальца из-под ребер. Кровь: гемоглобина 65%, красных кровяных шариков 3.970.000, белых 4.922, лейкоцитарная формула: нейтрофилов 63%, лимфоцитов 32%, переходных 4%, эозинофилов 1%. В крови обнаружены кольцевидные формы малярийного паразита (м. tertiana). RW отрицательна. Спинномозговая жидкость прозрачна, вытекает под высоким давлением, патологического ничего не содержит.

Мы привели 9 случаев разнообразных поражений нервной системы, возникших, повидимому в зависимости от малярии. Спрашивается теперь: каким образом малярийная инфекция воздействует на нервную систему? Каков патогенез заболеваний в приведенных случаях?

Здесь возможно допустить: а) непосредственное действие на мозговую кору специфических инфекционных токсинов, продуцируемых возбудителями малярии, б) расстройство обмена веществ в организме под влиянием малярийных токсинов, с образованием токсически действующих химических продуктов обмена, в) образование токсических продуктов вследствие распада самих болезненных возбудителей, г) распад тканей под влиянием воздействия малярийных токсинов, д) изменение состава крови, уменьшение количества в ней гемоглобина, понижение процессов окисления с ослаблением питания мозга. Кроме того, следует учитывать возможность значительного скопления плазмодиев малярии в сосудах мозга, а также влияние отложения пигмента (меланина) в мелких сосудах с последующею их закупоркою и пр.

Все же на первом плане в генезе нервных заболеваний у маляриков, надо думать, стоит интоксикация. Помимо непосредственного воздействия ее на нервную систему, здесь, нам кажется, может играть роль и влияние ее на эндокринные железы,—под влиянием вырабатываемых малярийными паразитами токсинов вносится определенная дисгармония в их корреляцию, а это ведет к расстройству кровообращения и к поражению тех органов, которые представляют собою *locus minoris resistentiae*. Несомненно, огромное значение в деле поражения нервной системы у маляриков имеют наследственное отягощение и истощающие факторы. Наконец, немаловажную роль играет, надо думать, и род паразита, а также ослабленная резистентность эритроцитов в отношении возбудителей малярии.

Насколько часты осложнения малярии со стороны нервной системы, сказать трудно: осложнения эти не поддаются правильному учету. По нашим исчислениям частота их может быть определена в 2—3%. Сезон поражения нервной системы—большую частью осень, реже зима и весна. Из различных форм малярии чаще всего мы встречаем поражения нервной системы при м. tropica. С патолого-анатомической точки зрения поражения могут быть чаще всего определены, как менинго-энцефалитические, причем при пернициозных формах малярии в мозговой коре, особенно в коре лобных долей, отмечается поражение нервных клеток, расширение сосудов, наличность в них паразитов малярии и зерен пигмента (меланина)—или в паразитах, или в форменных элементах крови. Что касается, наконец, исхода малярийных заболеваний нервной системы, то наиболее частым исходом здесь является полное выздоровление; неизлечимые случаи редки.

Выводы: 1. Парамаларийные поражения нервной системы наблюдаются, главным образом, в местностях с эндемо-эпидемическими очагами.

2. Заболевания эти отличаются от таковых же заболеваний нервной системы другого происхождения большей стойкостью и интенсивностью отдельных симптомов. 3. Страдающие парамаларийными болезнями нервной системы должны, во избежание появления более стойких изменений со стороны последней, эвакуироваться в здоровые, свободные от малярии пункты и провести основательное лечение малярии. 4. Большинство заболеваний нервной системы в зависимости от малярии падает не на коренное население, а на пришлый элемент; у туземцев надо допустить иммунитет вследствие перенесения ими малярии в раннем детстве. 5. Главным виновником наиболее злокачественных форм заболевания нервной системы на почве малярии является паразит *m. tropicae*. 6. Наиболее частый исход невромаларийных заболеваний—выздоровление. 7. Частота невромаларийных случаев может быть определена в 2—3%; сезон поражения нервной системы на почве малярии—осень, реже зима и весна. 8. Огромное значение в деле поражения нервной системы в связи с малярийной инфекцией имеют наследственное отягощение и истощающие факторы. 9. При изучении заболеваний нервной системы у маляриков особенно важно изучение конституции, делающей возможным сродство малярийного яда к нервной системе больного. 10. Интересно также при этом уловить характерные черты, свойственные поражениям нервной системы именно малярийного происхождения.

Prof. J. B. Grossmann (Astrachan). Zur Frage über die Malaria-erkrankungen des Nervensystems.

Die Schlussfolgerungen des Autors: 1) die Paramalaria-erkrankungen des Nervensystems werden hauptsächlich in den Gegenden mit endemie—epidemischen Herden beobachtet; 2) diese Erkrankungen unterscheiden sich von denselben Erkrankungen des Nervensystems anderer Herkunft durch grössere Ausdauer und Intensität der einzelnen Symptome; 3) an Paramalaria-erkrankungen des Nervensystems Leidende müssen um die Erscheinung der noch mehr standhaften Veränderungen von der Seite des Nervensystems zu vermeiden sich in gesunde, von der Malaria freie Punkte evacuieren und gründliche Malariabehandlung durchführen; 4) das grösste Teil der Erkrankungen des Nervensystems von der Malaria abhängig fällt nicht auf die ursprüngliche Bevölkerung, sondern auf das eingewanderte Element; bei den Eingeborenen muss man die Immunität infolge des Uebertragens der Malaria von ihnen im frühen Kindesalter zulassen; 5) die Hauptschuld der bösartigen Formen der Erkrankungen des Nervensystems bei Malaria liegt in den Parasit der *M. tropica*; 6) am meisten ist der Ausgang der neuromalarischen Erkrankungen die Genesung; 7) die Häufigkeit der neuromalarischen Fälle kann in 2—3% bestimmt werden; die Saison der Erkrankung des Nervensystems auf dem Grunde der Malaria ist Herbst, seltener Winter und Frühling; 8) eine grosse Bedeutung bei der Erkrankung des Nervensystems in Verbindung mit Malariainfektion haben die erbliche Belastung und entkräftende Faktoren; 9) bei dem Studium der Nervensystemerkrankungen bei Malarikern ist das Studium der Konstitution besonders wichtig, welche die Verwandtschaft des Malariagiftes mit dem Nervensystem des Kranken möglich macht; 10) es ist auch interessant dabei charakteristische Züge zu ergreifen, die den Erkrankungen des Nervensystems und zwar der Malariaherkunft eigen sind.

О кистовидном растяжении Highmor'овой полости^{*}).

(Предварительное сообщение).

П. Н. Карташева.

(С 7 рис.).

Существование кистовидного растяжения лобной и клиновидной пазух, а также и лабиринта решетчатой кости, не подлежит никакому сомнению,—подобного рода заболевания описаны в разное время многими авторами. В особенности значительный материал накопился в литературе по поводу кистовидного растяжения лобной пазухи (Prochnow, Killian, Головин, Гаген-Торн, Hajek, Вечтомов, Sacco, Thomson и другие).

В отношении кистовидного растяжения sinus maxillaris мы имеем, напротив, лишь краткие, отдельные сообщения без достаточного освещения их со стороны клинической и патолого-анатомической. Повидимому, еще не установилось вполне определенного взгляда на развитие и натуру указанного страдания, которое мы встречаем в описаниях старых и новых авторов то под названием *hydrops*, то—*sinuitis cum dilatatione*, то—*mucocoele*.

Некоторые авторы (Oppikofer, Натансон и др.) сомневаются в самом существовании означенного заболевания. Однако Killian, в своей работе о *mucocoele* придаточных пазух носа, основанной на довольно значительном материале (всего им собрано 64 случая, куда вошли наблюдения прежних авторов, сделанные еще в XVII—XVIII столетиях) вполне определенно говорит о существовании *sinuitis cum dilatatione Highmor'овой пазухи*.

Под названием *mucocoele* или *hydrops antri Highmori* следует понимать скопление серозной или слизистой жидкости воспалительного характера в верхне-челюстной пазухе вследствие закрытия сообщения отверстия последней с полостью носа. Закрытию этому благоприятствует анатомическое положение отверстия, находящегося тотчас под крышею пазухи.

Заболевание характеризуется медленным, постепенным расширением пазухи—настолько значительным, что в некоторых случаях полость ее может вмещать свыше 300 куб. см. (как это и было в одном из наших случаев).

Повидимому, одним из первых, отстаивавших идею о возможности задержания и скопления слизи в верхне-челюстной пазухе, был Jaurdain в 1778 г. Из литературы прошлого столетия мы имеем сообщение Fer-

^{*} Доложено in extenso в Ленинградском Об-ве Ушных, Горловых и Носовых болезней 6/IV 25.

guisson'a (1850), который описал кистовидное расширение sinus maxillaris, достигшее довольно значительных размеров; в другом сообщении тот же автор указывает на случай, встретившийся ему при вскрытии. Далее, в литературе прошлого столетия имеется сообщение о hydrops sinus maxillaris Maisonneuv'a (1855). Zuckerkandl (1882) описал эмпиему верхне-челюстной пазухи с зарощением ost. maxillaris. Dmochowsky (1895), исследовавший патолого-анатомически воспалительные процессы Highmor'овой полости, обнаруживал в некоторых случаях последнюю значительно расширенной и наполненной жидкостью, причем костные стенки ее были тонки, как бумага.

В литературе нынешнего столетия случай разбираемого заболевания был описан Hirsch'em (1910), который наблюдал одновременно hydrops antri Highmori, sinus frontalis и ethmoidalis слева, а справа—hydrops sinus frontalis; в этом случае были также узора septi interorbitalis и расширение болезненного процесса на правую сторону; диагноз водянки antri Highmori был поставлен на основании рентгеновского исследования. Проф. В. И. Воячек (1912) также наблюдал случай, где вся Highmor'ова полость вместе с соответствующей половиной носовой была превращена в одну полость, благодаря язвенным, а затем рубцовым процессам в носу, совершенно извратившим нормальные отношения носовой полости. В новейшей ринологической литературе имеются, затем, указания на случаи mucoscele antri Highmori Hastings'a (1912), Wilkinson'a (1919) и Alvaro (1924), который описал „кистовидную опухоль“ челюстной пазухи, развившуюся после огнестрельного ранения с разможением мягких тканей; опухоль развивалась медленно, исходила из antrum Highmori, в которой при пункции обнаружена светлая, лимонно-желтого цвета жидкость; стенки полости подверглись резорбции. Наконец, д-р Н. И. Фролов (1925) наблюдал в клинике проф. Воячека один случай mucoscele Highmor'овой полости наряду с mucoscele других пазух: лобной (5 случаев) и решетчатой (4 случая).

В виду редкости разбираемого страдания считаю нелишним опубликовать в печати 4 случая его.

Случай I. Б-ой Л., 22 л., поступил в Казанскую Факультетскую Хирургическую клинику в ноябре 1920 г. с жалобами на опухоль, обезображивающую лицо, с левой стороны (рис. 1). Эта опухоль появилась весной 1914 г. после того, как б-ной сильно ударился лицом при падении с лошади. В 1915 г. опухоль достигла довольно солидных размеров, не причиняя б-ному никаких растройств. В августе 1920 г. наблюдалось кровотечение из левой ноздри с опуханием всей левой половины лица. Фельдшер, к которому б-ной обратился, сделал прокол в области раздутой челюсти, причем появились кровянисто-слизистые выделения.



Рис. 1. Кистовидное растяжение левой Highmor'овой полости (сл. I). Резкое увеличение верхней челюсти, сильное смещение левого глаза кверху и кнаружи, выпячивание глазного яблока из орбиты.

Вся левая половина лица занята огромной опухолью, неподвижной, безболезненной, которая всей своей массой устремлена вперед, вверх и кнаружи. У нижнего полюса опухоли имеется свищ, окаймленный разросшимися грануляциями темно-красного цвета; из свища выделяется слизисто-гнойная жидкость. При исследовании зондом ясно ощущается, что конец его вращается в большой полости. При риноскопии найдено: наружное отверстие левой полости расширено, и из него



Рис. 2. Макроскопический препарат удаленной левой верхней челюсти (случ. I). Вид с передне-наружной стороны. Видно свищевое отверстие, ведущее в Нигмог'ову пазуху, образовавшееся после прокола стенки ее.

выступает плотная опухоль, заполняющая весь носовой ход. Правая носовая полость значительно сужена вдавленной носовой перегородкой. Со стороны полости рта на твердом небе обнаруживается выпуклость опухолевидного характера, несколько заходящая за среднюю линию. *Visus oculi sin.* ослаблен на половину. Диагноз колебался между злокачественным новообразованием (распадавшаяся саркома) и кистовидным растяжением верхне-челюстной пазухи. Вследствие подозрения на саркому с одной стороны и вследствие значительного обезображивания лица—с другой, решено произвести резекцию верхней челюсти.

Операция (*resectio totalis maxillae sup. sin.*) произведена 14/I 21 (проф. В. Н. Парин) под общим наркозом. В образовавшуюся после удаления опухоли огромную полость вставлены тампоны, выведенные в рот. На лице рана зашита наглухо по всей линии разреза. Асептическая повязка. В первые сутки после операции явления шока, в дальнейшем течение благоприятное. Через 4 недели больной выписан с зажившей раной в полости рта.

Удаленная опухоль (рис. 2) достигала

величины почти в 2 кулака взрослого человека. Внутри опухоли (рис. 3) имелась

огромная полость, вмещавшая до 350 куб. см. жидкости. В полости этой зубов или их рудиментов, а также пристеночных кист, не обнаружено. Оболочка, выстилавшая полость, была довольно мягкая, нижняя стенка, обращенная к твердому небу, представлялась утолщенной. Сообщение с носовой полостью отсутствовало. Через бывшее свищевое отверстие проходил палец. На удаленной верхней челюсти имелись боковой резец (центральный удален во время операции), клык, два премоляра и два моляра—все совершенно здоровые. Зуб мудрости отсутствовал.

Микроскопическое исследование показало (рис. 4), что на внутренней поверхности полости находится слой фибрина, в петлях которого заложены круглые клетки. Далее видны расширенные сосуды, фибробласты в небольшом количестве, большое скопление круглых клеток, слой мелкоклеточковой инфильтрации, лимфоциты, полиморфноядерные лейкоциты, плазматические клетки. Ни эпителия, ни желез ни в одном из препаратов не обнаружено. Следующий слой—новообразованная волокнистая соединительная ткань. Далее лежит более плотная соединительная ткань, за слоем которой—костная ткань в состоянии резорбции. Еще более кнаружи обнаружены участки кости с ясно выраженными костными перекладинами и костным тельцами, слоем остеобластов по периферии.



Рис. 3. Тот же препарат. Вскрытая Нигмог'ова пазуха. На слизистой оболочке ее, обращенной в полость видны бородавчатые возвышения. Ясно заметны совершенно не пораженные кариесом зубы.

Таким образом в этом случае 1) медленно, почти без всяких болей появилось сильное опухолевидное выпячивание левой верхней челюсти, вызвавшее резкую деформацию лица; 2) произведена операция—полная резекция левой верхней челюсти; 3) удаленная опухоль макроскопически представляла из себя растянутую до огромных пределов верхне-челюстную пазуху с утолщенными стенками; 4) в кистовидной полости зубов или их рудиментов, корней зубов, а также пристеночных кист не обнаружено; 5) при патолого-анатомическом исследовании стенки кистовидно растянутой Highmоровой полости со стороны слизистой обнаружены явления хронического воспаления, эпителий на поверхности слизистой повсюду отсутствовал, а со стороны кости констатированы деструктивные и прогрессивные процессы.

Случай П. Б-ой А., 20 л., обратился в Пермскую Госпитальную Хирургическую клинику во время летних вакансий с явлениями припухлости в области правой щеки. Означенное заболевание стало развиваться с февраля 1916 г. после полученного им удара палкой по правой щеке. При давлении на область под скуловой дугой получался звук, похожий на хрустение,—здесь имелось истончение кости. С февраля 1923 г. стал говорить в нос, нос начало закладывать. Головных болей б-й не испытывал, зубы не болели, тбс, тус и алкоголизм отрицает.

При объективном исследовании были получены следующие данные: справа имеется довольно значительная (более куриного яйца величиною) опухоль с выпячиванием передне-боковой стенки Highmоровой полости; твердое небо с правой стороны несколько опущено; в одном участке у f. canina обнаруживается пергаментный хруст. Наблюдавший больного клинический врач предположил саркому верхней челюсти, вследствие чего решил резецировать последнюю.

Операция 24/VIII 23 под общим наркозом. При попытке удаления верхней челюсти произошел перелом передней стенки Highmоровой полости вследствие значительного истончения ее, и из полости выделилось мутное содержимое. Часть наружной и нижней стенки полости вместе с альвеолярным отростком и зубами удалена корнцангом, слизистая твердого неба сшита со слизистой щеки, образовавшаяся полость затампонирована, причем тампон выведен в рот. 25/III обнаружен разрез левой руки и ноги, назначены массаж и ванны. 27/X функции левой руки и ноги восстановились. 29/X б-ой выписан в хорошем состоянии; спустя некоторое время ему был изготовлен протез челюсти.

При исследовании удаленного препарата верхне-челюстная пазуха оказалась расширенной, с бугрообразными выпячиваниями, слизистая ее местами представлялась бородавчатой. Под микроскопом были обнаружены следующие картины: со стороны слизистой—тонкий слой уплощенного эпителия, местами слущенного;



Рис. 4 Участок из поперечного среза стенки кистовидно расширенной Highmоровой полости. Слой фибрина, в петлях которого встречаются круглые клетки (полиморфно-ядерные лейкоциты). Глубже—слой мелкоклеточковой инфильтрации с расширенными сосудами, наполненными красными кровяными тельцами и слой соединительной ткани. Эпителий и железы отсутствуют. Zeiss, Ob. 3, Oc. 3.

при отсутствии эпителия здесь имеется грануляционная ткань (с обильной мелко-клеточковой инфильтрацией; кнаружи от этого слоя лежит рыхлая, а еще более кнаружи—плотная соединительная ткань, глубже—костная ткань в состоянии резорбции; в некоторых местах обнаруживаются явления новообразования кости.

Итак в нашем II случае 1) постепенно, совершенно безболезненно развилось после травмы опухолевидное выпячивание правой верхней челюсти, вызвавшее ясно заметную асимметрию лица; 2) при попытке произвести резекцию верхней челюсти была обнаружена кистовидно растянутая Highmoroва пазуха, наполненная слизистым содержимым, с сильно истонченной стенкой в некоторых местах, вследствие чего произошел перелом кости; 3) удаленный препарат представлял из себя правую верхнюю челюсть, где назальная стенка и большая часть верхней отсутствовали, в кистовидно расширенной полости зубов или их рудиментов, корней зубов и пристеночных кист не обнаружено;



Рис. 5. Кистовидное расширение правой верхне-челюстной пазухи (сл. III). Ясно заметная опухоль в области правой щеки, выпячивающая альвеолярный отросток кнаружи и вниз.

4) послеоперационное течение осложнилось появлением гемиплегии после перевязки art. carotis ext. (при перевязке последней ниже места отхождения art. thyroïd. super, как известно, наблюдается в некоторых случаях тромбоз art. carotis int. с последующей гемиплегией—Wieting); 5) микроскопическое исследование слизистой обнаружило явления воспаления, уплощение эпителия, местами его отсутствие; со стороны кости так же, как и в первом случае, были констатированы деструктивные и прогрессивные процессы.

Случай III. Б-ой III., 14 л., поступил в клинику 5/IX 23 с явлениями опухоли в области верхней челюсти, развившейся постепенно в течение года после простуды. В сентябре 22 г. б-ой обнаружил хруст в области тела верхней челюсти спереди и справа на уровне крыла носа.

На правой щеке (рис. 5) имеется опухоль величиной около куриного яйца, начинающаяся вверху от нижнего края орбиты. В одном месте обнаруживается истончение кости, пергаментный хруст. Зубы все целы, кариозных нет. Слизистая со стороны vestibuli oris и со стороны рта—нормальна. Пробный прокол

в месте истончения кости дал слизистую жидкость, похожую на яичный белок. Диагноз до операции—*mucocele sinus maxillaris*.

Операция 8/IX 23 (проф. В. Н. Парин). Со стороны vestibuli oris в месте истончения кости иссечен участок вместе со слизистой Highmoroвой полости длиной около 3 см., причем излилась слизистая жидкость. В значительно расширенной H. полости, при обследовании пальцем, каких-либо ненормальных выступов, пристеночных кист, узур кости или опухолей—не обнаружено. В полость введена подоформенная турунда, сменная через сутки. Б-ой выписался 16/XI.

При микроскопическом исследовании препаратов из стенки пазухи обнаружен уплощенный эпителий, местами под ним—значительная мелкоклеточковая инфильтрация; далее идет рыхлая соединительная ткань, затем—волокнистая плотная соединительная ткань, а еще глубже—костная ткань в состоянии резорбции.

Случай этот характеризуется, стало быть, следующими особенностями: здесь 1) медленно, без всяких болей развилось опухолевидное выпячивание

передне-наружной стенки Highmоровой полости, повлекшее за собой асимметрию лица; 2) произведено иссечение участка стенки верхне-челюстной пазухи со стороны преддверия рта; 3) вскрытая Н. пазуха оказалась значительно расширенной, с гладкими стенками, со слизистым содержимым; 4) в кистовидно растянутой полости зубов или их рудиментов, корней зубов, а также пристеночных кист не обнаружено; 5) микроскопическое исследование обнаружило отсутствие эпителия или же местами — уплощенный многослойный эпителий: в подлежащих слоях — явления хронического воспаления; костная ткань носила следы рассасывания.

Случай IV. Б-ой Л., 23 л., поступил 4/III 25 с явлениями опухоли в области правой щеки, развившейся медленно, в течение 3 лет, после простуды.

Справа в области верхней челюсти имеется довольно плотная припухлость величиной с куриное яйцо, покрытая нормальной кожей. В одном месте у f. canina имеется размягчение, и обнаруживается глубокая флюктуация; при риноскопии — опухолевидное выпячивание в правой полости носа.

Операция 17/III 25. Вблизи места перехода слизистой десны на слизистую щеки иссечен участок стенки кистовидно расширенной полости так, что образовалось отверстие около 1½ попер. пальцев в диаметре. В Highmоровой полости обнаружена желтовато-бурая жидкость, выпущенная в количестве 55 кб. см. При исследовании пальцем стенки полости, зубов или их рудиментов, а также пристеночных кист не обнаружено, поверхность слизистой была ровная. В полость вставлен тампон, удаленный через 2 суток. В последующем течение благоприятное.

При микроскопическом исследовании в стенке полости было обнаружено значительное развитие соединительной ткани; эпителий и железы отсутствуют, отсутствует также и костная ткань.

Таким образом в этом случае 1) имело место опухолевидное выпячивание правой щеки, развившееся медленно и безболезненно после бывшей простуды; 2) операция состояла в иссечении части стенки верхне-челюстной пазухи со стороны vestibuli oris для опорожнения полости; 3) полость пазухи, при исследовании пальцем, оказалась расширенной, с гладкими стенками, в месте иссечения ткань была совершенно лишена костного вещества; 4) зубов или их рудиментов, а также корней зубов и пристеночных кист в полости обнаружено не было; 5) микроскопически здесь были установлены: отсутствие эпителия и желез, значительное развитие соединительной ткани, отсутствие костной ткани.

В этиологии мисоселе придаточных пазух носа вообще играют главную роль травма и воспалительный процесс. Что касается, в частности, мисоселе sinus maxillaris, то, кроме указанных моментов, большинство авторов видит причину этой аномалии в закрытии Communicatio nasopalatina с полостью носа и скоплении свободной серозной или слизистой жидкости в полости пазухи (Jourdain и Deleschamps, Heath, Killian, Геркен, Hajek и др.). По мнению проф. В. И. Воячека мисоселе Highmоровой полости может развиваться или как самостоятельная форма, или же как вторая стадия эмпиэмы. Фролов полагает, что в происхождении мисоселе придаточных полостей носа могут играть роль травма, катарральное воспаление, периостит, люэтические рубцы, экзостозы и опухоли. По нашему мнению в происхождении мисоселе sinus maxillaris с несомненностью имеют большое значение механические препятствия, напр., стриктуры вследствие воспаления и посттравматических изменений; могут эти препятствия возникнуть и благодаря прилегающим опухолям, полипозным разращениям и т. п.

Клиническое течение разбираемой болезни — очень медленное, почти совершенно безболезненное. Болезнь не причиняет поэтому каких-либо

неприятностей ее носителю, и только наступающее обезображивание лица заставляет последнего обратиться к хирургу.

Прогноз страдания *quoad vitam* нужно в общем признать благоприятным. Разумеется, достигшее очень значительных размеров расширение полости может вызвать смещение таких важных органов, как глаз, может обусловить резкое отклонение носовой перегородки (наш случай I) и пр.

В патолого-анатомическом отношении процесс характеризуется, как уже сказано, расширением или растяжением стенок Highmop'овой пазухи вследствие относительного или абсолютного закрытия *ost. maxillaris*. Сначала расширяется носовая стенка, выпячиваясь в медиальную

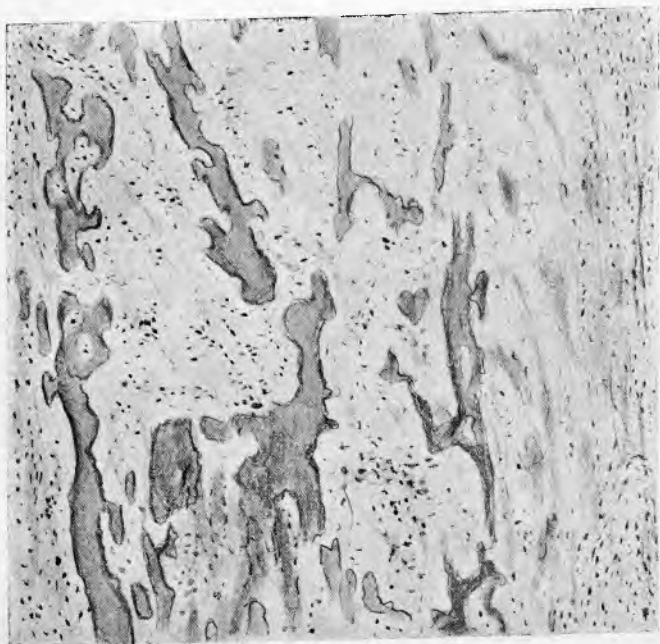


Рис. 6 Участок кости, подвергшейся рассасыванию. Основное вещество кости совершенно утратило нормальную структуру, имеет вид пластинок и полос различной формы с зазубренными краями. Костные тельца незаметны. Ядра не красятся. Между этими участками кости—новообразованная соединительная ткань. Кнутри прилежит плотная волокнистая ткань. Увеличение то же.

сторону, затем орбитальная и, наконец, передняя. Растяжение Н. полости иногда может достигнуть весьма значительных размеров (случ. проф. Воячека, наш случай I, где удаленной анатомический препарат представлял из себя как-бы большую костную коробку, вмещавшую в себе до 350 куб. см. жидкости).

Что касается гистологических изменений, какие претерпевают, при *mucosae*, слизистая, оболочка и стенка Highmop'овой полости, то в наших случаях имело место значительное развитие соединительной ткани в утолщенной мукозе. В поверхностных слоях ее находился значительный инфильтрат с преобладанием лимфоцитов и плазматических клеток, встре-

чались и полиморфноядерные лейкоциты. Эпителий в 2 из наших случаев отсутствовал, в 2 других был уплощен.

Со стороны кости при мусоселе наблюдаются явления истончения, рассасывания ее снаружи (рис. 6), при новообразовании кости (рис. 7) снаружи—вплоть до образования остеофитов.

Содержимое кистовидно растянутой пазухи может быть серозным, слизистым или слизисто-гнойным,—отсюда и названия *hydrops*, *mucoscele* и *pyoscele*. Чистый *hydrops* встречается все реже (по Killian'у в 8%). В наших случаях содержимое растянутой пазухи в одном случае было слизисто-гнойное, в других—слизистое или серозно-слизистое.

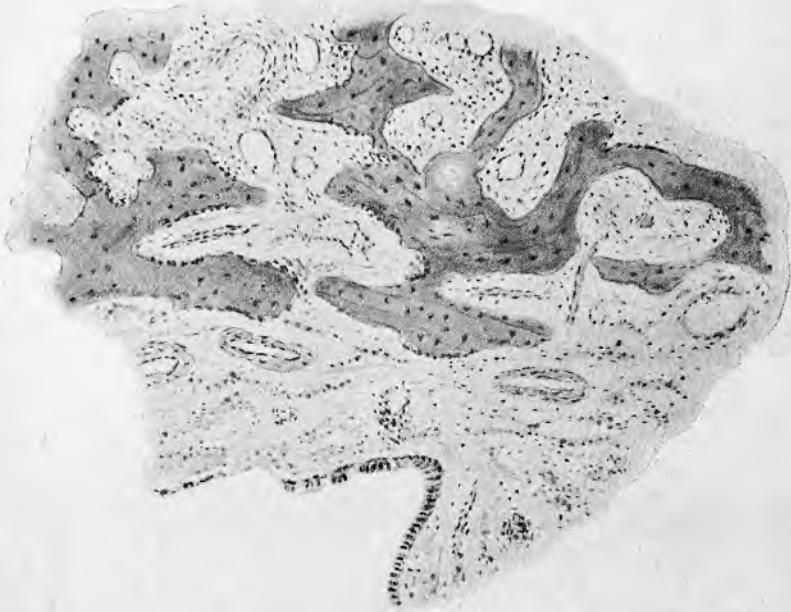


Рис. 7. Новообразованная костная ткань. Видны костные перекладины с хорошо заметными костными клетками. По периферии—слой остеобластов. В промежутке между костными перекладинами молодая соединительная ткань с значительным количеством клеточных элементов. Кнаружи от костного вещества соединительная ткань, носящая следы воспаления. В подслизистой ткани, кнаружи от слоя костной ткани (участок взят из носовой стенки Highmоr'овой полости), видны железы. Слизистая оболочка покрыта мерцательным цилиндрическим эпителием (эпителий слизистой обол. наружной стенки носовой стенки).

Диагностика *mucoscele sinus maxillaris* представляет известные затруднения, так как заболевание это может быть смешано с целым рядом других: гайморит, остео-саркома, развившаяся из задней стенки Highmоr'овой полости и проросшая в последнюю с выпячиванием передней стенки, слизистая киста Highmоr'овой полости, зубная околокорневая и фолликулярная кисты, закрытая эмпиема—все они могут симулировать интересующее нас заболевание. Во избежанае диагностических ошибок надо иметь в виду, что *mucoscele sinus maxillaris* представляет обычно следующие характерные особенности, мало свойственные перечисленным

выше заболеваний: 1) начало после бывшей травмы или воспалительного заболевания; 2) медленное и безболезненное развитие опухолевидного выпячивания соответственно верхне-челюстной пазухе; 3) значительное расширение стенок Highmоговой полости при отсутствии воспалительных явлений со стороны мягких тканей и кариозных зубов с пораженной стороны; 4) наличие мест размягчения костного вещества и в то же время—периастиальных отложений; 5) выпячивание медиальной стенки Н. полости в носовой ход, обнаруживаемое при риноскопии; 6) наличие в пазухе серозно-слизистой жидкости при пробном проколе; 7) затемнение Н. полости при рентгеновском исследовании; 8) при микроскопическом исследовании стенки кистовидно растянутой пазухи—а) значительную круглоклеточковую инфильтрацию со стороны слизистой оболочки с отсутствием или метаплазией эпителия, б) явления рассасывания кости с новообразованием костного вещества снаружи и в) значительное развитие соединительной ткани.

Переходя к дифференциальному распознаванию, отметим, что *гайморит* характеризуется: 1) возникновением болезни обычно после упорного насморка, 2) болью на пораженной стороне, 3) обильным выделением из носа, часто гнойного характера, 4) набухлостью слизистой носа, 5) в некоторых случаях появлением гноя под средней раковиной, 6) наличием кариозных участков кости. Этих признаков при *mucocele* мы не обнаруживаем, или, по крайней мере, встречаем лишь некоторые из них, и то выраженными в слабой степени.

Остеосаркому мы можем отличить от разбираемого нами страдания на основании: 1) быстрого роста, сопровождаемого болями, 2) твердости при ощупывании и отсутствия мест размягчения, 3) отрицательных результатов пробного прокола.

Кисты слизистой оболочки Highmоговой полости обычно бывают множественными, представляясь в виде желтоватых или беловатых тонкостенных пузырьков круглой или полукруглой формы, иногда сидящих на ножке. И величина, и количество их варьирует: Giraldès наблюдал в челюстной пазухе более 20 кист, Neumann—11. Schlagenhauer—около 21; у Werkheer'a приводятся случаи Beraud и Werpencil'a, где по всей слизистой челюстной пазухи были рассеяны маленькие кисты величиной с конопляное зерно; с другой стороны описаны случаи, где киста совершенно выполняла совершенно всю полость (Giraldès, Luschka, Neumann). Содержимое кист может быть серозным жидким или иметь консистенцию яичного белка.

Что касается *околокорневых зубных кист*, то еще Dupuytren (1833), устанавливая диагностику челюстных кист, считал исходным пунктом их кариозные зубы.

Для *радикулярных кист* характерен медленный, постоянный рост, протекающий совершенно безболезненно. Совершается он в сторону наименьшего сопротивления, почему иногда наблюдается, что киста частично или полностью занимает область верхне-челюстной пазухи. Прорыв кисты в Highmогову полость наблюдается редко, чаще киста оттесняет впереди себя слизистую antri, пока последняя не спадается в виде пустого сложенного мешка. Кисты эти чаще наблюдаются в верхней челюсти. По Perthes'у большая часть околокорневых кист встречается в 20—30-летнем возрасте. Содержимое кисты—серозно-слизистая жидкость, содер-

жающая в значительном количестве лейкоциты, красные кровяные тельца, плоский эпителий, кристаллы холестерина (Römer). При исследовании стенки кисты обнаруживаем эпителиальный слой, инфильтрированный круглыми клетками; часто эпителиальные тяжи тянутся в глубину. При рентгеновском исследовании можно видеть обнаженный конец верхушки корня, торчащий в полость кисты. Важно отметить еще, что при кистах этого рода мы не наблюдаем периостальных отложений (Hauenstein, Partsch). В патогенезе околокорневых кист, по мнению многих авторов, играют роль эмбриональные эпителиальные остатки Malassez (débriis épithéliaux paradentaires Malassez), группирующиеся вокруг корневой верхушки.

При *фолликулярных кистах* дело идет об образовании мешчатых опухолей из зубного фолликула, по Reskerf'y—по окончании образования эмали. Обычно эти кисты наблюдаются в возрасте от 12 до 16 лет, на зачатках второго прорезывания, чаще встречаются в нижней челюсти. Возникновение их нужно поставить в зависимость от расстройств в развитии зубов. По Sternfeld'y здесь мы имеем т. наз. гетеротопию—развитие зуба на ненормальном месте; может здесь быть и совершенная ретенция зуба. Ретинированные зубы или их рудименты являются исходными пунктами для образования фолликулярных кист, причем происходит кистозное перерождение фолликулярного мешка. При микроскопическом исследовании стенки этих кист мы видим картину, сходную с той, которую можно наблюдать в случае кисты околокорневой: имеется внутренняя выстилка из нескольких рядов эпителиальных клеток, а снаружи—соединительнотканый слой, богатый кровеносными сосудами. Не говоря уже о таких данных патогистологического исследования, фолликулярные кисты могут быть дифференцированы от мисоселе sinus maxillaris наличием в полости их зубов, которые обращены в полость коронкой, или их рудиментов.

В случае *закрытой эмпиэмы*, когда сообщительное с носовой полостью отверстие закрывается, как и при эмпиэме вообще, мы будем иметь воспалительные явления со стороны мягких тканей, более быстрое развитие, болезненное течение, наличие кариозных участков кости. В некоторых случаях, однако, процесс носит столь доброкачественный характер, что не представляется возможным отличить его от разбираемой нами формы мисоселе, почему вполне понятно, что некоторые авторы и относят это заболевание к закрытым эмпиэмам.

Обращаясь, наконец, к лечению мисоселе Highmop'овой полости, заметим, что при этом заболевании лучше всего производить операцию по Caldwell-Luc'y, притом без выскабливания слизистой (Воячек).

В ы в о д ы:

1) Mucocoele sinus maxillaris характеризуется значительным расширением верхне-челюстной пазухи, происходящим вследствие давления скапливающегося в ней секрета в результате закрытия истинного отверстия Highmop'овой полости.

2) Течение процесса представляется здесь медленным и безболезненным, сказываясь лишь—при значительном растяжении стенок полости—обезображиванием лица.

3) В происхождении мисоселе играют главную роль травма и предшествовавшее воспаление.

4) При пальпации верхней челюсти можно обнаружить в некоторых местах участки размягчения костного вещества, дающие впечатление флюктуации.

5) При риноскопии у больных с разбираемым заболеванием обнаруживается выпячивание медиальной стенки верхне-челюстной пазухи в носовой ход.

6) Рентгеноскопия дает затемнение Highmоr'овой полости на пораженной стороне.

7) Пробный прокол обнаруживает при мусоселе серозную или слизистую жидкость.

8) При патолого-анатомическом исследовании мы имеем: а) значительно растянутую пазуху, превосходящую нормальные размеры полости во много раз; б) истонченную костную стенку полости при наличии в некоторых местах утолщения всей стенки; в) микроскопическое исследование обнаруживает—со стороны слизистой отсутствие эпителия или замену его плоским, значительную круглоклеточковую инфильтрацию в подэпителиальном слое, при отсутствии эпителия—грануляционную ткань; костная ткань представляет явные следы рассасывания, местами совершенно утрачивая нормальную структуру; с другой стороны в ней обнаруживаются явления новообразования кости.

9) Прогноз при кистовидном растяжении Highmоr'овой полости *quoad vitam* благоприятен.

10) При лечении мусоселе Highmоr'овой пазухи, как и при мусоселе других придаточных пазух, необходимо, во избежание рецидивов, создавать широкое соустье с полостью носа.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Астахов Н. А. Дисс., СПб., 1908.—2) Boenninghaus. Handb. d. spez. Chir. d. Ohres u. d. Oberenluftwege, herausg. L. Katz u. Blumenfeld, Bd. III, 1923.—3) Вечтомов А. А. Перм. Мед. Журн., 1923, № 1—2.—4) Воячек В. И. Вест. ушн., горл. и нос. бол., 1912, стр. 816.—5) Он же. Ушные, нос. и горл. болезни, ч. II. 1926.—6) Геркен Н. А. Дисс., Казань, 1892.—7) Он же. Рус. Хир., 1904, отд. XIII.—8) Головин С. С. Вест. Офт., 1909, т. 26.—9) Dmochowsky. Arch. f. Laryng., 1895, Bd. III.—10) Hajek. Path. u. Ther. d. entzündl. Erkrankungen d. Nebenhöhlen d. Nase, 1909.—11) Kaufmann Ed. Lehrb. d. spez. pathol. Anat., 1922, Bd. I.—12) Killian G. Handb. d. Laryng. u. Rhinol., 1900.—13) Partsch. D. Monat. f. Zahnheilk., 1892, H. 17.—14) Паутов Н. А. К пат. придаточных пазух носа в связи с атрофическим ринитом. Петроград, 1923.—15) Ribbert. Lehrb. d. allg. Path. u. path. Anat., 1923.—16) Scheff. Lehrbuch d. Zahnheilk., 1909.—17) Zuckerkandl E. Norm. u. pathol. Anatomie d. Nebenhöhlen d. Nase, 1882.—18) Цытович М. Ф. Болезни уха, носа и горла, Саратов, 1924.
-

D-r P. J. Kartascheff (Perm). Ueber die cystenartige Erweiterung des Sinus Highmori.

Auf Grund von 4 eigener Beobachtungen und der Literaturangaben kommt Verfasser betreffend dieser Erkrankung zu folgenden Schlüssen: 1) Die Mucocoele Sinus maxillaris ist durch die beträchtliche Erweiterung des Sinus characterisiert, welche infolge des Druckes des in ihm sich ansammelnden Sekrets, da die eigentliche Oeffnung des Sinus Highmori geschlossen ist, entsteht. 2) Die Krankheit verläuft gewöhnlich langsam und ohne Schmerzen und wird bei beträchtlicher Erweiterung des Sinus nur durch die Entstellung des Gesichtes bemerkbar. 3) Die Hauptrolle bei der Entstehung der Mucocoele spielt das Trauma und die vorhergegangene Entzündung. 4) Bei der Palpation des Oberkiefers kann man an manchen Stellen Erweichungsherde der Knochensubstanz entdecken, welche den Eindruck der Fluktuation geben. 5) Bei der Rhynoskopie von Kranken mit der in Rede stehenden Erkrankung wird eine Ausweitung der medialen Wand des Sinus maxillaris in den Nasengang entdeckt. 6) Die Röntgenoskopie zeigt eine Verdunkelung des Sinus Highmori auf der kranken Seite an. 7) Bei der Probepunction wird bei Mucocoele seröse oder mucinhaltige Flüssigkeit gefunden. 8) In dem pathologisch-anatomischen Bilde der Erkrankung verdienen folgende Tatsachen die Aufmerksamkeit: der Sinus Highmori ist so erweitert, dass sein Umfang vielmal die Norm übertrifft, die Wand des Hohlraumes ist theils verdünnt, theils aber dicker als in der Norm; das Epithel, welches den Sinus auskleidet, fehlt zuweilen, zuweilen ist es durch Plattenepithel ersetzt, in der subepithelialen Schicht wird bedeutsame rundzellige Infiltration entdeckt; in dem Knochengewebe werden entweder Erscheinungen der Resorption, oder Erscheinungen von Knochenneubildung constatirt. 9) Die Prognose quoad vitam ist bei dieser Erkrankung günstig. 10) Bei der Behandlung ist es unentbehrlich, um Rezidive zu vermeiden, eine breite Verbindung zwischen dem Sinus maxillaris und dem Nasenraum zu schaffen.

К диагностике и прогнозу каверн при тbc легких.

Э. А. Гальперина (Иваново-Вознесенск).

Освещение любого вопроса в медицине зависит от двух положений: от методов исследования, которыми мы владеем, и от господствующих теоретических учений. В отношении диагностики и прогноза каверн обе эти причины настолько изменились, что пересмотр вопроса о кавернах в настоящее время вполне назрел.

Общее внимание заострил Graeff, который в 1921 г. на С'езде в Эльстере ознакомил медицинский мир с его заключением, что предсказание при не поддающихся сжатию кавернах безусловно печальное: самые маленькие каверны, может быть, и могут в редких случаях исцеляться, но каверны побольше обозначают смерть через более или менее короткое время. Этот автор никогда не мог обнаружить паталого-анатомически исцеленных каверн. Этот вывод, если он справедлив, имеет не только теоретическое значение, но и практическое: он решает в отрицательном смысле вопрос о направлении кавернозных больных, не подходящих под лечение пневмотораксом, в санатории.

Откликом работы Graeff'a явилась целая литература. De la Camp, Backmeister и Piesbergen примыкают к Graeffу, Giegler (из Института Aschoff'a) на основании вскрытий 72 тbc трупов с кавернами также отрицает (может быть, за редчайшими исключениями) возможность исцеления при кавернах. Он полагает, что исцеленными случаями можно считать лишь те, где наблюдается замещение грануляционной ткани обычной соединительной с эпителиализированием ее поверхности, причем лично он ни разу таких каверн не наблюдал; напротив, даже в казавшихся макроскопически очищенными кавернах он мог обнаружить наличие прогрессирующих бугорково-казеозных участков. Kluge тоже указывает на необычайно мрачное предсказание открытого тbc в детском возрасте: лишь ничтожный процент таких детей, даже при наиболее тщательном уходе, достигает возраста полового созревания. Frisch из 195 кавернозных больных через 10 лет видел в живых лишь 6, при 38 исчезнувших из-под наблюдения; он присоединяется к выводам Graeff'a, подчеркивая, что эта мрачная картина может смягчиться лишь при своевременной терапии с давлением.

Несколько оптимистичнее взгляд второй группы авторов, которые допускают возможность самостоятельного исцеления каверн. Turban и Staub приводят 12 случаев излечения последних, хотя в общем и считают присутствие их грознейшим симптомом. Jedlicka приводит 10 случаев клинического излечения каверн, причем особенно демонстративен был один из этих случаев, где через 2 месяца консервативного лечения каверна диаметром в 4½ сант. исчезла (подтверждено рентгенограммой). Ritter приводит свою статистику, подтверждающую мрачность предсказания при кавернах, но все же допускающую возможность исцеления. Относительно-благоприятное значение имеют пожилой возраст и особенно материально-бытовые условия больных. Санаторное лечение и отдых имеют особое значение в предупреждении и течении каверн, но отбор кавернозных больных для санаторного лечения должен быть очень осторожен.

Если взгляд Giegler'a на отсутствие при кавернах анатомического исцеления и справедлив, то это не исключает, однако, возможности клинического исцеления, когда каверны обнаруживаются лишь как случайная находка. По Lydtin'у каверна ухудшает прогноз, но решающее значение имеет все же характер процесса.

Таким образом и эта группа авторов, допуская возможность исцеления каверн, считает их присутствие за серьезнейший прогностический симптом. Опасности

каверн кроются в возможности перехода заражения их стенок на здоровую до того легочную ткань, в возможности кровохаркания, спонтанного пневмоторакса и в присоединении смешанной инфекции. Эти опасности тем серьезней, чем больше каверны по величине, но в отношении смешанной инфекции и мелкие каверны в большом количестве, благодаря большой площади изъязвления, могут быть столь же опасны, как одна большая (Ritter). Смешанная инфекция опасна не возможностью вызвать сепсис, что бывает очень редко, но благодаря ее влиянию на сердечную деятельность, в результате чего понижается сопротивление всего организма инфекции, и благодаря ослаблению оборонительной деятельности соседней здоровой ткани.

У некоторых авторов в вопросе об определении каверн играет роль величина каверны. Если все согласны в том, что под каверной надо понимать полость в легком, получившуюся вследствие распада легочной ткани, то некоторые настаивают на необходимости дополнить это определение указанием на величину полости. Giegler, напр., в своей работе принимал во внимание лишь каверны с диаметром в $1\frac{1}{2}$ сант., так как мельчайшие каверны часто удается определить только при микроскопическом исследовании. Но, пожалуй, прав Graenning, что вопрос о величине есть вопрос вкуса и, конечно, опыта.

Распознавание каверн—вопрос большой трудности, и большинство авторов, даже таких опытных, как Backmeister, отмечает, что каверны встречаются несравненно чаще, чем их диагностируют и клинически, и рентгенологически. Lüdtn из 2600 больных (клинический материал) определил каверны у 771—30%, Backmeister из 1523 у 220—14%.

Первые опорные точки для диагностики каверн дают результаты микроскопического исследования мокроты больных. По Ritter'у результаты эти настолько ценны, что позволяют диагностировать каверну даже в тех случаях, когда ни физическими методами исследования, ни рентгенологически она не определяется. Монетообразная мокрота, по этому автору, почти всегда указывает на каверны, комковатая тоже образуется лишь в кавернах, представляя слепок маленьких или мельчайших каверн. Я полагаю, что и комковатая, и монетообразная мокрота могут также представлять слепок маленьких бронхов при неспецифических бронхитах,—ежедневный опыт учит нас, что острые и подострые бронхиты при отсутствии бронхоэктазий сопровождаются выделением такой мокроты.

Значение данных перкуссии и аускультации в диагностике каверн относительно, ибо данные эти зависят главным образом от глубины расположения каверн и от свойств окружающей ткани. При перкуссии обычный для каверн тимпанический звук, при достаточной их величине и наличии способных к колебанию стенок, может получить металлический оттенок. При аускультации обычно отмечают бронхальное или амфорическое дыхание и крупно-пузырчатые хрипы, но эти звуковые явления могут быть проводимы и от бронхов, если легочная ткань безвоздушна и инфильтрирована. Звучные влажные хрипы всегда указывают на каверны. Из других аускультативных симптомов каверн чаще встречается Wintrich'овское изменение звука; Gerhard'овское и Friedrich'овское изменение звука и «шум треснувшего горшка» наблюдаются несравненно реже.

Микроскопическое исследование мокроты тоже дает важные указания. Наличие эластических волокон, как несомненный признак распада, безусловно говорит, по Ritter'у, за наличие каверн. За это же большею частью говорит и обнаружение в мокроте палочек Koch'a; правда, в некоторых случаях палочки могут выделяться и при отсутствии каверн из туберкулезных язв слизистой бронхов, но обычно дело касается при этом распада легочной ткани. Последнее подтверждается наличием эластических волокон, которые, при тщательном исследовании, можно обнаружить в мокроте несравненно чаще, чем это обычно отмечается.

Кровохарканье или выделение окрашенной кровью мокроты, за исключением случаев кровохаркания при болезнях сердца и сосудов и эмболиях, почти всегда бывает на почве каверн. Рецидивирующие повышения температуры выше $38,5^{\circ}$ с познабливанием и гриппообразными явлениями говорят за смешанную инфекцию, частую при кавернах; в случаях, не осложненных смешанной инфекцией, температурная кривая не превышает $38,5^{\circ}$, познабливание и гриппозные явления отсутствуют, и ремиссии бывают очень незначительны.

Диагностика каверн на основании клинико-лабораторного исследования иногда не приводит к положительным результатам (центральные каверны, «глухие» каверны, т. е. не сообщаящиеся с крупным бронхом, случаи инкапсулированного пневмоторакса), и тогда очень ценные данные может дать исследование рентгеновскими лучами. При этом для окончательного суждения часто недостаточно бывает

однократного просвечивания и одного снимка.—приходится прибегать к повторным, отдельно снимая верхушки и т. д. и сравнивая полученные снимки с данными клинического исследования.

Каверны бывают резко очерчены и круглы лишь при обростании их фиброзной тканью, т. е. главным образом при продуктивных формах туберкулеза, по терминологии сторонников дуалистической школы (Virchow), когда располагающийся кольцом грануляционный вал ясно выделяет светлую круглую полость, лишенную рисунка легких. Но необходимо помнить, что, при толщине легких в 10—12 сант., часто спереди или сзади каверны сохраняется легочная ткань, и тогда рисунок легких может быть налицо.

Значительно сложнее рентгенодиагностика каверн, происходящих из экссудативных участков, когда края полостей неравномерны, и очертания их неясны. К просветлению кольца, которое может быть образовано островками нормальной или эмфизематозной ткани, расположенными среди патологической ткани, нужно относиться очень осторожно. Часто поворачиванием больного перед экраном можно разрешить сомнение, а иногда наличие жидкости в кавернах разрешает вопрос.

Комбинация лабораторно-рентгеновых методов с клиническими и сопоставление их с ходом болезни и дает при тbc легких опору для прогноза—«высшего искусства врача» (Leyden).

ЛИТЕРАТУРА.

Giegler. Beitr. z. Kl. d. Tbc., 1926, Bd. 60.—Frisch. Ib., 1925, Bd. 62.—Lydlin. Ib.—Ritter. Ib.—Grau. Zeit. f. Tbc., 1924, Bd. 40, 42.—Backmeister u. Piesbergen. Ib., Bd. 41.—Turban u. Staub. Ib.—Roubier. Ref. в Zentr. f. d. ges. Tub., Bd. 24.—Iedlicka. Ref. ibid.—Redaelli. Ref. ib., Bd. 22.—Sergent et Bordet. Ref. ib., Bd. 23.—Roubier et Majoux. Ref. ibid.

Из отчета о научной командировке за границу в 1925 г.¹⁾

Прив.-доц. С. П. Виноградовой (Киев).

Весною 1925 г. мною была исходатайствована перед Факультетским Советом научная командировка на Съезд Германских Акушеров и Гинекологов в Вену. К сожалению, заграничный паспорт мне выдали уже после окончания Съезда, а потому, желая более продуктивно использовать пребывание за границей, я поставила себе целью более детально ознакомиться с некоторыми вопросами, главным образом в области изучения крови и капилляроскопии. С этой целью я побывала в Берлине, Галле, Лейпциге и в Вене.

Приехав за границу в сентябре месяце, я как раз попала в каникулярное время, когда немецкие профессора обыкновенно бывают в отъезде, и клиническая работа сама собой затихает. За то в октябре месяце, наоборот, научный мир всегда сильно оживает, так как в это время обычно по всем германским университетам начинаются повторительные курсы для врачей, и к этому сроку съезжается много врачей-иностранцев. Так, в Берлине, по газетным сведениям, в 1925 г. было

¹⁾ Доложено в заседании Факультетской Комиссии Киевского Клинического Института 24/II 1926 г.

зарегистрировано на повторительных курсах более 10 тысяч иностранцев. Интересно отметить, что количество приезжих врачей-акушеров было в этом году заметно меньше, чем 2 года тому назад, когда я была в Берлине, что, конечно, объясняется отсутствием обаятельной личности покойного проф. Витма.

Со смертью последнего его клиникой руководил проф. Warnekros, а в настоящее время туда избран известный акушер профессор Stoeckel. В бывшей клинике Витма я застала тот же персонал, почти ту же работу, но чувствовалось отсутствие большого авторитета. Прежний праздничный вид клиники, с колоссальным наплывом в нее врачей, пропал. Шла обычная будничная работа. Почти все ученики и сотрудники проф. Витма получили назначения и оставляли клинику. Так, проф. Warnekros с ноября месяца 1925 года перешел на место Kehriga, в Дрезден, проф. Scheffer получил большое родовспомогательное заведение и т. д. Видела я там много операций Warnekrosa, Sieppel'a и др. и могу отметить удивительно красивую хирургическую работу, во многих случаях не уступающую работе их покойного учителя. Интересно отметить применяющийся там новый способ дезинфекции кожи больной при операциях: после мытья мылом и щеткой протирают кожу спиртом, эфиром, а затем 2% субимат-алкоголем. Вообще в германских клиниках прежний способ Grossich'a (дезинфекция t-ga jodi), повидимому, оставлен. В клиниках проф. Franz'a и Stoeckel'a дезинфекция производится только 80% спиртом, в Вене всюду распространен для дезинфекции коллоидальный Pregel'евский раствор йода и пр.

В другой акушерской клинике Берлина, проф. Franz'a, я тоже не могла отметить каких-либо особых перемен за последние 11½ года: тот же консервативный взгляд на лечение послеродовых инфекционных и воспалительных заболеваний, та же прекрасная оперативная техника. Из новостей укажу на операцию Kjeilanda при проляпсах и широкое применение, с хорошим результатом, инъекций калькофизина, препарата hyrophisis cerebri с кальцем, при идиопатическом периоде. Вливания делают внутривенно, медленно и непременно в лежачем положении больной, три дня подряд: в первый день вводится 1,0 калькофизина, а во второй и третий — по 2,0; после инъекций проводится полный покой в течение получаса.

В виду того, что с Берлинскими гинекологическими и акушерскими клиниками я хорошо ознакомилась в свою прошлую поездку, на этот раз я решила более подробно познакомиться с постановкой здесь дела ухода за новорожденными, главным образом, за недоносками. С этой целью я посетила Дом охраны ребенка — Kaiserin-Augusta-Victoria-Haus. Это богатейшее учреждение, — пожалуй, единственное по своему богатству во всей Германии, — состоит из многих 2-этажных домов, окруженных цветниками и соединяющихся стеклянными галереями. Главная задача его — научно-экспериментальная. Для этого здесь имеется прекрасная библиотека почти со всей мировой литературой по детским болезням и несколько лабораторий с массой экспериментальных животных. Последнее время почти все внимание обращено здесь на болезни обмена веществ; в частности ведутся крайне интересные исследования над рахитом, для чего производят, между прочим, эксперименты над обезьянами, у которых вызывают искусственно рахит. Кроме того, это учреждение имеет свою целью подготовку персонала по уходу за детьми, особенно грудного возраста; для этой цели здесь устроены аудитории, имеется кино, постоянно делаются снимки-фильмы с работы заведения, имеется музей, выпускаются популярные книги и готовятся лекторы, которые выступают с публичными лекциями не только в Берлине, но и по всей Германии. Кроме того, каждая мать имеет возможность временно поступать туда с ребенком, как в школу, чтобы научиться правильному уходу за детьми. Всего сюда принимают не более 150 детей, всех за плату, так как учреждение это содержится на собственные средства. Надо заметить, что оно пользуется прекрасной репутацией, почему многие состоятельные семьи отдают туда детей для выкармливания.

Главное внимание обращено здесь на уход и кормление детей грудного возраста, как здоровых, так и недоносков и с нарушениями в обмене веществ. Новорожденных и грудных детей кормят очень мало, не более 5 раз в сутки, и у груди то дают приком. Стремятся как можно меньше лечить детей. При поносах и падении веса делают 1—2 пропуски в кормлении молоком, заменяя его малями дозами чая, а затем, медленно повышая дачу молока, переходят к груди. Больных детей держат в большом тепле. Нормально развитым детям приком начинают

давать с 3 мес. в виде манной каши, а с 5 мес. — дакт овощи в виде пюре из свеклы, моркови, помидоров, бананов и др. При искусственном вскармливании из всех предлагаемых смесей применяют не более 5. Наиболее приемлемой смесью для новорожденного считают получаемое при сбиивании сливочного масла пахтанье, в котором содержится много солей, нет углеводов и очень мало жира. К пахтанью прибавляют углеводы в виде сахарного песка — в количестве 3% и мандарина (очень измельченная манная крупа) в такой же пропорции. Пища учитывается по калориям. Первая порция дается в 67 калорий; если ребенок не повышается в весе, то прибавляют жиры; витаминов не дают совсем. Вторая смесь — коровье молоко в разведении от $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ до цельного. Третья смесь — молоко с углеводами (5—7%). Четвертая — манная каша и пятая — овощные пюре. Вот все смеси, которые употребляют в этом заведении, строго индивидуализируя их применение для каждого ребенка. Если дети вскармливаются кормилицей, то на 1 кормилицу полагают 10 детей, всего же в заведении имеется 14 кормилиц. Дети содержатся в больших, высоких комнатах, с массой света и воздуха. Многие дети почти целый день лежат на закрытых или открытых верандах.

В помещении для недоносов главное внимание обращено на отопление—¹⁰ комнаты поддерживается от 22 до 26° R в зависимости от слабости недоносов. Особенно слабых детей с температурой тепла ниже нормы, напр., 26°С, согревают еще в постельке типа ванночки с двойными стенками, между которыми протекает вода определенной т°. Широко применяют у таких детей и кислород, для чего по-душку с кислородом открывают над горюшкой ребенка периодически на 3—5 мин., через 5—8 мин., пока ребенок не покраснеет. При резком ослаблении дыханий впрыскивают подкожно лобелин—вещество, действующее на дыхательный центр, в количестве 0,01, и 10% кофеин по 0,1. Если у недоноска останавливаются дыха-ние и сердцебиение, то вслед за лобелином впрыскивают в сердечную мышцу стро-фантин с адреналином. Кормят недоносов часто, до 10 раз в сутки, грудным моло-ком из пипетки, по 5,0, с прибавлением 2% плазмона (препарата белка). Наилуч-шие результаты получают при очень осторожном повышении количества пищи, — более, как на 1,0 каждый день на прием; благодаря такому осторожному кор-млению, при соответственном тепле и уходе, в заведении выживали даже дети, рожденные с весом 815,0 и с температурой тела в 26°С. Почти все недоноски считаются предрасположенными к рахиту, почему, как правило, всех их освещают горным солнцем.

Не могу здесь не упомянуть еще о прекрасной детской клинике проф. Piguet, которую мне пришлось осмотреть в Вене. Это—совершенно новая клиника, открытая уже после окончания войны. Построенная на возвышенном месте, с массой больших окон, вся клиника выглядит, как большая оранжерея. Внутри все поражает своей белизной, уютом. Почти все стены выкрашены масляной краской или выложены кафелями с детскими рисунками, всюду детская красивая гигиеничная мебель и шкафы с игрушками. При беглом осмотре я, конечно, не могла углубиться в детали работы этого учреждения, мне хотелось-бы только отметить некоторые, проводимые здесь, принципы лечения детей. При хронических заболеваниях, напр., при диабете и туберкулезе, детей знакомят с их болезнью и учат уходу за собой: уже 6—7-летний ребенок выпрыскивает сам себе инсулин под кожу, выбирает и высчитывает в калории пищу для себя, сам взвешивается и наблюдает за ходом своей болезни. Туберкулезные дети лежат круглые сутки на открытых верандах, для них нет даже палат внутри здания, а имеются только столовая и уборные. Дети так привыкают к свежему воздуху, что после еды спешат скорее оставить помещение. Выздоровливающие играют, бегают на этих верандах-крышах, больные лежат в постелях. Даже лихорадочное состояние не является противопоказанием к этому режиму.

Не знаю, каковы реальные результаты этого лечения, но на вид дети с туберкулезом даже второй степени выглядят здесь цветущими и такими здоровыми, что не верится в их болезнь.

Отделение для грудных детей окружается особой тщательностью, как в отношении ухода и персонала, так и в отношении чистоты, тепла, воздуха и кухни.

В инфекционном отделении дети лежат поодиночке в больших стеклянных боксах. Интересно, что для каждого ребенка здесь имеется отдельно ухаживающая сестра.

Наиболее простой способ ухода за недоносками я наблюдала в акушерской клинике проф. Ренатта в Вене. Там ребенка, совершенно раздетого, укладывают в обыкновенную детскую кроватку, но над тельцем ставят световую дугу со сте-

жидкой верхней крышей, через которую можно наблюдать за состоянием ребенка. Головка ребенка всегда находится снаружи, вне грелки.

Неменьший интерес, чем уход за новорожденными, представляла для меня проблема злокачественных опухолей. Известие о том, что двум английским ученым Gye'ю и Barnard'у, удалось открыть возбудителя рака, было встречено в Германии с величайшим вниманием. Проф. Нюеск, в Лейпциге, у которого мне пришлось бывать, назвал 18/VII, т. е. день когда в Lancet'e появились их работы ¹⁾, — историческим днем. Подобным же образом высказывалась и широкая газетная пресса, где впрочем в духе сенсации передавались слухи о том, что англичане похитили это открытие у немецких ученых, которые значительно раньше пришли к тем же самым выводам. Заинтересованная всем этим, я поспешила познакомиться с Раковым Институтом в Берлине, директор которого, проф. Blumenthal, и являлся именно тем лицом, чье имя больше всего связывалось с открытием бацилл рака. И действительно, ему удалось выделить из раковой опухоли человека целый ряд, — более 10 штаммов, — бактерий (*b. tumefaciens*), культуры которых обладали свойством вызывать у крыс образование злокачественных опухолей. При этом для благоприятных результатов оказывалось необходимым прибавление лимфы из заболевшего органа и кизильгура (вроде кремнезема). Такого рода соединение вызывало рак в 15 поколениях крыс подряд. Совершенно понятно, что открытию Blumenthal'я придается в Германии величайшее значение. Зато значительно скромнее там высказываются об открытии англичан. Сам Blumenthal указывает на то, что англичане работают до сих пор только с культурами из куриной саркомы, т. е. пользуются открытием, сделанным американцем Roux; переноса же опухоли с человека на крыс, который удался самому Blumenthal'ю, англичане еще добиться не могли. Вместе с тем Blumenthal не мог не признать, что блестящая постановка английских опытов сделала возможным выяснение механизма прививки, показав, что, помимо возбудителя рака (ультрамикроба), для инфекции необходим еще специфический химический фактор, находящийся в ткани заболевшего органа. Поэтому, напр., и Blumenthal'ю помимо *b. tumefaciens* приходилось еще прибавлять лимфу заболевшего органа. Далее, англичане показали, что размножение вируса происходит лучше всего в анаэробной среде, каковое обстоятельство и объясняет важность недостатка кислорода в возникновении злокачественных новообразований. На прилагаемой схеме видны различия между открытием англичан и немцев.

Исслед. Blumenthal'я.

Исслед. Gye'я и Barnard'a.

Возбудитель.

Возбудитель выделен (*b. tumefaciens*).

Возбудитель не выделен (оперируют с фильтрующимся, ультра-микроскопическим вирусом *tytog'a* из инфекционной куриной саркомы).

Размножается *аэробно*.

Размножается *анаэробно* в особой среде (сыворотка кролика, KCl, бульоны кусочек 12—16-дневного куриного эмбриона). В этой среде достигается миллионное разведение и условия наилучшего развития вируса.

Условия прививки.

B. tumefaciens (паразит) + кизильгур (раздражающий фактор) + лимфа пораженного органа (нечисто выделенный химический фактор).

Фильтрующийся вирус (паразит) + кизильгур (раздражающий фактор) + вытяжка *tytog'a*, где сам вирус был убит хлороформом (чисто выделенный химический фактор).

Так получается сальсег человека у 15 поколений крыс (безусловно злокачественная опухоль).

Так получается инфекционная саркома у кур (инфекционная гранулема).

¹⁾ W. E. Gye. The etiology of malignant newgrowths. — I. E. Barnard. The microscopic examination of filterable ruses associated with malignant newgrowths.

Все эти открытия дали громадный толчок для пересмотра взглядов на происхождение злокачественных новообразований и побудили едва-ли не всех патологоанатомов Германии заняться этой областью. В частности не могу не отметить большой экспериментальной работы по злокачественным новообразованиям, которую проводит проф. Нюеск в Лейпциге.

Большое оживление наблюдается также здесь и в отношении лечения опухолей. Кроме обычного применения ножа и x-лучей в Германии теперь применяют в большом числе и другие терапевтические методы лечения. Так, напр., в Берлинском Институте *Blumenthal*'я делают инъекции внутривенно или внутримышечно из собственной крови больного по 20,0, 1 раз в неделю в течение 6 недель подряд; печат вытяжками из селезенки и поджелудочной железы; видят хорошие результаты от серотерапии, вводя для этой цели брюшную или плевральную экссудат, от 5,0 до 10,0 внутримышечно; применяют также аутовакцину из живых клеток опухолей; в целях нейтрализации токсинов выпрыскивают при токсических формах злокачественных новообразований и у больных с явлениями кахексии препараты из группы трифенолметана, как *Pyrolblau* 1/2%, *Methylgrün*. Однако эти препараты сами по себе являются ядовитыми, в виду чего их химическим путем нейтрализуют такими веществами, как напр., тальк, перий, уран и т. п. Указанные вещества, как *Pyrolblau*, введенный в 1/2% растворе от 0,5 до 1,0%, действуют непосредственно на клетки новообразования. Как мне пришлось самой убедиться, все эти методы лечения проводятся в Институте *Blumenthal*'я, конечно, над большими уже с далеко зашедшим процессом и, по словам наблюдателей, иногда с хорошим успехом.

Что касается оперативного лечения злокачественных новообразований у женщин, то среди германских гинекологов за последнее время несколько изменился взгляд на этого рода вмешательство. Так, проф. *Frank* раковых больных в возрасте после 55 лет вообще не оперирует а лечит исключительно радием и рентгеном, при этом радий вставляется малыми дозами—не свыше 100 mgr., но на более продолжительные сроки—от 35 до 48 часов. В клинике покойного проф. *Bum*'я тоже пришли к выводу, что малые дозы радия при продолжительном действии дают лучшие результаты, нежели применявшиеся раньше большие дозы. В этой же клинике попрежнему перед операциями производят вирулентную пробу *Phillips*'а, но уже оставили профилактическую аутовакцинацию и при наличии вирулентной инфекции не оперируют раки матки совсем, а лечат исключительно x-лучами.

Далее можно отметить более широкое применение вагинальных операций при раковом поражении женских гениталий. Проф. *Stoessel* оперирует все раки матки только *per vaginam*. Этот метод был, как известно, в свое время разработан покойным проф. *Schauta* в Венской Университетской клинике, где и в настоящее время продолжают оперировать исключительно через влагалище. Такое направление обуславливает не только более благоприятный первичный эффект операции, ибо известно, что вагинальная экстирпация раковой матки дает первичную смертность от 4 до 5%, тогда как смертность при абдоминальной операции *Wertheim*'а равняется 10%, но,—что очень важно,—длительное наблюдение над оперированными раковыми больными также показывает решительное преимущество вагинального пути пред абдоминальным.

Это последнее обстоятельство находит себе объяснение в систематической работе патолого-анатома проф. *Frankel*'я, цикл лекций которого я прослушала. Исследуя в течение 20 лет препараты пораженной раком матки, он нашел, что наибольшее разрастание раковых клеток происходит в клетчатке, окружающей матку, главным образом в основании широкой связки. Даже в самых начальных стадиях рака маточной шейки при тщательном исследовании параметрии можно найти целые цуги клеток рака в лимфатических путях в то время, как ближайшие железы бывают совершенно свободны от метастазов. При вагинальном удалении матки можно легко удалить почти всю окружающую клетчатку и даже все влагалище, что трудно выполнить, если оперировать через живот.

Наряду с этиологией и терапией много внимания уделяют в настоящее время на Западе ранней диагностике рака. По статистике немецких гинекологов в довоенное время в начальных стадиях рака матки являлось в клиниках приблизительно 10,5% раковых больных, во время войны % этот резко пал—до 6,5%, после войны же % этот поднялся до 12—15 и с каждым годом растет. Объясняется это более высокой квалификацией врачей, усовершенствованием методов исследования, а также более широким распространением медицинских сведений среди населения.

Из методов диагностики рака матки биопсия находит себе все меньшее и меньшее применение. так как многими авторами, между прочим, тем же проф. Frankel'ем, подмечен быстрый рост метастазов после иссечения кусочков опухолей. За последнее время снова обратил на себя внимание биохимический путь ранней диагностики злокачественных новообразований. В виду того, что наиболее успешными исследованиями в этой области явились исследования, производимые в Halle, в клинике проф. Sellheim'a, я, предварительно списавшись с последним, решила поработать в этой клинике. Поскольку виденные там опыты явились основой для моей работы, о которой в свое время будет доложено подробно, я позволяю себе уже в настоящем докладе несколько подробнее остановиться на проблеме биологической реакции с кровью.

Как известно, на всякое изменение состояния организма кровь реагирует изменением своих свойств и выработкой новых веществ. В числе последних особую роль играют ферменты, которые сами по себе выделены быть не могут, но о которых мы можем знать по результатам их действия. К таким результатам относится образование, благодаря действию ферментов, особых продуктов расщепления. Большой заслугой Abderhalden'a и является открытие реакции, при помощи которой удается обнаружение этих продуктов расщепления, а, значит, и установление изменения химизма крови под влиянием новых моментов, напр., беременности или рака. Сущность Abderhalden'овской реакции, как известно, состоит в том, что к кровяной сыворотке индивидуума, у которого предполагается наличие того или иного процесса (беременность, рак), прибавляется кусочек ткани, являющейся анатомическим субстратом данного процесса (кусочек плаценты—при беременности, кусочек раковой опухоли—при раке). В случае наличия данного процесса ферменты, образовавшиеся в сыворотке, действуют таким образом, что разлагают субстрат и приводят к образованию в нем продуктов расщепления. При помощи диализации удается перевести эти продукты расщепления в водный раствор. Если затем к последнему прибавить нингидрина, то, при наличии процессов расщепления, раствор окрасится в синий цвет,—реакция Abderhalden'a, следовательно, будет положительная. Если же в организме подозреваемых нарушений нет (напр., нет беременности или рака), то, вследствие отсутствия соответствующих ферментов, не произойдет расщепления субстрата, не будет образования продуктов такого расщепления, и нингидрин не окрасит раствора в синий цвет, т. е. реакция Abderhalden'a будет отрицательная.

Первоначальное увлечение этой реакцией в настоящее время сменилось видимым разочарованием, чему способствовали, главным образом, два момента: во-первых, метод диализации представляется технически очень сложным и не гарантирующим действительного перехода продуктов расщепления в водный раствор; во-вторых, уже в самом субстрате зачастую могут находиться продукты расщепления (аминовой группы), которые, переходя в кровяную сыворотку, нарушают, разумеется, точность реакции. В виду этого и правильную сыворотку, нарушают, при помощи реакции Abderhalden'a всего в 78% всех случаев.

Ассистентам проф. Sellheim'a Luttge и Merz'y удалось выработать способ, который свободен от недостатков реакции Abderhalden'a, а именно, вместо диализации они применяют экстракцию при помощи 95% алкоголя. При такой концентрации последнего как раз достигается то, что все белки со сложным молекулярным весом оседают, а все продукты расщепления, имеющие менее сложное строение (приближающиеся к аминам), остаются в растворе, где они и могут быть определены с помощью нингидрина. Далее Luttge и Merz' применяют особый субстрат, совершенно лишенный аминов. Благодаря этим видоизменениям, реакция Abderhalden'a достигает наивысшей степени точности, давая правильные результаты в 99% и являясь вполне пригодной для того, чтобы помочь выяснению целого ряда биологических проблем. В частности, при помощи этой реакции возможно определение пола внутриутробного плода уже на пятой—шестой неделе беременности. Правильный результат получается при этом в 98,7%. По личному опыту могу отметить, что производство реакции чрезвычайно просто, и при соблюдении всех выработанных правил¹⁾ она дает почти безошибочный ответ.

¹⁾ Правила производства реакции с алкогольным экстрактом (AER) по Luttge и Merz'y (см. след. стр.):

После Halle я поехала в Leipzig, где работала в клинике проф. Stoeckel'a. С этой клиникой я кратко временно имела случай познакомиться еще в прошлую свою поездку, теперь же я направилась туда, чтобы глубже подойти к научной работе школы проф. Stoeckel'a. Почти ежедневно в течение месяца я посещала его операции и слушала его лекции. Как известно, этот профессор много внимания уделяет урологии, — едва ли не каждая гинекологическая больная у него подвергается цистоскопии, которая приводит иногда к самым неожиданным находкам: то полип, то камни, то туберкулезные бугорки, или аномалии развития. При мне, напр., демонстрировали три отверстия мочеочников, рубцовые изменения стенки мочевого пузыря после самоизлечения от параметрального свища и т. д. Много видела я у Stoeckel'a и операций на мочевых путях — по поводу недержания мочи, cystocele, свищевых ходов. При злокачественных поражениях матки в клинике Stoeckel'a очень часто делают расширенную операцию по Schauta, причем обращает на себя внимание красивая техника этой операции с изолированной перевязкой art. uterinae еще до вскрытия брюшины; делается это на глазах у всех, причем виден даже мочеочник.

I. Техника реакции.

В пробирке хорошенько встряхивают 1 к. с. испытуемый сыворотки с 1 к. с. экстракта, прибавляют туда 10 к. с. спирта, взбалтывают, чтобы на дне не осталось некоагулированной сыворотки, фильтруют через обыкновенный фильтр (первые капли фильтрата выливают обратно в коагулят, чтобы сперва закупорить поры фильтра), полученный фильтрат осторожно кипятят с 0,2 к. с. 1% спиртового раствора нингидрина точно в течение 1 мин., затем к еще горячему фильтрату тотчас же добавляют одну каплю n/20 HCl и осторожно взбалтывают для того, чтобы капля HCl хорошо растворилась в фильтрате. Реакция определяется по охлаждении.

II. Условия получения пробы.

1) Кровь нужно брать натощак; содержащая жир сыворотка не дает ясной отрицательной реакции. Больным не следует давать никаких медикаментов (морфий, сальварсан, ovoglandol и т. п.). Далее, мешают реакции лихорадочные процессы, рентгено- и радиотерапия. Во время менструации не берут крови, потому что в этом периоде имеется большая тенденция к положительной реакции.

2) Сыворотка предварительно должна отстаиваться минимум в течение 12 часов.

3) Пробирки употребляются в 18 мм. диаметром, из иенского стекла, они должны быть чисты и стерильны (это — неодинаковые понятия: пробирка может быть стерильной, но не чистой). Очистка достигается лучше всего при помощи воды и песка, после чего пробирка промывается дистиллированной водой и, наконец, высушивается в сушильном шкафу (при 80°). Следует избежать очищения посуды. Посуда, быстро высушенная спиртом и эфиром, должна быть проведена перед употреблением через пламя, чтобы по возможности избежать малейших следов эфира.

4) Следует остерегаться работать в лаборатории, где имеется формалин.

5) Спирт должен быть: а) свободен от альдегида (проба с kalium hypermanganicum); в) иметь концентрацию минимум 98° (при более слабой концентрации можно получить положительную реакцию).

6) Кислота должна быть точно n/20. Более концентрированная кислота сдвигает реакцию к положительной, менее концентрированная — к отрицательной фазе.

7) Нингидрин следует возможно чаще выписывать и употреблять высокой фабричной марки (последняя серия упаковки — 74000). Сохранять его надо в темной посуде.

8) Кипячение надо производить следующим образом: пробирку вводят прямо в пламя так, чтобы первые пузырьки по возможности появились тотчас же. Счет начинают вести с момента появления пузырьков. Выжидают, пока в первый раз слегка вспенится спирт, после чего сейчас же уменьшают пламя Bunsen'овской горелки и над таким небольшим пламенем кипятят до конца минуты. Кипячение, без сомнения, может быть источником ошибок, вследствие чего, в целях изучения реакции, полезно провести значительное количество опытов с безусловно нормальными сыворотками и безусловно отрицательную, сыворотки беременных — положительную реакцию. Лишь после этого можно перейти к более трудным исследованиям.

Из новых операций следует указать на новый путь стерилизации женщины посредством вшивания труб в паховый канал; операция эта производится по типу операции Alexander-Adams'a. При удалении хронически воспалительно измененных придатков здесь наблюдается резкий радикализм,—обычно экстирпируют обе трубы вместе с дном матки, или даже удаляют всю матку. У молодых женщин оставляют яичники или хотя-бы часть их, не пораженную воспалением, в целях профилактики выпадения гормонов внутренней секреции. При всех, даже при абдоминальных, операциях у больных с явлениями воспаления вводят тампон во влагалище.

Из научных работ отмечу широкое изучение морфологии и химического состава крови у беременных и детей как в здоровом состоянии, так и при всех осложнениях. При этом главным образом изучают наличие кальция, фосфора, сахара, изменения свертываемости крови (определение количества тромбоцитов) и устойчивости красных кровяных шариков). Все эти исследования дали клинике уже практические выводы. Так, напр., в клинике Stoeckel'a при токсикозах беременности и после кровопотери, когда наблюдается уменьшение кальция, больных лечат внутривенными вливаниями кальциевых препаратов, напр., афенила (5,0 куб. сант.), причем сразу получают благоприятный эффект.

Там же в Лейпциге я посещала и другие институты, как Гигиенический, Физиологический и Патолого-анатомический. Во главе Гигиенического Института в Лейпциге стоит проф. Kruze, очень много работающий по вопросам конституции. В этом Институте ведется работа по изучению германской расы, для чего делают массовые антропометрические измерения, определяют цвет и окраску волос, кожи и глаз, записывают родословные, а также темперамент, характер и способности. Одновременно с этим исследуется кровь на групповую принадлежность. Эти исследования производят, главным образом, над учащимися, спортсменами, рабочими в предприятях, а летом изучают народ по селениям. Работа задумана в широком масштабе, охватывает почти всю Германию, так что имеется уже сотни тысяч измерений. К подведению каких-либо итогов пока еще не приступлено, но из слов проф. Kruze видно, что имеющийся материал не может быть уложен во все, до сих пор предложенные системы конституциональных типов, и, повидимому, часть его выльется в особые формы.

В Физиологическом Институте, у проф. Thomas'a, я заинтересовалась экспериментальной работой доц. Miesulicz-Radetzki'го над вшиванием окошечка в брюшную полость кролика, для наблюдения за самостоятельными сокращениями труб. Этот феномен можно легко зарегистрировать у кролика. При благоприятных условиях животное выживает с окошечком до 3 мес.

Теперь перейду к главной цели моей поездки. Целью этой было желание поработать с капилляроскопией, в частности ознакомиться с ее практическим применением в клиниках Запада. Поэтому тотчас же по приезде за границу я начала выяснять, где работают по капилляроскопии. Оказалось, что этот метод исследования находит свое наибольшее применение в дерматологии, терапии, отчасти в глазной и хирургической практике и в гинекологии. О роли капилляроскопии в акушерстве и в гинекологии вышло много работ из клиники проф. von Graefé в Бонне, несколько—из клиник Гамбурга и Мюнхена. В Берлине, во II клинике Charité у проф. Krause, за последние 2 года систематически производится исследование капилляров у всех больных. Осенью прошлого года эта клиника получила в подарок от Рокфеллеровского Института роскошный капилляроскоп Zeiss'a, при помощи которого можно не только рассматривать, но даже фотографировать капилляры у человека. Обычно же в клинике пользуются обыкновенным микроскопом, освещая поле зрения 100-вольтовой лампой и пропуская лучи последней через жидкость, поглощающую тепло (Ammonium-ferrosulfat). Капилляры рассматриваются под увеличением в 60—80 раз. Из бесед с ассистентом д-ром Walheim'ом я выяснила, что, по мнению клиники, капилляроскопия служит пособием при постановке диагноза и еще более ценным пособием при лечении, так как все лекарственные средства сразу обуславливают то или иное изменение капилляров. В клинике Krause всех сердечных и почечных больных а также больных с отравлениями как правило, ведут под контролем капилляроскопии. Таким образом можно, напр., сразу учитывать влияние дигиталиса, диеты и пр. Под влиянием лечения пропадает отеочность, суживаются, или, наоборот, расширяются капилляры, меняются течение крови и напряжение сосудов.

В клинике Krause различается несколько групп состояния капилляров. Первая группа—спазматического состояния капилляров, куда, главным образом,

относятся тяжелые вазоневрозы, в особенности если они встречаются в молодом возрасте, или же у курильщиков, морфинистов и при начинающей гангрене. В случаях тяжелой гипертонии здесь можно путем капилляроскопии заранее определить необходимость ампутации конечности. Вторая группа—внутрисекреторных изменений—еще мало изучена; все же выключение того или иного органа, напр., мозгового придатка, поджелудочной железы и др., оказывает определенное влияние на периферическое кровообращение, как это, напр., наблюдается при базедовой болезни и микседеме. Далее идет группа острых сердечных заболеваний, напр. *endocarditis lenta*, которые дают очень характерные изменения капилляров. Однако наиболее резкие изменения последних наблюдаются при заболевании почек. В новейшее время на нефрит определенно смотрят, как на болезнь всего капиллярного аппарата и, в частности, капиллярного аппарата почек. Действительно, при остром нефрите наблюдаются удивительно характерные капилляры с узловатыми, причудливой формы очертаниями. Интересно отметить, что эти характерные изменения появляются при нефрите гораздо раньше других клинических явлений, напр., изменений мочи, кровяного давления и отеков. В клинике Krause в течение почти двух недель занималась капилляроскопией и вынесла определенное впечатление, что этим методом исследования можно овладеть исключительно путем накопления опыта. Каких-либо объективных измерений сосудов, точного учета течения скорости крови, измерения капиллярного давления—всего этого производить невозможно. Так, напр., рассматривая форму капилляров, нельзя считать абсолютной величиной величину того или иного капилляра в поле зрения: для окончательного суждения необходимо рассмотреть несколько полей зрения, иногда даже во многих местах, и только таким путем можно учесть доминирующую картину изменений. В частности у детей капилляры вообще имеют очень причудливую форму, так что к ним сперва нужно привыкнуть, и лишь после этого удастся улавливать патологию. Особенно трудно вначале ориентироваться в сложной картине периферического кровообращения у вазоневротиков, где, как правило, наряду с совершенно нормальными петлями капилляров можно наблюдать противоположные изменения: то широкие, то узкие петли, то с быстрым, то с медленным течением крови; однако именно эта изменчивая картина и является как раз характерной для вазоневроза. Конечно, для подтверждения диагноза необходимо иметь в виду и всю совокупность клинических симптомов. Для клинической записи всегда описывают количество капилляров, их форму, длину, ширину, характер течения крови и окраску всего фона.

Как мне пришлось видеть, почти такое же применение имеет капилляроскопия в терапевтической клинике проф. Ogiwaga в Вене.

Желая изучить капиллярное давление, я, по рекомендации многих, обратился к проф. Durig, директору Венского Физиологического Института, где уже в течение 5 лет ведутся работы по капилляроскопии.

Казалось, что этот метод мог-бы дать у постели больной объективные цифровые данные, но в этом отношении меня ожидало большое разочарование. Вышедшая из института Durig's основная работа доцента Liebesny показала, что все до сих пор предложенные методы исследования капиллярного давления для каких-либо клинических выводов являются почти бесполезными. Наблюдая у здорового человека капиллярное давление в течение часа, он получал колебания до 30%. Отсюда становится понятным, почему разные авторы приходили к совершенно различным данным—от 10 до 70 mm. ртутн. По исследованиям Liebesny последнее объясняется тем, что при давлении на капилляры венозное субкапиллярное сжатие первым приходит в коллабированное состояние; вследствие этого для освобождения капилляров от крови нужно употребить большое давление, чтобы пропустить кровь через застойные вены. В последнее время проф. Durig вырабатывает новый, очень сложный метод исследования капиллярного давления. Что же касается капилляроскопии, то последней проф. Durig и Liebesny отдают должное, главным образом, как пособию для клинического наблюдения за лечением. По их мнению капилляры, как тонкий аппарат, сразу реагируют на лекарственные средства и позволяют оценивать то или иное их влияние на организм. В некоторых случаях этот метод может служить и диагностическим целям. Таким образом и физиологи пришли к тем же выводам, что и клиницисты.

В Физиологическом Институте мне предложили практически познакомиться с исследованием капиллярного давления, заняться капилляроскопией у больных с нарушением обмена веществ (диабет, зоб и пр.) и проследить изменения периферического кровообращения у женщин в связи с беременностью. Поработав

сперва над амбулаторными больными под руководством Liebesny и выработав с ним методику исследования, я перешла для практической работы в акушерскую клинику проф. Reha'm'a.

Здесь я хотела-бы сделать небольшое отступление и в нескольких словах поделиться своими впечатлениями об акушерских клиниках Вены. Кроме 5 больших городских больниц и госпиталей, в которых работают известные акушеры-гинекологи, как Weibel, Halban, Adler и Latzko, там имеются 3 больших университетских акушерских клиники—в общей сложности на 800 кроватей. Первая клиника—проф. Reha'm'a, вторая—проф. Kergma'ппe'g'a и третья—проф. Piskac's'k'a. Первые две клиники, на 350 кроватей каждая, открыты после войны, в 1918 г. Должна сказать, что таких богатых по постройке и оборудованию клиник я не встречала ни в Германии, ни в Париже. Первая клиника по своему устройству очень напоминает французский тип,—те же большие палаты на 20—30 больных, с массой света (окна с трех сторон), операционная с загородкой для зрителей, дети находятся вместе с матерями; все же методы лечения здесь чисто-немецкой школы. Клиника Kergma'ппe'g'a носит отпечаток новейших немецких клиник. Третья клиника, Piskac's'k'a, находится в старом здании Allgemeine-Krankenhaus и очень напоминает собой Ленинградскую Обуховскую больницу; для нас, акушеров, она является местом с большим историческим прошлым,—здесь работал знаменитый Semmelweiss, впервые разгадавший натуру родильной горячки.

Благодаря любезности проф. Reha'm'a я получила разрешение пользоваться всем богатым акушерским материалом его клиники. Все беременные, роженицы и родильницы исследовались в лежачем положении, с вытянутой рукой на уровне сердца. Капилляры рассматривались Müller'овским капилляроскопом на III и IV пальце левой руки в течение 10—20 мин. Все наблюдения записывались по выработанной схеме и зарисовывались цветными карандашами. Таких исследований я произвела более 300. Эти исследования показали, что периферическое кровообращение с наступлением беременности изменяется, в особенности в последние 2—3 месяца до родов. В этом периоде можно наблюдать расширение капилляров, замедление течения крови и в 80% отечность фона. Во время родов, в связи с родовой деятельностью, наблюдается своеобразная игра капилляров. Так, еще до наступления субъективного ощущения схватки у роженицы можно видеть сокращение многих петель капилляров и ускорение течения крови в них; при этом некоторые капилляры пропадают из поля зрения, в других же, наоборот, ярко выступают явления застоя с цианотической окраской. К концу схватки снова выявляются пропавшие капилляры, в застойных прогоняется цианотическая кровь, и течение крови замедляется. После родоразрешения в продолжении первого часа капиллярное кровообращение быстро приходит в норму, и явления застоя и отека исчезают; только течение крови остается медленным, а форма петель такою же, как при беременности. В послеродовом периоде все явления постепенно сглаживаются, и уже к 3—4-му дню капилляры имеют совершенно нормальный вид. Все эти данные относятся лишь к здоровым женщинам. Что же касается больных, то здесь получились очень интересные данные. Так, почти при всех токсикозах беременности наблюдается обратное явление, т. е. не расширение, а сужение капилляров, причем, чем серьезнее токсикоз, тем резче выражено сужение. Наблюдая капилляры во время эклампсии, я нашла их в виде обрывков на мутном, бледном фоне, с застойной кровью. После родоразрешения только некоторые капилляры выявлялись целиком, и по мере выздоровления больной картина периферического кровообращения стала принимать нормальный вид.

Не менее интересные наблюдения пришлось мне сделать при сепсисе, резкой анемии, атонии матки, при мертвом плоде, но, в виду недостаточного количества случаев, я воздерживаюсь пока от каких-либо обобщений. Дальнейшие наблюдения мною производятся в настоящее время в акушерской клинике проф. Г. Ф. Писемского.

Далее проф. Dugig'om мне было поручено поверить эти данные на беременных животных; но, в виду того, что я должна была ехать домой, эту часть экспериментальной работы я перенесла сюда и провожу ее сейчас в лаборатории проф. Чагова.

Рефераты.

а) Общая патология и терапия.

301. *Значение простуды в этиологии болезней.* Во времена Кос'я господствовала догма, что простудных заболеваний вообще не существует. В настоящее время Н. Муч (Müsch. med. Woch., 1926, № 17) утверждает, что, вероятно, простуда является причиной большинства инфекционных болезней, — возможно, благодаря вызываемым ею конституциональным изменениям. В. С.

302. *Остеомалация в Китае.* Maxwell, Preston и Lee M. Miles (Journ. of obst. a. gyn. of the Brit. Empire, 1925, № 3) сообщают результаты своих обширных исследований над остеомалацией в Китае, который они считают мировым центром для изученной данной болезни, встречающейся здесь у 1—3% беременных женщин. Авторы полагают, что остеомалация есть болезнь той же категории, как рахит, и обуславливается недостаточным питанием с отсутствием в нем витаминов и веществ, регулирующих обмен кальция. Зависимость этой болезни от нарушений функции яичников или паразитовидных желез они отрицают. Кастрации при остеомалации может быть полезна лишь как средство стерилизации женщины, чего можно достичь и другими способами. Профилактика остеомалации должна состоять в улучшении питания населения. Лечение трескового жира. Кости проведены при помощи усиленного питания и приемов трескового жира. Кости новорожденных от остеомалатических матерей признаков рахита не представляют, но отличаются остеопорозом; такие дети имеют предрасположение к заболеванию рахитом. А. Тимофеев.

303. *Реакция связывания комплемента при пересадке половых желез.* Исследования, произведенные в этом направлении Н. М. Шустровым и Г. А. Васильевым (Моск. Мед. Ж., 1926, № 4) на кастрированных животных, привели авторов к заключению, что трансплантат не является для организма антигеном, и что поэтому пересадка желез должна занять видное место среди терапевтических мероприятий. В. С.

304. *О сущности лечебного и защитительного действия химических веществ при септической инфекции.* Saxl, Donath и Kelen (Wien. kl. Woch., 1926, № 20) опытами на животных убедились, что здесь дело идет не об антисептическом (resp. бактерицидном) действии указанных веществ (напр. аргохрома, триафлавина и др.) на микробов, а о неспецифическом воздействии их на мезенхимную и лимфатическую ткань — в смысле повышения ее стойкости. Воздействие это сохраняется на срок от 1 до 3 дней. Отсюда важность возможно раннего введения этих веществ при сепсисе. В. С.

305. *Реакция Thomas-Binetti.* Thomas и Binetti в свое время подметили, что нормальные и раковые сыворотки обладают способностью в присутствии экстракта из раковых опухолей восстанавливать (обесцвечивать) растворы метиленовой синьки, причем раковые сыворотки обладают этой способностью в гораздо большей степени, чем нормальные. Этою-то способностью раковых сывороток названные авторы и предложили пользоваться для серодиагностики рака. Mondain, Douris и Beck (Ann. de l. Inst. Past., 1926, № 5), убедились, что обесцвечивание метиленовой синьки в реакции Thomas-Binetti зависит вовсе не от восстанавливающей способности сыворотки, а от действия микробов, содержащихся, в виде спор, в опухольном экстракте. В. Груздев.

б) Инфекционные болезни.

306. *Двукратная корь.* Rudeler (Z. f. Kindhlk., Bd. 40, H. 3.) сообщает о ребенке 3½ лет, который в первый раз поступил в коревое отделение клиники с катарральными явлениями и типичной коревой сыпью. Через 5 дней в палату, где лежал этот больной, поступило 5 детей с корью в периоде высыпания. Если бы первый 6-ой был болен не корью, то, будучи в тесном контакте с коревыми больными, он должен был-бы заболеть ею. Через 2 г. тот же ребенок снова попал в амбулаторию с катарральными явлениями и пятнами Корлік'а на слизистой щек из детского сада, где в то время было еще 5 случаев кори. Автор уверен, что как в первый, так и во второй раз ребенок перенес корь, т. е. что последняя, будучи раз перенесена, не всегда дает иммунитет против нового заражения.

Для суждения о том, приобретен ли иммунитет после перенесенной кори, автор рекомендует систематически испытывать у выздоравливающих от кори детей защитительную силу их сыворотки на инфицированных, но не перенесших еще кори детях.

Левинсон.

307. *Профилактика кори по Caronia. Nobel Schönberger* (Zeit. f. Kindhilk., Bd. 40, N. 3), впрыскивая внутримышечно 30 детям, находившимся в тесном соприкосновении с коревыми больными, вакцину, приготовленную Caronia из выкультивированного им микроба (вакцина вводилась по 2 куб. с. 3 дня подряд), пришли к заключению, что такая трехкратная прививка не оказывает неблагоприятного действия на состояние ребенка. При этом, будучи произведена после 5-го—6-го дня инкубационного периода, она не всегда защищает ребенка от заболевания; смешанные инфекции также делают прививку недействительной. Напротив, если прививка сделана на 1-й или 2-й день инкубационного периода, то она предохраняет от заболевания. Авторы подметили, далее, на что 9-й или 10-й день после последней прививки у некоторых детей наступают явления, напоминающие рудиментарную корь.

Левинсон.

308. *К характеристике скарлатинозного стрептококка.* По наблюдениям И. М. Великанова и Г. Я. Иониса (Ж. Эксп. Биол., 1926, № 6), смерть от скарлатины не связана с присутствием в крови умершего обязательно гемолитического стрептококка. Из крови сердца умерших от скарлатины выделяется и негемолитический стрептококк, а иногда в этой крови и совсем нет стрептококка. Следовательно, гемолитичность стрептококка, находимого при скарлатине, не является его характерным отличительным признаком. Не является таковым и сбраживание углеводов, в том числе и маннита.

В. С.

309. *Заразительность крови, при бешенстве у человека.* О. А. Герман (Проф. Мед., 1926, № 4) прямыми наблюдениями убедился, что кровь бывает заразительна не только при экспериментальном, но и при клиническом бешенстве вообще и в частности у человека. Вирулентность ее, однако, бывает весьма незначительна, почему при инфицировании животных кровью инкубационный период и stadium morbi бывают очень длительны, и некоторые из зараженных таким образом животных выздоравливают, а некоторые и вовсе не заболевают.

В. Сергеев.

6) Внутренние болезни.

310. *Пересадка надпочечников при пернициозной анемии.* Проф. М. И. Аришкин (Вестн. Хир., кн. 19) описывает 2 случая, где такая пересадка имела результатом значительное улучшение самочувствия больных, исчезновение слабости и головокружений и некоторое улучшение состава крови.

В. С.

311. *Перевязку селезеночной артерии при пернициозной анемии* во всех случаях, где невозможно или опасно удаление селезенки, как, напр., при истощении больного или при обильных срощениях органа, рекомендует на основании своего благоприятного клинического опыта Volkman (Münch. med. Woch., 1925, № 4).

М. Фридланд.

312. *Белая кровь при бронхиальной астме.* Е. В. Лошкарев (Клин. Мед., 1926, № 4), проследив те изменения, какие наблюдаются при этой болезни в белых кровяных шариках, нашел, что наиболее характерными из них являются падение эозинофилии во время приступов, с нарастанием числа эозинофилов в благополучные периоды, и аналогичное изменение со стороны лимфоцитов.

В. Сергеев.

313. *К патогенезу и лечению истинной грудной жабы.* По мнению проф. Pal'a (Wien. klin. Woch., 1926, № 22) истинная грудная жаба (angina pectoris vera) есть ангиоспастический невроз венечных сосудов. Боли при ней локализируются в области корней этих сосудов и обуславливаются местным артериальным застоем. Для устранения приступов ее пригодны все средства, которые или понижают кинетическую функцию мышц коронарных сосудов (папаверин, камфора, теобромин, атропин), или понижают их тонус (лихорадка, нитриты). Наилучшим средством автор считает параверттебральные инъекции в области от С. 5 до D. 4 слева новокаина или тутокаина без супрапаренина.

В. С.

314. *Постоянная болезненная точка при заболевании печени и желчных путей* лежит, по Sabatini (по реф. Zentr. f. Chir., 1926, № 1), в X или

XI межреберном промежутке правой стороны между паравerteбральной и лопаточной линией. соответствия «нижнему пункту печени». Указанная точка, по автору, имеет важное диагностическое значение, особенно при подостром холестите.

М. Фридлянд.

315. *Под и базедова болезнь.* Bogak (Wiener kl. Woch., 1926. № 13) отмечает наблюдающееся за последние годы увеличение случаев зоба. Увеличение это автор ставит в связь с употреблением йода.

В. С.

г) Хирургия.

316. *Вопрос о спондилолистезе*, его сущности, клинических проявлениях и значении в изменении статики тела подвергает весьма существенному пересмотру Г. П. Турнер (Вестн. Хир., т. VI, кн. 16, 1926). Исходя из собственной казуистики, превышающей 15 случаев и подвергнув тщательному анатомическому анализу многочисленные препараты позвоночников, автор приходит к убеждению, что «различные степени консолидации лишнего сакрального позвонка, различные размеры и формы его остистого отростка, иногда расщепленного, разнообразие в постройке задней стенки сакрального канала, а также частое сочетание численной аномалии крестцовых позвонков и spinae bifidae с интересующим нас спондилозом» говорят за «общность причин, вызывающих все упомянутые дефекты», которые таким образом кроются «в эмбриональном отступлении от нормы при развитии нижнего конца позвоночного столба». Отмечая «особую склонность мужского пола к страданию спондилолизом», Г. не находил у мужчин тех тяжелых форм соскальзывания позвонков, которые составляют сущность спондилолистеза или спондилоптоза, наблюдаемых в значительном большинстве случаев лишь у женщин. Признавал здесь известное значение за беременностью, автор все же склонен преувеличивать роль последней, а, в согласии с своей основной мыслью, склонен, повидимому, признать, что женский организм более предрасположен к проявлению «тех разнообразных видов незаконченного развития, которое мы так часто видим по отношению к нижнему отделу позвоночника, включая крестцовую кость».

М. Фридлянд.

317. *Лечение спастической плоской стопы.* Н. Meyer (Arch. f. orthop. u. Unf.-Chir., 1926, Bd 24, H. 1), предлагает для этой цели выключать из функции перонеальную группу мышц. Пронаторы и экстензоры в спастической плоской стопе переутомляются вследствие длительного перерастяжения. Последнее является раздражителем, вызывающим повышенный тонус мышц, который, в свою очередь, является причиной стойких контрактур спастической плоской стопы. Принимая это в соображение, автор рекомендует следующую операцию: N. peroneus, снабжающий перерастянутые мышцы, обнажается через разрез длиной в 5 см. наружной части подколенной ямки, у головки малоберцовой кости, и под него подводится оловянная пластинка шириной в 1 см., после чего нерв подвергается действию паров хлор-этила в продолжении 2—3 минут. В результате получается исчезновение болей и свободная ходьба. Длительность паралича n. peronei в случаях автора была 5—7 месяцев, затем следовало полное восстановление функции разгибателей. За время паралича стопа подвергалась лечению редрессацией, массажем, и давались супинаторы, которые менялись через 4—6 недель, по мере исправления стопы. Способ автором применяется с 1921 года. За это время им проведено 53 случая, из них в 49 прослеженных случаях имело место восстановление нормальной стопы при полном устранении спастического состояния.

Н. Герасимова.

318. *Укрепление суставов по поводу привычного вывиха посредством фасциальной свободной пластинки* по Josephу выполнил с успехом в 4 случаях на плече и в 1—на коленной чашке Гирголав (Zentr. f. Chir., 1926, № 3). На плечевом суставе операция производилась таким образом: разрез по длиннику волокон m. deltoidei; обнажение и отсеивание суставной сумки; экстракапсулярное сквозное пробуривание плечевой кости; иссечение длинного и широкого лоскута из fascia lata; проведение трансплантата через костный канал плеча и перекрещивание широко распластанных концов его поверх суставной сумки с пришиванием хорошо натянутых концов фасции шелком к processus coracoideus в направлении кнаружи до acromion'a. Суть способа заключается в искусственном укреплении как-бы добавочной связкой сустава. При привычном вывихе коленной чашки автор дугообразным разрезом обнажил чашку, пробуривал ее насквозь во

фронтальном направлении, провел фасциальный трансплантат через кость, концы распластал на суставной капсуле и укрепил их шелком. *М. Фридланд.*

319. *Влияние окружающей среды на судьбу костных трансплантатов* чрезвычайно обстоятельно проследил экспериментальным путем Верещинский (Вест. Хир., кн. 19, 1926), поставив 4 серии опытов. Первая серия состояла в выращивании кусочков кости с надкостницей и без нее вне организма по методу Sargella, в количестве 45 культур. При этом оказалось, что костная ткань подвергается медленному умиранию, надкостница же пролиферирует, но для окончательных конструктивных процессов ей не хватает ряда химических веществ и нек. др. условий. Во второй серии опытов автор имплантировал стружки и осколки костей, покрытых и лишенных надкостницы, в межмышечные пространства кроликам; всего было сделано 20 пересадок с длительностью наблюдения до 4 недель. Здесь костная ткань также подвергалась некробозу, начиная с центра, надкостница же довольно энергично продуцировала новую кость; кроме того имели место процессы, характерные для метаплазии окружающей соединительной ткани в костную. Третья и четвертая серии опытов, успешно проведенные на 45 кроликах, заключались в аутопластической пересадке преимущественно малоберцовых костей на поверхность (по типу Schienung) и внутрь костномозгового канала (по типу Bolzung) переломленной большеберцовой кости. Костная ткань и на этот раз подвергалась дегенерации и лакунарной резорбции с гибелью большей части костных клеток трансплантата. При этом замечательно, что внутрикостные трансплантаты не обнаруживали ни малейшей склонности к костному спаянию с основной костью (наблюдение длилось свыше года), внекостные же, наоборот, благодаря энергичному замещению новообразованной тканью, сливались с основной костью ложа в единую живую костную ткань. Общим выводом для всех групп опытов является тот, что «в подавляющем большинстве случаев сам трансплантат, даже если он пересажен с надкостницей, подвергается неизбежной гибели... Костная ткань под влиянием целого ряда литических процессов рассасывается, оставляя после себя или отдельные участки рубцовой ткани, или замещаясь новообразованной костной субстанцией. В последнем случае материал умирающей кости служит, повидимому, для восстановления живой костной ткани... В костно-мозговой полости трансплантаты могут приживать, замещаться новообразованной костью, давая удовлетворительные функциональные результаты, но конечная судьба их — уступить место естественному просвету костно-мозгового канала. И только приживание и укрепление костных отрезков на поверхности костей дает наиболее стойкие результаты».

М. Фридланд.

320. *Фиксация плечевой головки после полного удаления лопатки* — вопрос, почти незатронутый литературой. В виду этого заслуживает внимания способ, примененный с успехом в одном случае Polya (Zentr. f. Chir., 1926, № 4). Удалив правую лопатку по поводу саркомы, Р. заострил Луеговскими щипцами акромиальный конец ключицы и насадил на него надпиленную до анатомической шейки головку плеча в отведенном положении; гипсовая повязка на 3 недели. Получился прочный синостоз и хороший функциональный результат.

М. Фридланд.

321. *Новый способ лечения острого гнойного артрита* предлагает Mosti (по реф. Zentr. f. Chir., 1926, № 3) в виде промывания сустава эфиром, который вводится шприцем в количестве 10 к. см. на несколько секунд, после чего снова высасывается. Промывая таким образом сустав 2—3 раза ежедневно в течение нескольких дней, автор получил в 3 тяжелых случаях очень хорошие результаты.

М. Фридланд.

322. *Лечение неправильного врожденного вывиха тазобедренного сустава и coxa vara по методу подвертельной остеотомии* было описано в 1918 г. Вауером, и в том же году этим способом оперирован один больной Ludloffom. Вскоре после сообщения Вауера A. Lorenz сообщил, что он уже давно разработал и выполнил этот лечебный план, обозначив его даже особым термином «развилка (Gabelung) верхнего конца бедра». Однако описываемый способ практиковался еще раньше, о чем свидетельствует один пациент Ludloffo, оперированный от правостороннего тазобедренного вывиха посредством подвертельной остеотомии Czerny в 1896 г. Beck, сообщая об этом в О-ве Франкфуртских Хирургов (Zentr. f. Chir., 1926, № 7), указывает на основании своих наблюдений, что самым важным при выполнении данной операции моментом

является правильная установка отломков костей под известным углом. Больному в боковом положении делается разрез мягких тканей, начиная от *trochanter'a*, длиною в 12—14 см., до кости. Затем на 2 поперечных пальца под *trochanter'o*m просверливается одно отверстие до кости, а на 5 см. ниже—другое. После ввинчивания винтов кость посередине между отверстиями остеотомируется или клиновидно резецируется. Большой перекалывается на спину, после чего верхний отломок с помощью пластинок устанавливается с таким расчетом, чтобы он смотрел вниз и кнаружи, а нижний отломок был параллелен медиальной плоскости тела. Обе пластинки на месте перекреста укрепляются шелковыми нитями, а на противоположных концах — металлической шиной. Пластины и шина оставляются обыкновенно на 4 недели. Результат при одностороннем вывихе получается превосходный: хромота, *Trendelenburg*'овский феномен, боли и быстрая утомляемость исчезают, наступает улучшение также при двустороннем вывихе и при соха чага.

М. Фридланд.

323. *Наилучшим материалом для закрытия плевральных полостей* является, по Кузьмину (Вест. Хир., кн. 19, 1926), мышечный трансплантат на ножке, взятый из *m. latissimus dorsi* или *longissimus dorsi*. Бронхиальные свищи лучше всего закрывать по *Sauerbruch'u*, т. е. удалить слизистую, перерезанный вверху и внизу бронх соединять швами и над ними сшивать легочную ткань. Декорткация легкого или насечки на нем заслуживают полного внимания и применения.

М. Фридланд.

324. *Перевязка ветвей легочной артерии*, как полагает Черепнин (Вест. Хир., кн. 19, 1926), будучи технически-легкой и простой операцией, вызывает большие изменения в легочной ткани, выражающиеся в ближайшее же время в резком соединительнотканном сморщивании легкого. К сожалению, при тбс указанная операция невыполнима по чисто-анатомическим условиям, а при бронхоэктазии не дает излечения. Перевязка ветвей легочной артерии может иметь значение лишь как предварительный акт при операции экстирпации легкого. Для получения чистых результатов перевязки необходимо все манипуляции производить с аппаратом разности давления, из каковых аппаратов автор рекомендует прибор *Schoemasker'a*.

М. Фридланд.

325. *Надчревные грыжи*, по наблюдениям Струникова (Вест. Хир., кн. 19, 1926), основанным на 11 собственных случаях, оказываются далеко не столь редкими заболеваниями, как это кажется, и, что особенно существенно, являются важным фактором, обуславливающим происхождение и развитие язв желудка и 12-перстной кишки. При этом указанные язвы радикальнее всего излечиваются путем оперативного устранения надчревной грыжи. Последнее следует всегда оперировать и из профилактических соображений в отношении язв. Операция надчревной грыжи очень часто, однако, сопровождается осложнениями, особенно воспалением легких, в послеоперационном периоде.

М. Фридланд.

326. *Лечение рака прямой кишки*. На последнем (XXXIV) Съезде Французских Хирургов по вопросу об оперативном лечении рака прямой кишки выявились два направления: первое, более радикальное, возглавлялось докладчиками *Schwartz'em* и *Gaudier*, второе, более умеренное, представлял *Maueг*. По статистике *Gaudier* смертность от операций по поводу рака гесті по методам промежностному, с резекцией копчика и с резекцией части крестца равна 20%, число рецидивов после этих операций равняется 40%, стойких выздоровлений, прослеженных продолжительное время,—от 15 до 25%. При операциях комбинированных (через брюшную полость и промежность), представляющих вмешательство более серьезное, оперативная смертность повышается до 27%, число рецидивов уменьшается до 21%, а процент стойких выздоровлений—до 36%. Исходя из этих данных и личных наблюдений, *Schwartz* предпочитает комбинированные операции, как более радикальные. Считаясь, затем, с данными патолого-анатомических исследований (локализация местных рецидивов, направление лимфатических сосудов), он при производстве абдоминоперинеальной операции рекомендует, при раке гесті в сегментах промежностном, генитальном и нижней половине перитонеального сегмента, совершенно жертвовать нижним отрезком гесті и производить постоянный *anus praeternaturalis*, так как сохранение сфинктера очень редко дает хорошие функциональные результаты и в то же время является большим риском в смысле последующих рецидивов.

Gaudier в содокладе об отдаленных результатах экстирпации рака прямой кишки по методам промежностному и с резекцией копчика и части крестца приводит следующую статистику 2400 подобных операций в ‰:

	Паллиатив- ные опера- ции.	Промеж- ност. способ.	С резек- ции копчика.	С резек- ции части крестца.
Смертность от операций	17	20	16	17,4
Отсутствие рецидивов в течение 3 лет . .	5,3	13	24	32
« « « 5 лет . .	3,3	5	7	26
« « « 10 лет . .	1,0	3	3	10,5

Не удовлетворяясь результатами операций по этим методам, Gaudier подчеркивает преимущества абдомино-перинеальной операции и полагает, что высокая смертность от нее может быть понижена улучшением техники самой операции. Более осторожно высказывались по данному вопросу Hartmann, имевший смертность от комбинированных операций до 52‰, Rauchet и Delagenier. В противоположном лагере были Mayer, Герцен и др., не выдавшие в своем материале преимуществ комбинированных операций.

Радиотерапия на Съезде тоже не получила единодушного признания: в то время, как одни (Neuman) имели исключительный успех от применения радия, другие пользуются радиотерапией лишь как-бы на всякий случай, третьи же даже предостерегают от употребления радия. Формула Schwarz'a кажется наиболее приемлемой: 1) Радиотерапия за последние 5 лет сделала большие успехи, но результаты, полученные от применения радия, стоят значительно ниже результатов от операций. 2) Всякий операбельный случай рака должен оперироваться. 3) Неоперабельный рак должен быть пользован комбинированно (экстирпация+радий), если отсутствуют отдаленные метастазы, и больной не в кахексии. Единодушно все участники Съезда подчеркивали, что ранняя диагностика рака прямой кишки является очень важным моментом в прогностике операций, а отсюда делались выводы: 1) Каждый врач должен владеть техникой исследования пальцем прямой кишки и ректоскопией. 2) Каждый подозрительный больной должен быть обследован вышеуказанными способами (диагноз геморроя не должен иметь места на основании лишь опроса больного). Большим недостатком Съезда было отсутствие общей статистической формы, благодаря чему очень трудно сравнивать статистические данные разных авторов (напр., Gaudier и Hartmann'a).

Н. Архангельский.

327. *Лечение мастита.* С. А. Фрайман (Вестн. Хир., кн. 19) считает обычно рекомендуемые при мастите применение льда, согревающих компрессов, подвизывание груди, назначение иодистого кали и слабительных нерациональными, а советует возможно раньше прибегать к систематическому отсасыванию молока. Отсасывание это, по автору, во всех стадиях мастита оказывает целебное влияние на воспалительный процесс. Производить его надо при помощи молокоотсоса, каждый час, причем для устранения болезненности соски надо смазывать 3—5‰ раствором новокаина.

В. Г.

328. *Афенил, как профилактическое средство против послеоперационного воспаления легких.* Испытанный и предложенный Eden'om (Münch. med. Woch., 1924) снова подвергнут клиническому исследованию со стороны Lindauer'a (Zentr. f. Chir., 1926, № 1), который вводил афенил (хлористая соль кальция) интравенозно, в количестве 10 куб. см., за 1 час до операции. Сопоставление 100 лапаротомированных больных, которым вводился афенил, с другими 100 лапаротомированными за тот же промежуток времени больными, которым афенил не вводился, показало, что тогда, как у последних количество послеоперационных осложнений со стороны легких достигало 26‰ (бронхитов 20‰ и пневмо-

ний 6%, а смертность от них 3%, у больных первой группы (афенилизированных) количество таких осложнений равнялось лишь 10% (бронхитов 6% и пневмоний 4%), смертей же не было ни одной. Причина благоприятных результатов, по Л., сводится к способности кальция умерять опасную послеоперационную гиперсекрецию и экссудацию легких и понижать болезненную возбудимость нервной системы.

М. Фридланд.

329. *Послеоперационная рентгенизация при раке груди.* Как известно, Perthes, в 1921 г., указал, что применение рентгенизации после радикальной операции рака mammae не только не предохраняет больных от рецидивов болезни, а напротив, способствует их возникновению. Borak (Wien. klin. Woch., 1926, № 21) на основании матерьяла Holzknichta приходит, однако, к совершенно противоположному заключению: по его данным последовательная рентгенизация после радикальной операции рака груди безусловно повышает процент стойких излечений.

В. С.

д) Акушерство и гинекология.

330. *Закон половой зрелости.* На основании своих опытов А. А. Липшютц (Журн. Эксп. Биол., 1926, № 6) убедился, что только в определенном возрасте организм позволяет яичнику вырабатывать те гормоны, которые определяют созревание половых признаков. Если яичники одной и той же самки пересадить молодому и взрослому животным, то у последнего течка наступает скорее, чем у первого. Значит, момент наступления половой зрелости не определяется яичником, а половая зрелость только осуществляется через посредство яичника («закон половой зрелости»).

В. С.

331. *Антитестискулярная сыворотка.* Н. В. Колпиков (Мед.-Биол. Ж., год II, вып. I), иммунизируя, в течение 2 мес., барана впрыскиваниями взвеси кроличьих яичек в физиологическом растворе поваренной соли, получил этим путем антитестискулярную сыворотку. Длительное введение последней самкам животных вызывает у них, как убедился автор, угасание полового чувства и способности к зачатию, причем, однако, процессы созревания фолликулов и яиц в яичниках сохраняют свой нормальный характер.

В. С.

332. *Новое и старое в оперативном акушерстве.* В статье такого названия затрагивает Döderlein (Deut. med. Woch., 1925, № 36) ряд важных для акушера практических вопросов. При наложении щипцов главное внимание надо обращать на показания, а не на модель инструмента. При ягодичных предлежаниях в трудных случаях можно сделать попытку извлечь ягодицы головными щипцами. Освобождение ручек рекомендуется по А. Müller'y. Горячо рекомендуются щипцы на последующую головку. Краниотомия производится не краниокластом Braun'a, а инструментами с 3-мя ветвями (Auvarda или самого автора). Простые декапитационные крючки заменены новейшими цепочными пилами, которые легко вводятся при помощи особого инструмента Ribemont-Bang'a. При извлечении последующей головки рекомендуется разрез шеечной части позвоночника и выдавливание мозга кефалотрибом. Кесарское сечение D. производит по экстраперитонеальному методу. Автор применяет тазорасширяющие операции по типу подкожной гебостомии.

А. Тимофеев.

333. *Кесарское сечение по методу Portes'a* дважды произвели Bosch Aviles и Puig y Roig (Rev. españ. de med. y cir., 1925, № 85). Операция Portes'a назначена для случаев уже инфицированных и состоит в том, что после вскрытия брюшной полости матка выводится наружу, и брюшная полость наглухо зашивается; только после этого делается разрез матки. Послеродовую инволюцию матка совершает также вне брюшной полости, и только после того, как исчезнут всякие следы инфекции, она путем вторичной лапаротомии погружается обратно в брюшную полость. В одном из случаев авторов, где подобная перация была произведена у женщины с узким тазом, с заведомо инфицированной маткой, последняя была помещена обратно в брюшную полость через 26 дней после первой операции. Больная поправилась. Agusti Planell (Rev. españ. de ost. y gin., 1925, № 115) на основании разбора 32 сл. операции Portes'a, произведенных во Франции, полагает, что надо строго придерживаться показаний к этой операции, которые Portes формулирует так: живой плод, сильное сужение таза, инфекция плодного яйца, желание или социальная необходимость сохранить матку. Rivière (Bull.

de la Soc. d'obst. et de gynéc., 1925, № 5) приводит два удачных случая операции Portes'a и думает, что операция эта quoad vitam должна давать хорошие результаты.

334. *Оживление минимомерших новорожденных внутрисердечными впрыскиваниями адреналина.* Garipru и Mériel (Пр. Вр., 1926, № 4) горячо рекомендуют для оживления асфиктических новорожденных впрыскивать в сердце 1 куб. сант. 1% раствора адреналина. Впрыскивание производится обыкновенным шприцем, игла которого (тонкая) вонзается вертикально в V левом межреберном промежутке, на половине расстояния между срединной и сосковой линией, и проводится до тех пор, пока она не преодолит сопротивления миокарда, и в шприце не покажется кровь. Конечно, такое впрыскивание должно быть произведено неслишком поздно (не позже 10—15 мин. после рождения асфиктического ребенка).

335. *Принципы профилактики беременных* приводит Danfarth (Boston med. a. surg. Journ., 1925, № 8), получивший в своей клинике смертность в 0,29% в то время, как вообще для штата Иллинойс она равна 0,79%. Автор обращает особое внимание на местную инфекцию миндалин и зубов, которая гематогенно может повести к инфицированным инфарктам плаценты. Считая вместе с Davis'ом, что токсикозы беременных стоят в связи с чрезмерным увеличением веса беременной, автор применяет строгие меры (растительная диета) всякий раз, как прирост веса беременной становится выше 25 фунтов. К этому присоединяется контроль мочи и кровяного давления через каждые три недели, начиная с 7-го месяца. Лечение преэклампсии состоит в покое, ограничении жидкости и безазотистой диете. Retroflexия при беременности устраняется пессарием. Уход за сосками состоит в простом обмывании их с мылом. Неукротимая рвота рассматривается, как симптом токсемии, а потому при ней необходимо исследование мочи и крови (на остаточный азот).

336. *Лечение послеродовых лихорадочных заболеваний алкоголем.* Küstner (Zentr. f. Gyn., 1926, № 9) получил очень хорошие результаты при целом ряде тяжелых послеродовых заболеваний от применения больших количеств алкоголя. Пытаясь выяснить бактериологически причину этого благотворного эффекта, автор нашел, что прибавление 1% алкоголя к жидкой питательной среде значительно ослабляет рост на ней бактерий. Исследования К. показали, далее, что у алкоголизованных пациенток содержание алкоголя в крови достигает 1%. Littaueг также является горячим сторонником применения алкоголя при пuerперальных заболеваниях. Он рекомендует, во избежание перегрузки желудка алкоголем, вводить последний при помощи клизм в виде 10%-ного раствора.

337. *К терапии metrorrhagiae haemorrhagicae.* В случаях упорных маточных кровотечений эндокринного происхождения, которые Pankow относит к группе metrorrhagiae haemorrhagicae, Bakscht (Zentr. f. Gyn., 1926, № 21) получил очень хорошие результаты от впрыскивания гемолизированной собственной крови пациентки. Техника метода такова: в 20-граммовый шприц набирается 6 куб. с. стерильной дистиллированной воды и затем в этот же шприц берется из локтевой вены 14 к. с. крови, которая быстрым встряхиванием гемолизуется и тотчас же впрыскивается внутримышечно. Действие инъекций обнаруживается через 18—24 час. Впрыскивание повторяется 3—4 раза с 2-дневными промежутками. Инъекции не вызывают ни местной, ни общей реакции. Общее состояние больных заметно улучшается. Теоретическим обоснованием метода является раздражающее действие образующихся во время гемолиза сосудистых токсинов на вазомоторные центры.

338. *Нарциленовый наркоз* (Zentr. f. Gyn., 1926, № 10) был применен в Мюнхенской Гинекологической клинике в 400 случаях, причем выяснилось, что преимуществами этого наркоза являются отсутствие заметного периода возбуждения, редкое наступление асфиксии и рвоты и отсутствие раздражения дыхательных путей, недостатком же — то, что он вызывает сильное сжатие челюстей и доведения к преимуществам нарцилена относятся еще его быстрое и верное действие и отсутствие повреждений паренхиматозных органов, а к недостаткам, кроме вышеупомянутых, несколько усиленное кровотечение вследствие паралича

поверхностных капилляров и мелких поверхностных артерий, а также опасность взрыва. В Вюрцбургской Акушерской клинике нарцилен был применен при 200 самостоятельных родах, 57 больших и 54 малых акушерских операциях. По данным этой клиники нарцилен не причиняет никакого вреда ни матери, ни ребенку и не нарушает родовой деятельности; наоборот, от применения малых доз его наблюдается ясное усиление последней. В периоде раскрытия небольшие дозы нарцилена значительно усиливают обезболивающее действие скополамин-морфия, в конце родового акта можно получить полное обезболивание. Техника применения нарциленового наркоза проста и доступна. При том способе этого наркоза, который применяется в Вюрцбургской клинике, сознание роженицы большую часть родов сохраняется. Действие нарцилена наступает быстро и быстро же проходит, побочные влияния этого средства очень незначительны.

Е. Заболотская.

е) Невропатология.

339. О лечении нервных заболеваний на Эссентуеском курорте. Нервные больные, по Е. Нильсену (Кур. Дело, 1925, № 11—12), составляют значительный % всего числа больных, посещающих Эссентуеский курорт, причем преобладающий контингент их состоит из неврастеников, лечение которых дает хорошие результаты. Органо-неврозы желудка и кишок и вообще неврозы автономной нервной системы лечатся здесь также успешно и, следовательно, служат показанием для направления больных в Эссентуки. Напротив, вазомоторные неврозы, трофоневрозы, психастения, тяжелые формы истерии и травматических неврозов, противопоказывают лечение в Эссентуках. Что касается органических поражений центральной нервной системы, то по существу лечение таковых в Эссентуках также не показано, хотя грязелечение, в виде местных припарок, в иных случаях возможно при условии большой осторожности и непосредственного врачебного наблюдения. Вопрос о лечении в Эссентуках больных с нарушением внутренней секреции еще далеко не решен и нуждается в дальнейшей научной разработке.

Л. Клячкин.

340. Люминал при эпилепсии. Из 30 случаев эпилепсии Ostmann (Deut. Woch., 1925, № 15) в 28 получил очень хорошие результаты от применения люминала в дозе 0,2—0,3 pro die.

В. Сергеев.

341. Лечение эпилепсии мозговой эмульсией. В. А. Милицын (Рус. Мин., 1926, март) за 2½ г. применил лечение подкожными впрыскиваниями эмульсии из головного мозга у 69 эпилептиков, среди которых мужчин было 44, женщин 25. Эмульсия впрыскивалась ежедневно в количестве 1 куб. сант. в течение месяца, затем больному давался месячный отдых, после чего начинался новый курс. При этом оказалось, что впрыскивания эмульсии для эпилептиков совершенно безопасны, — в материале автора были больные, продолжавшие без всяких осложнений до 9 курсов. Что касается эффекта лечения, то в 100% оно сопровождалось улучшением общего состояния, сна, аппетита, самочувствия больных и пр. в 92,7% наблюдалось уменьшение числа и силы припадков, в 26% больные получили возможность предчувствовать появление припадков, в 10,1% у них появилась возможность усилием воли подавлять надвигающийся припадок, и в 38,8% под влиянием лечения у больных имели место свободные от припадков периоды от 1 мес. до 1½ лет продолжительностью.

В. Г.

ж) Сифилидология.

342. Стоварсол при сифилисе. Применив стоварсол (спироцид) более, чем в 200 случаях сифилиса различных стадий, Орренгейм (Wien. kl. Woch., 1926, № 22) убедился, что это средство заслуживает применения во всех тех случаях, где почему-либо нельзя употреблять неосальварсана, причем его действие даже при внутреннем применении стоит лишь немного ниже действия последнего. Помимо лечебного применения стоварсол может быть употребляем и как prophylacticum в случаях подозрительных по сифилису, причем случаи эти должны находиться под контролем minimum в течение года. Особенно рекомендуется применение этого средства при сифилисе грудных детей, — здесь на стоварсол можно смотреть, как на specificum первого ранга.

В. Сергеев.

343. Перманентное лечение сифилиса взамен хронически-перемежающегося, на основании 8-летнего опыта, предлагает Almkvist (Рус. Вест.

Дерм., 1926, № 4). Останавливаясь вкратце на основных принципах хронически-перемежающегося лечения, предложенного Fournier и получившего в настоящее время повсеместное распространение, автор отмечает, что с введением в терапию сифилиса сальварсана и его дериватов представляется возможным осуществлять принцип непрерывного или перманентного лечения, провозглашенный еще Ricord'ом. План этого лечения конструируется таким образом, что по окончании первого сальварсанного курса назначается непосредственно ртутный, затем снова сальварсанный и т. д. Такое чередование средств с одной стороны исключает привыкание организма к определенному препарату и возможность интоксикации при длительном его применении, с другой—производит непрерывное и неустойчивое ослабление сифилитического вируса. Практически непрерывное лечение Almkvist рекомендует проводить по одной из следующих схем: 1) abortивное лечение в течение 3½ мес. для серонегативного первичного сифилиса тремя курсами: сальварсанный (10 вливаний в дозах от 0,3 до 0,9)—1½ мес., висмутый (10 выпрыскиваний)—1 мес. и ртутный (10 выпрыскиваний, салициловой ртути)—1 мес.; 2) для случаев свежего сифилиса с +RW (где она появилась недавно) лечение в течение 6 или 7 месяцев: 2 сальварсанных, 2 висмутовых и 2 ртутных курса в той же последовательности; 3) свежий сифилис с +RW, существующей 1—2 месяца, требует более продолжительного лечения—около 9 месяцев: 3 сальварсанных, 3 висмутовых и 3 ртутных курса в той же последовательности; наконец, 4) в случаях сифилиса, где +RW держится 3 и более месяцев, назначается лечение в течение 12—14 мес.: 4 сальварсанных, 4 висмутовых и 4 ртутных курса в той же последовательности. Залогом успешности лечения автор считает непрерывность курсов. По его наблюдениям перманентное лечение переносится больными так же хорошо, как и хронически-перемежающееся. Несмотря на то, что курсы следуют друг за другом без паузы, интоксикации не наступает, необходимо только считаться с индивидуальной выносливостью больного к данному средству и соответственно регулировать дозировку.

Пр.-доц. Н. Яснитский.

з) Болезни носа, горла и уха.

344. *Эпилепсия и заболевания носа.* Проф. В. К. Трутнев (Вест. рино-ларинго-отитрии, 1925, № 1) на основании ряда наблюдений отмечает зависимость эпилепсии, в некоторых случаях, от патологического состояния носа и ушей, причем дает следующее теоретическое обоснование этой зависимости: 1) нос и уши, как известно, интимно связаны с содержимым черепа путем кровеносной системы; 2) есть указания, что сообщение между черепом и носом возможно и по лимфатической системе; 3) анатомические отношения позволяют процессам из полости среднего и внутреннего уха переходить внутрь черепа через верхнюю стенку барабанной полости, f. f. oval. et rotund. и meatus acusticus int.; 4) кроме непосредственной связи возможно изменение мозга токсического происхождения. Т. о. автор допускает возможность возникновения припадков эпилепсии путем инфицирования или проникновения токсических начал в полость черепа. Другое объяснение эпилепсии, в зависимости от нарушения функций носа и придаточных полостей, автор видит в нарушении или отсутствии носового дыхания, следствием чего является венозная гиперемия и раздражение моторных клеток коры мозга.

О. Васильева.

345. *Об отосклерозе.* Проф. Л. Е. Комендантов (Вест. рино-ларинго-отитрии, 1926, № 2) предлагает выкинуть из «клинического обихода термин «отосклероз», так как он со стороны патолого-анатомической не определяет сущности процесса и, кроме того, является вредным в терапии тугоухости слуха и субъективных шумов: смешивая в одном заболевании поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов, он затемняет понимание наблюдаемых симптомов, которые могут зависеть от разных причин. При лечении тугоухости слуха и субъективных шумов необходимо учитывать следующие моменты: 1) поражение звукопроводящего аппарата и расстройство аккомодации, 2) поражение звуковоспринимающего аппарата и изменение лабиринтного давления, 3) утомляемость слухового нерва, 4) хроническое воспаление верхних дыхательных путей и 5) профессиональные вредности. Каждый из указанных моментов требует специальной терапии и профилактики. Особенно необходима выработка мер профилактического характера для лиц с послерахитической конституцией.

С. Я.

346. *Мастоидит.* Проф. Witmaak (Вест. рино-ларинго-отитрии, 1925, № 1) среди поражений пневматической системы сосцевидного отростка резко раз-

личает 2 формы: в одной имеет место распространение воспалительного процесса из полости среднего уха на клетки сосцевидного отростка, ограничивающееся вовлечением в процесс лишь поверхностных слоев слизистой, в другой, встречающейся гораздо чаще,—распространение воспалительного процесса со среднего уха вглубь слизистой оболочки клеток сосцевидного отростка с распадом ее внутри отдельных клеток, следствием чего появляются очаги размягчения и в костной основе. Такое разграничение воспаления слизистой пневматических клеток от каприозных процессов в кости автор считает вопросом огромного практического значения в смысле выбора лечебных приемов, т. к. первая форма относится к самоизлечивающимся процессам в $\frac{2}{3}$ всех случаев обычного острого воспаления среднего уха, вторая же требует неременного оперативного вмешательства,—ей-то автор и присваивает название мастоидита. Диагноз этих заболеваний, столь различных по своей анатомо-патологической основе и столь похожих друг на друга по своим первоначальным симптомам, основывается на тщательном наблюдении за течением болезни с самого начала: в случаях первой категории имеется нарастание симптомов в течение первых 3—5 дней, с прорывом же гноя через барабанную перепонку припадки пропадают и в дальнейшем не возобновляются; противоположное мы видим при мастоидите, где угасшие, было, симптомы вновь проявляются, хотя и в меньшей степени, не раньше, как через 8 дней от начала заболевания; в некоторых случаях до появления этих симптомов проходит много недель. На основании этих клинических данных можно бывает установить переход воспалительного процесса со слизистой оболочки на кость и начало распада костных клеток, т. е. установить мастоидит в собственном смысле этого слова, причем только с этим диагнозом связано показание к вскрытию полости сосцевидного отростка. При таком понимании мастоидита оперативное вмешательство оказывается необходимым не ранее конца второй недели с начала заболевания, операция же, произведенная ранее этого срока, по мнению автора, в $\frac{2}{3}$ случаев окажется по меньшей мере бесполезной, а попытка остановить этим ранние внутричерепные осложнения едва-ли будет целесообразной, т. к. в это время невозможно выделить инфекционный очаг из здоровой ткани.

О. А. Васильева

и) Др. дисциплины.

347. *Исследование семени при гоноррее.* На диагностическое значение исследования семени при гоноррее впервые обратили внимание французские урологи, причем Lebreton этим путем мог констатировать наличие гонококков в 75%, Barbeillon—в 72%, Le Fig—в 36%. Д. М. Лейбфрейд (Урология, 1925, № 9), производя посевы спермы на асцит-агар, получил гонококков у 24 % лиц, имевших в прошлом гоноррею.

В. Сергеев.

348. *Реакция Манойлова.* Р. И. Лившиц (Журн. для усов. врачей, 1926, № 1) проделал ряд исследований с целью выяснить химико-биологическое значение реакции, предложенной Манойловым для определения пола по крови. Автор брал 0,3 к. сант. крови из локтевой вены, вливал в пробирку с 10 куб. сант. физиологического раствора, из этой 3% взвеси брал 3 куб. сант. и прибавлял к ним след. реактивы: 1) 10 кап. 1% раствора папайотина (раствор должен быть свежеприготовлен и профильтрован; после прибавления его жидкость надо размешать, не встряхивая пробирки); 2) 3 капли 1% спиртового раствора далии (после прибавления этого реактива пробирку надо встряхнуть); 3) 10 кап. 1% свежеприготовленного раствора калий hypermanganici; 4) 3 кап. 40% (по объему) соляной кислоты; 5) 5 кап. 2% раствора тиозинамина в горячей дистиллированной воде (после процедур №№ 3, 4 и 5 пробирку со смесью надо также каждый раз встряхивать). В типичных случаях мужская кровь давала обесцвечивание жидкости, женская—жидкость темно-фиолетового цвета. При своих исследованиях автор убедился, что реакция Манойлова является ценным практическим подспорьем в клинике, причем химизм ее, повидимому, основан на различной концентрации Н-ионов в мужской и женской крови и их взаимодействии с электролитами калия и кальция.—В. И. Попов (там же), экспериментально проверив реакцию Манойлова, также убедился в ее практической пригодности, причем считает ее связанною с наличием в крови полового гормона.

В. Сергеев.

349. *Консервы, витамины и народное здоровье.* Serger (Pharm. Cent., 67, 65.), разбирая вопрос о влиянии различной обработки пищевых продуктов, в частности их консервирования, на содержание в них витаминов, указывает, что

по отношению к ¹⁰ витамины А и В являются более стойкими, а С—менее. Сушеные разрушает одинаково все витамины. Большое значение имеют здесь способы консервирования: нельзя рекомендовать предварительного бланширования (обливание кипятком), равно как и последовательного охлаждения: стерилизация под давлением также вызывает частичное разложение витаминов. Консервы, залитые жидкостью, отдают последней значительную часть своих витаминов, а поэтому, будучи употребляемы без этой жидкости, малоценны. В заключение автор предостерегает против излишнего увлечения витаминным вопросом, так как «один листок салата содержит запас витаминов, достаточный на 14 дней».

К. Бенинг.

350. *Предохранение перекиси водорода от скорого разложения.* Для этой цели С. К. (Хим.-Фарм. Вест., 1926, № 1—2) наилучшим средством считает ацетанилид, прибавляемый к 3% раствору перекиси водорода в количестве 0,3—0,5 на кило.

Рецензии.

Проф. В. А. Оппель. Эндокринологические хирургические наблюдения.

По автору в каждый момент в крови человека должно находиться известное количество разных гормонов, равновесие которых создает состояние здоровья; недостаток гормонов ведет к заболеванию вследствие недостаточности раздражения, избыток—отравляет, давая картину интоксикации.

Исходя из теоретической предпосылки, что гормоны должны прежде всего влиять на центральное и периферическое сердце, т. е. на органы кровообращения и на самую кровь, изменяя ее биолого-химическо-морфологическую физиологию, автор рекомендует уделять в клинике внимание признакам заболевания той или иной железы, проявляющимся со стороны крови. Он подчеркивает значение изучения центрального и периферического сердца, их давления, тонуса артерий; он подчеркивает значение изучения сосудосуживающих свойств крови, взаимоотношения между показателем артериального тонуса и сосудосуживающими свойствами крови, свертываемости и вязкости крови и, наконец, морфологии крови.

Наиболее простой путь, мыслимый для изучения эндокринных заболеваний по автору, должен заключаться в прямом количественном определении тех или иных гормонов в крови больного, но это путь будущего.

Отдельные главы уделены автором щитовидной железе, половым железам и особенно надпочечникам, в которых, разбирая гипо—и гиперфункцию этих желез, автор останавливается на влиянии функции их на другие органы, иллюстрируя своими клиническими наблюдениями.

В «эндокринологических наблюдениях» автор, не повторяя установленных вопросов эндокринологии, ищет объяснения непонятным явлениям, стремясь подвести их под эндокринологические формулы; в его трактовке много гипотетического, но много и оригинального, будирующего. Для всех, интересующихся вопросами эндокринологии, «эндокринологические наблюдения» проф. Опделя должны быть особенно интересными, как по приводимым в них клиническим наблюдениям, так, главным образом, по теоретической их трактовке автором.

Н. Соколов.

Д-р мед. А. Э. Мандельштам. Реакция оседания эритроцитов в гинекологии. С предисл. проф. Р. В. Кипарского. Изд. «Практ. Мед.», 1925.

Открытое Fahrhaeus'ом ускорение оседания эритроцитов в цитратной плазме беременных женщин вскоре привлекло всеобщее внимание, и т. н. реакция оседания эритроцитов (SR) была изучена при всевозможных заболеваниях. Особенное значение, как известно, она приобрела в гинекологии, где она в настоящее время играет роль весьма чувствительного, часто незаменимого диагностического и прогностического метода. Обширность накопившейся уже литературы затрудняет изучение этой важной реакции в особенности для русского врача-гинеколога. Поэтому появление русской монографии д-ра Мандельштама можно только приветствовать. После краткой общей части, содержащей исторический обзор вопроса, технические способы выполнения реакции, причем особое внимание уделено источникам ошибок, автор в клинической части работы подробно излагает значение SR при гинекологических заболеваниях. Эта часть работы особенно ценна потому, что выводы ее подкрепляются многочисленными личными наблюдениями

автора, много работавшего с реакцией оседания эритроцитов. В этой же части работы SR сопоставляется с целым рядом других факторов, как t^0 тела, наркоз, операции, вирулентность бактерий, поверхностное натяжение мочи и др. В третьей части работы приводится критическая оценка теорий, объясняющих биологическую сущность реакции, и собственные экспериментальные исследования автора, которые заставляют его склониться в сторону теории, объясняющей феномен SR с точки зрения коллоидно-химической. Книга читается легко и может быть рекомендована каждому желающему ознакомиться с этой важной, в особенности для гинеколога, реакцией.

Проф. А. Тимодеев.

G. Drouet. Лечение сифилиса висмутом. Изд. «Практ. Медич.» 1925. 59 стр. 50 коп.

Основные вопросы висмутовой терапии, ее теоретическое обоснование всесторонне и исчерпывающе освещены главным образом в иностранной медицинской печати, почти совершенно недоступной широкой массе русских врачей-практиков. Несмотря на то, что висмут, как антилюэтическое средство, находит себе широкое применение в различных стадиях и при различных формах сифилиса и пользуется заслуженным вниманием сифилидологов и терапевтов, в русской медицинской литературе мы не имеем и до сего времени специального, даже краткого, руководства по висмутовой терапии. Этот существенный недостаток весьма удачно восполняет «Практическая Медицина», издавая переводный с французского труд Drouet, в котором, хотя и кратко, — иногда даже в ущерб точности и ясности изложения отдельных вопросов (напр., вопроса о терапевтических свойствах висмута, о влиянии его на RW, о рецидивах и др.) — излагается современное состояние учения о терапевтическом значении висмута. Небольшая по объему, доступная по цене книжка может быть рекомендована практическим врачам, желающим ознакомиться с висмутовой терапией; особенно ценна она в том отношении, что начинающий врач найдет здесь весьма подробно описанную технику применения висмута и ряд необходимых практических указаний. Прив.-доц. Н. Яснитский.

XVIII Съезд Российских Хирургов.

Минувший XVIII Съезд Российских Хирургов, происходивший в Москве, был очень многолюдным, собрав до 1200 членов. На этот раз Организационное Бюро провело в жизнь жесткий отбор докладов, ограничив их всего 60-ю, причем 15 из них пало на долю Москвы, 15 — на долю Ленинграда и 30 — на долю провинции. Почти все заседания полностью были проведены председателем Съезда проф. Г. И. Турнером.

Основными программными вопросами Съезда были 1) вопрос о грыжесечении, 2) вопрос о спленэктомии; последний вопрос обсуждался совместно со Съездом Терапевтов.

Вводный доклад по первому вопросу был сделан проф. Мартыновым, подчеркнувшим значение простых точных способов и, между прочим, указавшим, что подшивание мышц к дупартовой связке при лечении паховых грыж большого значения не имеет, так как доказано, что мышцы и связки, как ткани разнородные, сращения не дают. Из дальнейших 15 докладов, часть которых носила чисто статистический характер, выяснилось, что каких-либо новых течений в вопросе о лечении грыж не имеется. В лечении бедренных грыж, хотя вводным докладом и подчеркивалось значение основных простых способов, внесены предложения еще новых способов (Абражанов).

Докладчиками по вопросу о спленэктомии были профф. Герцен и Ключарева, представившие исчерпывающие данные по вопросу о показаниях к спленэктомии и ее главным образом ближайших результатах. Доклады вызвали оживленные прения, преимущественно со стороны терапевтов.

Одно из заседаний Съезда полностью было занято заслушиванием докладов по ортопедии (9 докладов); здесь нужно подчеркнуть оригинальное предложение проф. Вредена «остеопластической разгрузки позвоночника при спондилите» и интересную демонстрацию проф. Елецким двух больных с артропластикой.

Доклад проф. Федорова «о хирургическом лечении обтурационной желтухи» носил обще-вводный характер.

Из внепрограммных вопросов значительное число докладов было посвящено вопросам о заболеваниях желудка, особенно язвой: часть этих работ носила чисто клинический характер, часть — экспериментальный. Из числа их доклад «о расширять показания к резекции желудка при раке» проф. Гессе, предложившего резецировать желудок и при доступных метастазах в печени, вызвал оживленные прения, но сочувствия не встретил.

Несомненный успех имел доклад проф. Вишневецкого. Брошенный им лозунг: «все заболевания брюшной полости воспалительного характера должны быть оперируемы под местной анестезией» был признан правильным всеми выступавшими ораторами.

Привлекли внимание Съезда также доклад Березова и Куховаренко «о лечении послеоперационного ацидоза инсулином» и доклад проф. Напалкова «к патогенезу и хирургическому лечению гастроптоза». Интересной была, наконец, демонстрация проф. Брайцевым больной, у которой он устроил искусственный пищевод из кожи груди.

Съезд продолжался 4 дня, с 27 по 30 мая. Нужно отметить, что программный вопрос о грыжах прошел довольно тускло частью из-за отсутствия оригинальных докладов, частью из-за того, что многие ораторы, выступавшие в прениях, не критикуя докладов, не вносили чего-либо нового, а занимались изложением своего материала, часто неоригинального. Вопрос о спленэктомии, как совместный с терапевтами, за отсутствием подходящих для многолюдного собрания аудиторий, обсуждался в здании цирка, где, по условиям акустики, громадное большинство ораторов, не располагавшее достаточными голосовыми средствами для такой аудитории, не могло быть заслушано собранием.

Н. С.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 3/VI.

Д-р Кондаков доложил о ходе эпидемии скарлатины в Татарской республике за последние годы.

Д-р Благовещенский сообщил результаты обследования детей г. Казани и Свияжска на восприимчивость к скарлатине путем реакции Dick'a. Было обследовано 3,000 детей, положительная реакция получилась у 27%. Докладчик отметил роль интернатов, возраста и национальности в состоянии иммунитета при скарлатине.

Д-р А. Ф. Агафонов сделал доклад о результатах лечения скарлатины сывороткой реконвалесцентом и антитоксической лошадиной сывороткой, как Института Экспериментальной Медицины в двух ее сериях, так и местного Микробиологического Института. Примененная в 9 тяжелых случаях скарлатины сыворотка реконвалесцентом оказалась, в дозе 30—40 к. с. внутримышечно, благоприятное влияние на т, сыпь и общее состояние больных. Сыворотки Института Эксп. Мед. определенно-хороших результатов у 11 больных не дали. Из трех серий 1925/26 г. местного Микроб. Ин-та оказалась высокодейственной лишь серия № 1 1926, примененная в 18 случаях.

Благовещенский.

Научные собрания Врачей Гос. Института для усоп. врачей

Собрание 83-е 11/V.

Д-р Русецкий демонстрировал 2 больных с атипической амавропической идиотией. В обоих случаях имели место след. особенности: 1) семья русская, 2) начало болезни — при втором прорезывании зубов, 3) медленное развитие и течение болезни, 4) закончившийся ретинохориоидит и атрофия зрительного нерва (амавроз) без особых изменений со стороны macula lutea, 5) эпилептические припадки, 6) умственная отсталость, 7) отсутствие перебедалярных и паралитических явлений, 9) наружная офталмоплегия и нистагм, 9) запаздывание дермографизма и 10) резко выраженное явление диспинеализма: преждевременное

половое развитие и рост костей, опережающий свой возраст на 3—5 лет. Случаи эти подкрепляют существующее воззрение о связи амовротической идиотии с заболеваниями желез внутренней секреции.— Прения: проф. Лепский и д-р Матвеев.

Д-р М. М. Левит: „Роль детской консультации в диспансеризации населения“. Докладчик полагает, что в общей системе диспансеризации вся группа детей до 3-летнего возраста должна быть взята на учет. и при проведении диспансеризации рабочих и членов их семейств необходимо увязывать эту работу с работой консультации для детей грудного возраста.—Прения: д-ра Рахлин, Федоров, проф. Лурия, д-ра Эпштейн, Мясник, Бланк, Лившиц и проф. Лепский.

Д-р Виленский: „К учению о функциональной диагностике ретикуло-эндотелиального аппарата“. Наблюдая 60 инфекционных больных, коим внутривенно вводилось по 10 к. с. 10% раствора Congoroth или Tigranblau, автор устанавливает, что выделение из крови вводимых веществ находится в зависимости от тяжести инфекционного заболевания в каждом отдельном случае, причем задержка краски в крови особенно наблюдается у тяжелых больных перед смертью. Причину такой задержки докладчик видит в угнетении ретикуло-эндотелиального аппарата инфекцией, вследствие чего в нем не происходит отложений краски.— По докладу высказались д-ра Рахлин, Вылегжанин и профф. Лурия и Лепский.

Д-ра Бланк и Рабинович демонстрировали случай *поллицтэмии* (болезни Vaguet). Больной поступил по поводу охриплости голоса, головных болей, головокружения и одышки. При объективном исследовании бросались в глаза: вишнево-красная окраска кожи лица и кистей рук, резкая гиперемия видимых слизистых, увеличение селезенки и печени. В крови эритроцитов было 11-270.000, гемоглобина 130%. Со стороны лейкоцитарной формулы ничего особенного. Больной подвергался освещению рентгеновскими лучами, а в последнее время применялись инъекции фенол-гидразина. Ко дню выписки: эритроцитов 8.200.000, уменьшение интенсивности краски кожи и исчезновение объективных ощущений.

Хроника.

— После публичной защиты в заседании Медфака Казанского Университета признан трудом высокой научной квалификации труд д-ра Ф. Д. Агафонова «К физиологии *gl. thymus*». Официальными оппонентами на диспуте были профф., Н. А. Миславский, В. К. Меньшиков и П. Н. Николаев.

— С будущего уч. года лица среднего медицинского персонала будут именоваться «медицинскими техниками» (Вр. Газ., 1926, № 10).

— По данным П. А. Кувшинникова (реф. в Гиг. и Эпид., 1926, № 1) рождаемость в России за 45 л. (с 1868 по 1912 г.) понизилась на 10%.

— В тек. году курорты Кавказа обогатились новыми ценными источниками. Между прочим в Кисловодске открывается новый нарзанный источник (Вр. Г. 1926, № 8—9).

— При Саратовском Обществе Психологии, Неврологии и Психопатологии организована гипнологическая секция, председателем которой избран пр.-доц. П. П. Подъяпольский. Секция имеет целью объединение деятельности гипнологов Поволжья, в интересах более систематического изучения вопросов гипноза и психотрипсии. За справками обращаться к секретарям секции д-р Б. А. Токаревскому (Саратов, М. Сергиевская, 13) или д-ру Факторовичу (Первомайская, 84).

— В конце мая или начале июня 1927 г. предполагается созвать в Москве IV Всесоюзный Съезд Детских Врачей. Съезд будет продолжаться 6 дней. Программные темы: 1) активная и пассивная иммунизация при острых инфекционных заболеваниях у детей (скарлатина, дифтерия, корь); 2) эндокринный аппарат и развитие ребенка; 3) методика рационального вскармливания грудного ребенка; 4) формы и клинические типы тbc поражения легких в детском возрасте. Положения и авторефераты докладов должны быть доставлены не позднее 1 марта 1927 г. д-ру Н. И. Ланговому (Москва, Пятницкая, 65, кв. 8).

— В Одессе скоро предстоит громкое судебное дело в связи с самоубийством ординатора I Совнарбольницы Гешелина, уволенного, по наветам врача-коммуниста Бира, инспектором лечебной сети Юделясом за якобы «контр-революционное» направление (Изв. ЦИК'а, 1926, № 94).

— Общее число участвовавших в мировой войне 1914—18 г.г. равнялось 66 милл. чел., убито и умерло от ран и болезней среди них 9 милл., материальный ущерб равнялся 600 миллиардам руб. (половина всех материальных ценностей человечества). Россия потеряла убитыми 775.400 чел., увечными—348.500, пленными—3.343.900 чел., расходы ее на войну равнялись 50,5 миллиардам руб. (Реф. в Гиг. и Эпид., 1926, № 1).

— В виду недостатка в средствах в Германии решено закрыть университет в Гиссене (Моск. М. Ж., 1926, № 5).

— В Путивле, Глуховского окр., скончался от сердечной астмы, на 69-м году жизни, один из выдающихся представителей русской фармакологии, б. профессор Томского У-та Павел Васильевич Буржинский. Покойный был непосредственным учеником В. А-ча Манассеяна. Последние годы он жил с женой, на 30-рублевую пенсию. Жена после смерти мужа осталась без всяких средств.

Письмо в редакцию.

Уважаемый тов. Редактор! Прошу Вас не отказать в напечатании моего краткого разяснения по поводу статьи асс. Я. Д. Печникова и орд. И. С. Бейраха «Опыт применения неспецифической терапии при гоноррее» (Каз. Мед. Журнал., 1926, № 1), где авторы приписывают мне взгляд на очаговую реакцию, как «на вредный момент при протеиновой терапии» (стр. 80). В действительности же в той моей статье (Русск. Вестн. Дерм., 1924, № 9), в которой я будто-бы придерживаюсь такой точки зрения, об очаговой реакции я высказывался следующим образом: «Очаговая реакция необходима для терапевтического эффекта при протеиновой терапии гонорройных осложнений» (стр. 790)... Нашей задачей было выяснить, возможно-ли с большим или меньшим успехом провести всю протеиновую терапию при том или другом заболевании без всякой, хотя-бы самой малой, общей и очаговой реакции» (стр. 786). Из этого вовсе не следует, что очаговая реакция—«вредный момент при протеинотерапии». Этого я не утверждал и не мог утверждать, так как держусь противоположного мнения.

К. Дьяков.

Поправка. В ст. Шполянского (№ 5—6 „Журнала“), на стр. 643, строка 9-я сверху, по недосмотру автора, вместо Савицкого поставлено Селицкого.

Опечатка. В ст. Морозова (№ 5—6 „Журнала“), на стр. 626, строка 6-я сверху, напечатано: 200,0 грм., должно быть: 20 гран.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1926 г. НА ЖУРНАЛ

ИЗВЕСТИЯ ОБ-ВА ВРАЧЕЙ ЮЖНО-УССУРИЙСКОГО КРАЯ,

выходящий выпусками в 2 печатных листа 6 раз в год. Подписная цена на 1926 год 3 руб. 60 коп., отдельный №—55 коп. с пересылкой.

Адрес редакции: Владивосток, Посольская, 39.

ЖУРНАЛЫ и КНИГИ, ПОСТУПИВШИЕ в РЕДАКЦИЮ.

- 1) „Zentralblatt für Chirurgie“, 1926, №№ 12—26.
- 2) „Клиническая Медицина“, 1926, №№ 4, 5, 6.
- 3) „Клинический Архив гениальности и одаренности“, т. II.
- 4) „Известия О-ва Врачей Южно-Уссурийского Края“, 1926, № 25.
- 5) „Русский Вестник Дерматологии“, 1926, №№ 5, 6.
- 6) „Новый Хирургический Архив“, 1926, № 37—38.
- 7) „Обозрение Психиатрии, Неврологии и Рефлексологии“.
- 8) „Клинический Журнал Саратов. Ун-та“, 1926, № 4.
- 9) „Медицинское Обозрение Нижнего Поволжья“, 1926, № 3—4.
- 10) „Annales de médecine“, 1926, №№ 4, 5.
- 11) „Wiener klinische Wochenschrift“, 1926, №№ 20—23.
- 12) „Русско-немецкий Медицинский Журнал“, 1926, № 5.
- 13) „Журнал Акушерства и Женских Болезней“, 1926, № 3.
- 14) „Микробиологический Журнал“, 1926, № 2.
- 15) „Наша Искра“, 1926, № 4—5.
- 16) „Врачебное Обозрение“, 1926, №№ 5, 6.
- 17) „Врачебное Дело“, 1926, №№ 9, 10—11.
- 18) „Современная Психоневрология“, 1926, апрель.
- 19) „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“, 1926, № 5.
- 20) „Журнал Экспериментальной Биологии и Медицины“, 1926, № 7.
- 21) „Урология“, 1925, №№ 9, 10.
- 22) „Профилактическая Медицина“, 1926, № 5.
- 23) „American journal of Psychiatry“, vol. V, № 4.
- 24) „The journal of American Medical Association“, 1926, № 20.
- 25) „Саратовский Вестник Здравоохранения“, 1926, № 3.
- 26) „Екатеринославский Медицинский Журнал“, 1926, № 3—4.
- 27) „Časopis Lékařů českých“, 1926, № 23.
- 28) „Бюллетень Наркомздрава“, 1926, №№ 9, 10.
- 29) „Вестник Хирургии и Пограничных Областей“, 1926, № 20.
- 30) „Терапевтический Архив“, 1926, № 3.
- 31) „Московский Медицинский Журнал“, 1926, № 6.
- 32) „Практический Врач“, 1926, № 5.
- 33) „Ленинградский Медицинский Журнал“, 1926, № 5.
- 34) „Русская Клиника“, 1926, № 25.
- 35) „Иркутский Медицинский Журнал“, 1926, № 5—6.
- 36) „Журнал для усовершенствования врачей“, 1926, № 5.
- 37) „Средне-Азиатский Медицинский Журнал“, 1926, № 5.
- 38) „Le Cancer“, 1926, № 1.
- 39) „Советск. Медицина на Сев. Кавказе“, 1926, № 5.
- 40) „Врачебная Газета“, 1926, № 11—12.
- 41) „Вестник Геологического Комитета“, 1924, № 7; 1925, №№ 1—3.
- 42) „Вестник Микробиологии и Эпидемиологии“, 1926, вып. 1—2.
- 43) „Журнал по изучению раннего детского возраста“, 1926, № 3.
- 44) „Jornal dos klinikos“, 1926, №№ 1—9.
- 45) „Труды Воронежского Гос. Ун-та“, 1926, т. I.
- 46) С. И. Флейшман. „Внезапные и острые заболевания нервной системы“. Берлин, 1926.
- 47) „Здравоохранение в Марийской Автономной Области в 1925 г.“.
- 48) Л. С. Боголепова. „Институт профессиональной заболеваемости имени В. А. Обуха“. Москва, 1926.
- 49) А. С. Шоломович. „Как мы боремся с алкоголизмом“. Москва, 1926.
- 50) „Труд и здоровье рабочих“, в. III. Мосздравотдел, 1926.
- 51) Проф. С. С. Зимницкий. „О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез“. Москва, 1926.
- 52) К. Д. Резель. „Заболевания вегетативной нервной системы“. Москва, 1926.
- 53) „Здравоохранение на Дону прежде и теперь“. Ростов н. Д., 1926.
- 54) A. Rendle Short. „Аппендицит“. Ленинград, 1926.

Издания „Казанского Медицинского Журнала“.

1. Проф. **М. О. Фридланд**. Биомеханика пневмоторакса, руководство для врачей. Цена 1 р.
2. Д-р **С. Я. Голосовнер**. К вопросу о половом быте современной женщины. Ц. 20 коп.
3. Проф. **Р. А. Лурия**. О висцеральном сифилисе. Ц. 25 к.
4. Проф. **Е. М. Лепский**. Консультация для детей грудного возраста. 2 изд. Цена 50 коп.
5. Проф. **К. В. Бенинг**. Несовместимые лекарственные вещества и нерациональные рецептурные формы. Ц. 30 к.
6. Д-р **И. И. Русецкий**. К вопросу о содружественных движениях. Цена 90 коп.

Высылаются наложенным платежом, без задатка.

Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно.

Требования и деньги направлять по адресу редакции:

г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета

(IV г. изд.)

Журнал для усовершенствования врачей

(IV г. изд.)

Издается при Гос. Казанч. Институте. Ежемесячный орган, посвящен вопросам практической и теоретической медицины. Ответств. редактор проф. С. А. Бруштейн. Члены Ред.: профф. Л. В. Блуменау, К. Н. Георгиевский, П. Н. Дятроптов, К. Э. Добровольский, Н. Н. Петров, Л. А. Тарасевич и Ф. Я. Чистович. Журнал ставит себе целью прийти на помощь русск. врачу, стремящемуся пополнить знания, знакомя его с новейшими достижениями в области медицины. Подписка на 1926 г. открыта. В течение года подписчики получают ежемесяч. журнал и, кроме того, без доплаты шесть кн. по медиц.: 1) Истерия и истерические реакции—проф. Блуменау, Л. В. 2) Техника реакции Вассермана—проф. Белоновский, Г. Д., и прив.-доц. Реченский, С. С. 3) Гипс в ортопедии и хирургии—доктор Вербов, А. Ф. 4) Функциональная диагностика при внутренних заболев.—проф. Ловцкий, Я. А., и прив.-доц. Шварц, Н. И. 5) Терапия сифилиса—проф. Meirowski и проф. Pinkus, пер. под ред. проф. Сахновского, А. 6) Эндокринологич. набл.—проф. Оппель, В. А. Подписная цена: на год с доставк. и пересылк. 10 руб., на 6 месц. шесть руб. Рассрочка: при подписке 5 рублей, остальные до 1 мая 1926 года. При групповой подписке по 1 руб. в месяц с подп., с покpыт. до 1 ноября. Имеются полные комплекты за 1924 и 1925 года по 8 руб. При групповой подписке подписчики могут получить Новейший Энциклопедический Научный Словарь (12 книг от А до Я), переработанный заново перевод впервые вышедшего в Германии 1 октября 1925 г. нового словаря „Малый Брокгауз“ (Der Kleine Brockhaus), значительно дополненный по целому ряду новейших словарей (Марусс, Британская Энциклопедия, Новая Американская Энциклопедия и др.), применительно для СССР, при участии крупных научных сил, профессоров-сотрудников „Вестника Знания“, за доплату шести руб., при подписке 3 руб., к 1 мая остальные. Требования и деньги адресовать: Ленинград, Стремянная, д. 8, Главная контора „Журнала для усовершенствования врачей“.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1926 ГОД НА

„НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АРХИВ“

(VI год издания).

Под редакцией проф. В.-М. Академии С. П. Федорова и проф. Екатеринбургского Мединститута Я. О. Гальперна.

Программа журнала: I. Оригин. статьи по вопросам теорет. и клиническ. хирургии, по общим вопросам хирургии (история, организация хирургической помощи и т. п.). II. Случаи из практики. III. Хирургические съезды и заседания хирургич. обществ. IV. Русская хирургич. печать. V. Рецензии и рефераты. VI. Разные известия. В 1926 г. будет выпущено **10 книг** по 10 печатных листов каждая.

Первые книги 1926 года №№ 34, 35 и 36 полностью разошлись.

Впредь подписка принимается с № 37—4-й книги 1926 года. Стоимость остающихся до конца года восьми книг **13 р. 50 к.**

Подписчикам 1926 г. „Труды III Съезда Хирургов Одесской губ.—IX—1926 г.“ могут быть высланы при уплате 1 рубля вместо 3 р. (цены в книжных магазинах).

Допускается рассрочка: 7 руб. при подписке, остальные до 1 сентября 1926 года. Для сельских хирургов допускается более дробная рассрочка—по соглашению с редакцией.

Денежные переводы направлять: Екатеринбург, ул. Короленко, 22, проф. Я. О. Гальперну.

„ВЕСТНИК ЭНДОКРИНОЛОГИИ“.

Журнал, посвященный научной разработке вопросов о функциях и заболеваниях органов внутренней секреции, выходит 6 раз в год

под редакцией проф. В. Д. Шервинского.

Подписная цена на 1926 г.—6 руб. в год. Москва, Воронцово поле, Бол. Николо-Воробьинский пер., 14.

Для ознакомления пробный номер по требованию высылается бесплатно.

Ленинградский Медицинский Журнал,

издаваемый Ленинградским Губздравотделом и посвященный вопросам научной медицины и строительству дела здравоохранения. Ответственный редактор д-р Л. Н. Федоров. Члены редакционной коллегии: М. Ф. Адуевский, А. М. Брамсон, Г. П. Дембо, Н. М. Каценеленбоген и А. П. Грибов. **ОТДЕЛЫ ЖУРНАЛА:** 1) Научные статьи. 2) Обзор научной литературы. 3) Статьи по строительству дела здравоохранения. 4) Обзор литературы по строительству дела здравоохранения в Союзе и за границей. 5) Обзор деятельности Ленинградских научных обществ. 6) Корреспонденции. 7) Библиография и 8) Хроника. Особое внимание будет уделено вопросам сан-лечебной организации Ленинграда и Ленинградской губернии. Журнал выходит ежемесячными книжками. Подписная цена на 1926 г. (10 №№) 10 руб. за год, 6 руб. в полугодие. Допускается рассрочка платежа: 4 руб. при подписке, 3 руб. к 1-му сентября и 3 руб.—к 1 апреля (при подписке через контору журнала—Улица Пролеткульта, № 1). Адрес редакции Ленинградского Медицинского Журнала: Ленинград, улица Пролеткульта, дом № 1.

ЖУРНАЛ „ВЕСТНИК ХИРУРГИИ И ПОГРАН. ОБЛАСТЕЙ“

издаваемый от имени Русск.-Хир. Общ. Пирогова
под редакцией И. И. Грекова и при участии ряда ленинградских и иногородних профессоров.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

а) Оригинальные статьи по всем отделам хирургии и пограничным с нею областям. б) Протоколы Русского Хирургического Общества Н. И. Пирогова. в) Рецензии и краткие рефераты. Предполагается печатать общие обзоры. Журнал будет выходить в 1926 г. по прежней программе книжками в 10—12 и более листов, причем предполагается выпустить 8—10 книжек в год. Подписная годовая цена (в зависимости от числа книжек) 20—24 рубля с пересылкой, 18—22 рубля без пересылки. Цена книжки в отдельной продаже без пересылки 3 руб., для подписчиков—2 р. 50 к. Книжки в магазинах 30% скидка (без пересылки). Желающие могут присылать аванс в размере не менее 5 руб., своевременно возобновляя его, или получать журнал наложенным платежом. Редакция надеется в современном удешевить журнал и выпускать его без прежних перебоев. Имеются в редакции в небольшом количестве книжки от 3 по 14 включительно, №№ 1 и 2 распроданы, и редакция готова сама приобрести их от желающих продать. Статьи просят присылать на имя редактора И. И. Грекова (Ленинград, Обуховская б., Фонтанка, 106, также Ямская, 4, кв. 3) или Г. Ф. Петрашевской (Обуховская б. или Матвеевская, 11, кв. 35).
Телефоны 172—48, 171—67.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1926 г. на ЖУРНАЛ

„Гигиена и Эпидемиология“

(ПЯТЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ).

Издается в Москве Государств. Центральным Бактериолог. Институтом НКЗ под редакцией проф. Е. И. Марциновского, проф. А. Н. Сысина и проф. Л. А. Тарасевича. В 1926 г. журнал будет выходить ежемесячно книжками по 8 печатных листов. Каждая книжка журнала имеет отделы: I. Оригинальные статьи. II. Деятельность санитарных органов в России и за границей. III. Съезды и совещания. IV. Рефераты и библиография. V. Хроника. VI. Вопросы и ответы. Подписная цена на журнал с доставкой и пересылкой: на год—12 руб., на 1/2 года—7 руб. За границу: на год 8 долл., на полгода 5 долл. Для врачей допускается расписка при условии непосредственного обращения в Издательство (Москва, Фуркасовский, д. 3): 1) при подписке вносятся 5 руб., к 1 мая—4 руб. и к 1 сентября—3 руб., 2) при подписке—2 руб. и по получении каждого №, начиная с первого,—по 2 руб. до погашения всей подписной суммы. Цена отдельной книжки 1 р. 50 к. Подписка на журнал принимается: Москва, Госуд. Центр. Бактериолог. Институт, Фуркасовский, 3.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1926 ГОД НА:

Год издания 3-й.

РУССКИЙ ВЕСТНИК ДЕРМАТОЛОГИИ

Год издания 3-й.

(*Acta dermato-venereologica Rossica*),

ежемесячный журнал, посвященный кожным и венерическим болезням под редакцией проф. В. В. Иванова, А. П. Иордана и Г. И. Мещерского.

Издание Московского Венерологического и Дерматологического Общества. Подписная цена: 15 рублей с доставкой и пересылкой. Рассрочка: 5 рублей при подписке, 5 рублей к 1 марта и 5 рублей к 1 июня. Для врачей, работающих в клиниках и др. государственных учреждениях, допускается групповая подписка с тем, чтобы вся подписная плата была внесена не позднее 1 ноября 1926 года. При высылке денег прилагать 20 копеек за доставку на дом. 2 летних месяца журнал не выходит. Подписная цена для заграницы, с пересылкой заказными бандеролями,—9 ам. долларов в год. Подписную плату высылать по адресу д-ра С. И. Бортняева, Тверская, 19, кв. 8а.

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 сущ. с 1868 г.

Тел. 161—99.

„И. И. МАРКОВ“

магазин и мастерская

влад. И. И. ГРЮНБЕРГ.

Тел. 161—99.

ХИРУРГИЧЕСКИХ и ОПТИЧЕСКИХ

ИНСТРУМЕНТОВ.

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

РЕМОНТ, ТОЧКА, НИККЕЛИРОВКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ.

Ленинград, просп. 25 Октября, № 78.

Иногородные заказы исполн. наложенным платежом.

Адрес для телеграмм: ЛЕНИНГРАД—„ХИРУРГИЯ“.

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, зубоврачебные 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.

“СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ”

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ

ПРОФЕССОРА Д-РА БЮХНЕРА



ВЫПУСКАЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЕМ НАРКОМЗДРАВА ЗА № 8362
ОРГАНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ ЛАБОРАТОРИИ КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“.
СЕНАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ ИЗГОТОВЛЯЕТСЯ ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ ЖИВОТНЫХ
ПОД РУКОВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИМИКОВ, ФАРМАЦЕВТОВ, ВРАЧЕЙ,
С БОЛЬШИМ УСПЕХОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ

СЕНАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНЯХ: СТАРИЧЕСКАЯ ДРЯХЛОСТЬ,
СЛАБОСТЬ ОРГАНИЗМА, МАЛОКРОВИЕ, **НЕВРАСТЕНИЯ ВО ВСЕХ ВИДАХ**
АРТЕРИАЛЬНО-СПЛИННОЙ СУХОТЫ, АСТМА, ПОДАГРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ОЖИРЕНИЕ СЕРДЦА, ХУДОСОЧИЕ,

А ТАКЖЕ ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ПОТОВОГО БЕССИПИЯ.

СЕНАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ БЫСТРО ВОСТАНАВЛИВАЕТ УТРАЧЕННЫЕ СИЛЫ,
ПОСЛЕ ПЕРЕЖЕННЫХ ИСТОЩАЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ:
ИНФЛЮЭНЦЫ, ТИФА, ПОСЛЕ РОДОВ, ПРИ

ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СИФИЛИСЕ, ОНАИЗМЕ, И.Т.П.

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

ЦЕНА ФЛ. 2 РУБ. 50 КОП. ПОЧТОМ ВЫСЫЛАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕ 4 РУБ. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЗАДАТКА 25%,
ПРИ ЗАКАЗЕ 8 И БОЛЕЕ ФЛ. ПЕРЕДПЛАТА И УПАКОВКА ЗА НАШ СЧЕТ.

ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА И ДЕНЬГИ

АДРЕСОВАТЬ: ТОРГ. ОТД. КООПЕРАТИВА „ГАЛЕН-МОСКВА“ МОСКВА УЛ. ГЕРШЕНА №5 ОТД.
ПОЧТ. ЯШ. №1025