

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Казанского Общества врачей

Орган Казанского медицинского института и Казанского института
для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—проф. В. Л. Боголюбов,
И. П. Васильев, М. М. Гран, Е. М. Лепский, Р. А. Лурья, В. А. Энгельгардт,
д-ра З. Н. Блюмштейн (секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плещицер.

1931 г.

(Год издания XXVII)

№ 1

Я Н В А Р Ь.

КАЗАНЬ.

Третий, решающий год пятилетки.

Объединенный пленум ЦК и ЦКК ВКП (б), состоявшийся 17—21 декабря 1930 года, в принятых резолюциях определяет, что наступающий 1931 год является решающим годом в деле осуществления лозунга «Пятилетка в четыре года». На безусловном выполнении намеченного плана во всех его частях и особенно на качественных его показателях (снижение себестоимости промышленной продукции, снижение стоимости строительства, повышение производительности труда, повышение урожайности, улучшение показателей работы транспорта, улучшение качества продукции и т. д.) должен быть сосредоточен максимум внимания, максимум энергии.

Наступающий 1931 год будет годом новых достижений, новых крупнейших успехов социализма в его борьбе с капитализмом.

Несколько цифр дадут нам представление о тех количественных показателях, которые страна должна планомерно выполнить в наступающем году. Объединенный пленум указывает, что успехи первых двух лет пятилетки позволяют принять для 1931 года еще более высокие темпы развертывания социалистического строительства:

По народному хозяйству в целом — принять ориентировочно: а) *народный доход Союза ССР на 1931 г. в 49 млрд. рублей* (в ценах 1926/27 года) против 49,7 млрд. рублей, предполагавшихся для последнего года (1933 г.); б) капитальные вложения в обобществленный сектор народного хозяйства определить в 17 млрд. рублей против 10 млрд. рубл. в 1930 г.; в) фонд промтоваров широкого потребления определить на 1931 год в 14,6 млрд. рублей, против 11,5 млрд. рублей на 1930 г.

По промышленности и электрификации: а) объем капитальных работ социалистической промышленности и электрификации определить для 1931 года в 7470 млн. рублей, снижение стоимости строительства определить в 12%;

б) довести к концу 1931 г. общую мощность всех действующих электростанций до 4,5 млн. квт., а производство электрической энергии — до 12,7 млрд. квт.-часов против 8,8 млрд. квт.-часов в 1930 году;

в) установить для промышленности, планируемой ВСНХ, рост числа рабочих на 10%, рост производительности труда на 28%, снижение стоимости продукции на 10%, при обязательном улучшении качества продукции.

По сельскому хозяйству: а) в среднем по Союзу, по всем отраслям сельского хозяйства обеспечить в 1931 г. коллективизацию не менее половины крестьянских хозяйств, причем для Украины (степь), Сев. Кавказа, Нижней Волги, Средней Волги (Заволжье) в среднем не менее 80% крестьянских хозяйств, что означает для этих районов завершение в основном сплошной коллективизации и ликвидации кулачества как класса.

б) Общий размер посевных площадей по всем культурам довести в 1931 году до 143 млн. га, число МТС трактороцентра к концу года довести до 1400 с общей мощностью тракторов в 980 тысяч лошади, сил, стадо скотовода довести до 2800 тысяч голов, стадо свиновода—до 1900 тысяч голов, стадо овцевода—до 4,4 млн. голов, стадо молочно-масляного треста—до 110 тысяч коров.

По труду и культуре: а) установить общую численность рабочих и служащих на 1931 в 16 млн. человек против 14 млн. человек в 1930 году; б) установить рост заработной платы для промышленных рабочих в 6⁰/₀, для рабочих, занятых в железнодорожном транспорте, в 8⁰/₀; в) перевести к концу 1931 года на 7-часовой рабочий день не менее 92⁰/₀ рабочих, занятых в промышленности, планируемой ВСНХ; г) вложения в жилищное строительство по всем отраслям обобществленного народного хозяйства определить в 1,1 млрд. рублей, против 582,5 млн. руб. прошлого года, и д) общий фонд финансирования по просвещению, кадрам, науке, здравоохранению и соц. обеспечению определить в 6,5 млрд. рублей, против 5 млрд. рублей в 1930 году.

Эти количественные и качественные показатели ставят перед врачами ряд конкретных задач и немедленной увязки своей деятельности с этими задачами на всех участках социалистического строительства.

Объединенный пленум указывает, что было бы, однако, в корне неправильно думать, что эти грандиозные задачи могут быть разрешены «самостоятельно», «стихийно»... они могут быть разрешены при дальнейшем росте активности и трудового подъема широчайших масс трудящихся (соусоревнование, ударничество, встречный промфинплан).

Редакция обращается ко всем врачам с призывом мобилизоваться для полного выполнения всех заданий 1931 года, дать решительный отпор правооппортунистам и нанести сокрушительный удар вредителям. В этой грандиозной социалистической перестройке нельзя оставаться нейтральным, практическая и научная деятельность врача не может оставаться аполитичной, они должны тесно увязаться с политикой коммунистической партии, с задачами социалистической стройки. Двух путей не дано. Все те, которые скатываются с ленинского пути, все, кто стоит в стороне, попадают в лагерь тех, которые ставят своей задачей реставрацию капитализма в СССР.

Редакция призывает всех сплотиться вокруг коммунистической партии, чтобы вместе с ней нанести решительный удар классовым врагам.

Редакция „Казанского медицинского журнала“.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Краевого микробиологического института ТНКС и кафедры микробиологии Казанского государственного медицинского института. (Директор проф. В. М. Аристовский).

О применении антигенов из культур *sp. pallida* для серодиагноза сифилиса.

Прив.-доц. Р. Р. Гельтцер и д-ра Э. Г. Сушковой.

С момента получения чистых культур *sp. pallida* возник вопрос о применении этих культур в качестве антигена при WaR. Возможность применения такого рода антигена казалась весьма заманчивой, так как в этом случае WaR в методическом отношении вполне удовлетворяла бы требованиям реакции связывания комплемента Bordet-Gengou, на теоретической базе которой и была в свое время разработана методика WaR Wassermann'ом, Neisser'ом и Bruck'ом.

Такие опыты были произведены Mühlens'ом, Hoffmann'ом, Schereschewsky, Worms'ом, Nakano, Noguchi, Kolmer, Williams, Laubough и Hinkleman'ом, но результаты не всегда были постоянными: в одних случаях наблюдалось значительное, но все же неполное совпадение с результатом опытов по оригинальному методу WaR, в других случаях для положительных по Wa сывороток совпадение получилось лишь в 50%, а в опытах Noguchi антиген, приготовленный из чистых культур, редко давал положительный результат при первичном или вторичном сифилисе и лишь небольшой % сывороток реагировал при третичном латентном сифилисе положительно. В последнее время в связи с работой F. Klopstock'a вопрос о возможности применения спирохетного антигена снова является предметом интенсивного изучения, тем более что и взгляд на природу Wa-реактивов начинает понемногу изменяться в сторону признания главной роли спирохет в деле образования этих тел. F. Klopstock, применяя алкогольный экстракт из *sp. pallida* чистых культур (шт. Reiter'a), на большом числе опытов связывания комплемента с сыворотками людей, больных сифилисом показал, что с экстрактом из спирохет получались лучшие результаты, нежели с органоэкстрактами, обычно применяемыми при WaR. Эти наблюдения были подтверждены затем Hesch'ом и одним из нас (Р. Р. Гельтцер) совместно с В. И. Поповым. Krog и Schulze, напротив, получили иные результаты, работая с алкогольным экстрактом из спирохет выделенной ими чистой культуры. Эти авторы получили положительный результат только в 50% положительных по WaR сывороток. F. Klopstock объясняет это резкое расхождение недостатком приготовления экстракта, но, быть может, как мы знаем из дальнейших работ Krog и Schulze, здесь могли иметь значение и те особенности штамма, которыми этот последний столь резко отличается от шт. Reiter'a.

Gaeltgens, признавая, на основании своих опытов, что спирохетный экстракт Klopstock'a представляет собой в общем пригодный антиген, все же не мог подтвердить превосходства этого антигена по

сравнению с обычными алкогольными Вассермановскими экстрактами. Применяя же в качестве антигена взвесь *sp. pallida* в физиологическом растворе NaCl с прибавлением 0,3 ас. carbolicі, Gaehlgens убедился при исследовании 7000 сывороток в том, что такой антиген является значительно превосходящим обычные алкогольные органоекстракты. Изучая водные антигены, этот автор обратил внимание на следующее обстоятельство: взвесь *sp. pallida*, убитая нагреванием при 56°, или совершенно не реагирует в опыте связывания комплемента с сыворотками сифилитическими, или же в редких случаях дает положительную реакцию; при добавлении же карболовой кислоты в количестве 0,3% этот антиген становится весьма чувствительным. Стойкость таких водных карболизированных антигенов меньше алкогольных, но все же при хранении на льду в течение нескольких недель реактивная способность их падает лишь немного, сохраняясь в дальнейшем неизменной на протяжении месяцев; кроме того, по наблюдениям автора, оказывается, что такие антигены выдерживали хранение в течение 2 месяцев при t° 37° и при этом не теряли своей реактивной способности. Для работы с этой карболизированной взвесью *sp. pallida* в качестве антигена автор рекомендует придерживаться след. методики: доза антигена всегда определяется в день опыта: для разведения антигена употребляется физиологический раствор NaCl с 0,3% ас. carbolicі, в качестве контрольных сывороток применяются наряду с резко положительными сыворотками еще 2—3 сыворотки слабо положительные (+ или —) по WaR, которые однако с *pallida*-антигеном реагируют резко положительно. Дальнейшая необходимость изучения свойств спирохетных антигенов диктуется тем, что как WaR в обычной ее постановке, так и осадочные реакции (в частности реакция Sachs-Georgi) оказываются на практике не точными для серодиагноза сифилиса. Как показывают исследования 2-ой Копенгагенской серологической конференции (1928 г.), положительная WaR при сифилисе наблюдается в 41,8%, а осадочные реакции, хотя и дают положительные результаты в большем количестве случаев (до 63,5%, из них SGR—в 41,9%), все же полностью заменить Вассермановскую реакцию не могут. Оба метода: реакция связывания комплемента и осадочные реакции являются весьма ценными лишь при одновременной постановке, когда они взаимно дополняют друг друга; но и теперь, несмотря на усложненную таким образом методику серодиагноза сифилиса, некоторая часть случаев этого заболевания остается невыясненной.

Считая возможным допущение, что возникновение Wa-реактивов объяснено антигенному раздражению самих спирохет (о соответствующих опытах нами было сообщено в работе „Zur Frage über das Wesen der Wa-Reaktion“) и рассматривая таким образом WaR в случае применения спирохетного антигена, как истинную реакцию иммунитета в смысле Bordet-Gengou, мы считаем весьма важным вести дальнейшие исследования в области серодиагноза сифилиса в направлении практического изучения антигенов из *sp. pallida*, тем более что уже имеются данные о высокой чувствительности таких антигенов.

Настоящее исследование является естественным продолжением вышеупомянутой работы, имея теперь целью выяснить на большем ряде случаев пригодность спирохетных антигенов для практических целей в деле серологического диагноза сифилиса, полагая в случае превосходства этих

антигенов над обычными органоекстрактами видеть в этом косвенное доказательство нашего мнения о специфичности WaR.

Для постановки реакции связывания комплемента в качестве спирохетных антигенов нами был взят алкогольный *pallida*-экстракт, взвесь *sp. pallida* в физиол. растворе NaCl, карболизированная взвесь *sp. pallida* и взвесь *sp. pallida* с прибавлением формалина. Все эти спирохетные антигены готовились из спирохет чистых культур наших I и II штаммов. Реакция связывания комплемента с этими антигенами ставилась параллельно с обычной WaR и SGR, причем для постановки WaR применялись: экстракт из сердца телянка по Bordet-Ruelsen'y и алкогольный экстракт из сифилитической печени. Испытуемыми сыворотками служили сыворотки, поступающие в наш Институт для WaR; часть сывороток сифилитиков и лиц, не больных сифилисом, была нам предоставлена ассистентом Университетской клиники кожных и венерических болезней д-ром М. Н. Ашаниным, за что мы, пользуясь здесь случаем, приносим нашу благодарность.

I. Р. связывания комплемента с алкогольным pallida экстрактом. Алкогольный экстракт из *sp. pallida* готовился по F. Klorstock'у следующим образом: богатые культуры спирохет центрифугировались, полученный осадок, состоящий сплошь из одних спирохет, промывался физиологическим раствором NaCl путем повторного центрифугирования, высушивался и растирался в мельчайший порошок. Экстрагирование производилось абсолютным алкоголем (из расчета 1 часть порошка на 100 частей алкоголя) в течение 2 недель при 60°, причем временами производилось встряхивание в Schüttelapparat'e. По окончании экстрагирования—фильтрование через бумажный фильтр. Полученный фильтрат и представляет собой готовый антиген. При испытании наименьшей самозадерживающей дозы ряда таких антигенов оказалось, что она соответствует обычно разведению 1:3 или 1:4. Рабочая доза колебалась в разведениях от 1:10 до 1:12. Надо отметить, что приблизительно через месяц величина рабочей дозы обычно несколько падала (до 1:8—1:10), а затем уже не изменялась по крайней мере в течение 10 месяцев (у нас имеются наблюдения пока только за этот период времени). Согласно указаниям F. Klorstock'a следует сохранять экстракты из *sp. pallida*, во избежание их ослабления, при t° 35°—37°. Желая убедиться, в какой мере происходит ослабление экстрактов при хранении их при комнатной температуре, мы протитровали параллельно экстракты, сохранявшиеся в течение 6 месяцев при обычной комнатной t° и при t° 35°—37°; при этом оказалось, что оба экстракта обладали одной и той же высотой титра. Таким образом возможно допустить, что если свежес приготовленные алкогольные *pallida*-экстракты в течение первого месяца несколько ослабевают, то при дальнейшем хранении они являются вполне стойкими.

Убедившись в том, что алкогольные экстракты, приготовленные из спирохет I и II штаммов и шт. Reiter'a, совершенно не отличаются между собою в опытах связывания комплемента, мы стали в дальнейшем применять только смесь экстрактов из спирохет наших I и II штаммов. Параллельному исследованию на реакцию связывания комплемента с *pallida*-экстрактом (серия № 3), специфич. печеночн. антигеном и антигеном Bord-Ruel., с одновременной постановкой реакции Sachs-Georgi было подвергнуто 1017 сывороток и 18 спинно-мозговых жидкостей, т. е.

всего 1035 сл. Полное совпадение результатов по всем 4 методам получено у 815 сывороток, т. е. в 78,5%. Случаев, где хотя бы один из методов давал иной результат, было всего 220, т. е. 21,5%.

Полученные данные при детальной обработке представляются в следующем виде:

Полное совпадение—в 815 случаях, из них:

положительных сывороток 115,
в том числе: резко положительных—73
и с различн. степен. полож. результ.—42

отрицательных 700;
из них от лиц, не больных сифилисом
101 сыв., которые распределяются по
след. заболеваниям:
Lupus vulgar.—46, lup. erythemat.—2,
eczema—17, гоноррея—5, ulcus molle—1, ulc. rodens—3, psoriasis. vulg.—2,
sarkoid—1 и проч.—24 случ.

Расхождения в результатах—в 220 случаях, из них: р. положительная с pallida-экстракт, антиг. B.-Ruecl. сифил. печ. и отрицат. по SG—10 сл.

(L. III lat.—4 сл., L. I—1 сл., psych. org.—1 сл.);

р. положительная с pall. экстракт, сифил. печ. по SG и отрицательн. с антиг. по B.-Ruelens.—20 сл.

(L. III lat.—3 сл., L. II lat.—4, L. III. 1, L. congen.—1, neurolyues—1);

р. положительная с pall.-экстракт и с сифил. печ. и отрицат. с антиг. по B.-Ruecl. и по SG—7 сл.

(L. III lat.—2, paral. progr.—1);

р. положительная с pall.-экстракт и по SG и отрицат. с антиг. B. по Ruecl. и сиф. печ.—12 сл.

(L. III lat.—8, L. II recens.—1, L. heredit. t. 2, L. II lat.—1);

р. положительная с pall.-экстр. и отрицательная с антиг. по B. Ruecl. и сифил. печ. и по SG—168 сл.

из них р. +++ в 10 случ. (L. III lat.—3 и L.—6)

“ +++ „ 26 „ (L. III lat.—3, L. II lat.—2, L. hered.—1 и L.—16)

“ ++ „ 64 „ (L. III lat.—14, L. II lat.—9 и L.—22)

“ + „ 68 „ (L. lat.—11, L. II lat.—8, neurolyues—2, L.—22 и lupus vulgaris—4);

р. отрицательная по SG. с pall.-экстракт, сифилит. печ. и слабоположительная (++) с экстр. по B. Ruelens.—1 сл. (L. viscer.);

р. отрицательная с pall.-экстр. сифил. печ. с антиг. по B. Ruecl. и слабо положительная (+) по SG. в 2 случ. (в одном из этих случаев сыворотка желтушная).

Если принять во внимание, что при постановке WaR антиген из сифилитической печени считается до сих пор наиболее чувствительным, то в вопросе о диагностической ценности антигена из культур бледной спирохеты, особое значение приобретает число совпадений в результатах реакции именно со специфическим печеночным антигеном. Из общего числа 220 случаев неполного совпадения мы выделяли 40 сывороток, которые реагировали одинаково со специфическим печеночным антигеном и алкогольным pallida-extract'ом, давая расхождения с результатами опытов с антигеном по Bordet Ruelens'у, или по S. G., или одновременно и с тем и другим. Таким образом общее число исследований, где специфический печеночный антиген и алкогольный pallida-extract дали совершенно тождественные результаты, будет равняться—855. Число случаев расхождения при выделении упомянутых сывороток уменьшается до 180 случаев. Однако из этих 180 случаев при строгом учете необходимо исключить все те случаи, которые остались совершенно невыясненными в отношении характера заболевания, и тогда останется 132 случая установленного люэса и L2, в которых антигены WaR оказались недостаточ-

ными, а алкогольный pallida-экстракт дал положительный результат, т. е. в этих случаях он оказался чувствительнее.

Относительно этих случаев нужно отметить, что положительный результат был получен в большем числе случаев леченного сифилиса, причем, с одной стороны, по окончании лечения реакция с pallida-экстрактом оставалась еще положительной, в то время как WaR и SGR становились уже отрицательными, а с другой — положительная реакция с pallida-экстрактом при отрицательной WaR и SGR наблюдалась в случаях сифилиса, когда последнее лечение было проведено несколько лет (до 12 и даже 20) тому назад и заставило теперь больных вследствие ухудшения состояния здоровья обратиться за помощью. В последнем случае большая ценность алкогольного pallida-экстракта в силу своей высокой чувствительности является несомненной; при помощи такого антигена рецидив заболевания обнаруживается, повидимому, значительно раньше. Что же касается тех случаев, когда после окончания лечения прошло еще немного времени, то здесь мы могли иметь дело или с тем обстоятельством, что реакция с pallida-экстрактом дольше держится положительной в силу своей большей чувствительности, т. е. способности обнаружить даже минимальные количества реактивных тел, а затем с течением времени эта положительная реакция само собой исчезает, или же, быть может, здесь нужно считать лечение еще недостаточным и тогда под влиянием лишь продолжения лечения эта реакция перейдет в отрицательную. Решить это возможно только при изучении алкогольного pallida-экстракта в тесной связи с тщательными клиническими наблюдениями.

Из 3-х случаев расхождения отрицательных результатов реакций с pallida-экстрактом в одном случае сыворотка реагировала отрицательно как с pallida-экстрактом, так и с экстрактом из сифилитической печени и по Sachs-Georgi, а с экстрактом по Bordet-Ruelens'y дала слабо-положительный результат (+). В этом случае сыворотка принадлежала больному с подозрением на люэс внутренних органов (lues viscerale?). Нужно заметить, что на все 1035 исследований это единственный случай, когда антиген по Bordet-Ruelens'y в отличие от другого, более чувствительного антигена, как сифилитическая печень и реакции SG, реагировавших отрицательно, дал слабо положительную реакцию и кроме того, как увидим ниже, эта же сыворотка при испытании с антигенами, состоящими из взвеси *sp. pallida* дала тоже отрицательный результат. Остальные два случая касаются слабо положительной реакции (+) по SG и отрицательной с Wa-антигенами и с алкогольным pallida-экстрактом. Данных о характере заболеваний лиц, от которых были получены эти сыворотки, к сожалению не удалось получить, но и в этих 2-х случаях подобно предыдущему при постановке реакции с антигенами из взвеси *sp. pallida* (см. ниже) реакция получилась тоже отрицательной. В связи с тем, что во всех этих 3 случаях мы не располагаем определенными клиническими данными, мы не в состоянии дать точную оценку результатов этих реакций. Но во всяком случае считаем нужным подчеркнуть, что и здесь результаты реакции с алкогольным pallida-экстрактом совпали с результатом реакции с антигеном из сифилитической печени.

Что касается сывороток лиц, не больных сифилисом, то все они дали с pallida-экстрактом отрицательный результат за исключением 4-х

случаев с *lupus vulgaris*, которые дали сомнительный результат (+) (всего было исследовано 48 сывороток от больных волчанкой). Из этих же 4 случаев сомнительный (+) результат был получен (см. ниже) с антигеном из простой взвеси *sp. pallida* в 1 случае. Такой результат реакций в этих случаях мог зависеть, как нам кажется, от трех причин: или здесь эта реакция с алкогольным *pallida*-экстрактом обнаружила действительно имевшееся заболевание сифилисом в силу своей высокой чувствительности, или же мы имеем здесь дело с групповой реакцией, или же, наконец, в данном случае такой результат получился вследствие выраженной лабильности сыворотки больных волчанкой, подобно тому как иногда наблюдаются с сывороткой таких больных неспецифические реакции с *Wa*-антигенами. Решить эти вопросы, по независящим от нас обстоятельствам, не представлялось возможным.

Итак, на основании опытов *р. связывания* комплемента сыворотками людей больных сифилисом с алкогольным *pallida*-экстрактом, мы вправе сказать, что этот *pallida*-экстракт может не только заменить взаимно дополняющие друг друга *WaR* и *SGR*, но в ряде случаев реагирует положительно с сыворотками несомненных люэтиков, в то время как антигены, применяемые при *WaR* и *SGR*, остаются недействительными.

При выяснении количества положительных реакций с *Wa*-антигенами по отношению ко всем исследованным нами случаям (т. е. к 1035) мы получаем положительный результат *WaR* в 14,9%, а положительный результат с алкогольным *pallida*-экстрактом по самому минимальному подсчету [взяты случаи с диагнозом *L* или *L?* и отброшены случаи *L?* с сомнительным (+) результатом реакции] в 25,6%, т. е. отсюда следует, что чувствительность реакции с алкогольным *pallida*-экстрактом почти в 2 раза (1,74) выше чувствительности обычной реакции *Wassermann*. Те же данные мы имели в отношении реакции *Sachs-Georgi*.

II. Р. связывания комплемента с антигенами из взвеси sp. pallida. Еще в первоначальных наших наблюдениях (Гельтцер Р. Р. и В. И. Попов 1928 г.) и затем последующих наших опытах по изучению *Wa*-реагинов было установлено, что антиген из взвеси отмытых *sp. pallida* и убитых нагреванием при 60° в течение 24 часов является более чувствительным, чем алкогольный *pallida*-экстракт.

Под влиянием этих наблюдений, а также и результатов исследований *Gaehthgens'a*, установившего, что антиген из взвеси *sp. pallida* с прибавлением 0,3% *ac. carbolic* в опытах связывания комплемента с сыворотками людей, больных сифилисом, оказывается значительно чувствительнее алкогольного *pallida*-экстракта, мы применили для этой реакции антиген из взвеси спирохэт наших I и II штаммов. Эти реакции ставились одновременно как с простой взвесью спирохэт, так и с прибавлением к ней 0,3% *ac. carbolic*.

Антигены из взвеси спирохэт готовились нами следующим образом: полученный при центрифугировании богатых культур осадок промывался физиологическим раствором *NaCl* и приготавлилась взвесь, по густоте своей соответствующая бактериальному стандарту в 4 миллиарда; затем взвесь эта нагревалась при 60° в течение 24 часов. Для получения карболизированного антигена по *Gaehthgens'u* к приготовленной таким образом взвеси прибавлялось 0,3% *ac. carbolic*.

Убедившись первоначально в том, что антигены из культур I и II штаммов мало чем отличаются друг от друга, мы стали в дальнейшем применять антиген, приготовленный поровну из смеси спирохэт I и II штаммов. После небольшого ряда опытов применения антигена из простой взвеси спирохэт мы получили неожиданные результаты, резко противоречащие данным Gaehthgens'a и состоящие в том, что такая взвесь реагировала с сыворотками сифилитиков аналогично Wa антигенам и алкогольному pallida-экстракту, а в некоторых случаях оказалась даже чувствительнее карбонизированной.

Имея такие результаты, мы в дальнейшем поставили 2 серии опытов: а) с простой взвесью спирохэт и б) с карбонизированной взвесью спирохэт, причем все эти реакции всегда производились параллельно с алкогольным pallida-экстрактом, с WaR и SGR.

а) Р. связывания комплемента с антигеном из взвеси спирохэт в физиологическом растворе NaCl.

Минимальная самозадерживающая доза такого антигена обычно соответствовала разведению 1:3 и 1:4, рабочая же доза соответствовала разведению от 1:10 до 1:15. Эта доза при сохранении антигена на ходу обычно в течение 2—3 недель оказывалась неизменной.

Всего было исследовано 291 сыворотка (в том числе 3 спин. мозг. жидкости). Полное совпадение результатов получено в 234 случаях и расхождение в 54 случаях.

Все эти данные распределяются следующим образом:

Полное совпадение в 234 случаях, из них:	
положительные—35,	отрицательные—199,
в том числе резко положит. 22	из них от лиц, не больных сифилисом,
и различ. степенью положительн.	24 сыворотки, которые распределяют-
результ. 13	ся по заболеваниям следующим образом:
	Lupus vulgar.—19, lupus erythem.—1,
	eczema—1 и проч.—3.

Расхождение в результатах—в 57 случаях, из них:

- р. положительная со взвесью sp. pallida, алкогольн. pallida-экстр., сиф. печ., по SG и отрицат. с B. Rueiens—3 сл.
- (L. III lat.—1);
- р. положительн. со взв. sp. pallida, алкогольн. pallida-экстр., по SG и отрицат. с B. Rueiens и сиф. печен.—2 сл.
- (L. III lat.—1, hemiparesis—1);
- р. положительн. со взв. sp. pallida, алкогольн. pallida-экстр., сиф. печ. и отрицат. с Bord. Rueiens и по SG—2 сл.
- р. положительная со взв. sp. pallida, алког. pall. экстр. и отриц. с B. Ruei. сиф. печ. и по SG—21.
- (L. III lat.—3, L. II lat.—1, neurotues—1, L²—4, psyh. org.—1, lup. vulgar.—1)
- р. положительная со взв. sp. pallida и отриц. с алког. pall.-экстр., B. Ruei., сифил. печ. и по SG в 17 сл.;
- из них: р. +++ в 3 случаях (L²—1)
- “ ++ „ 3 „ L (III lat.—1, L²—1, орг. забол. нервн. сист.—1)
- “ + „ 11 „ (L III lat.—1, L II lat. 2, L²—1, paral. progr.—1, lup. vulgar.—2);
- р. отрицательная со взв. sp. pallida, B. Ruei., сифил. печ., по SG и положительн. с алког. pall.-экстр. в 8 случ.
- (L II lat.—1, L III lat.—1, L²—6);
- р. отрицательная со взв. sp. pall. B. Ruei., сифил. печ. и резко положительная (++++) с алкогольн. pall.-экстр. и сл. пол. (+) по SG в 1 сл. (L. heredit. L²);
- р. отрицательн. со взв. sp. pall., алког. pall.-экстр., B. Rueien., сифил. печ. и слабо положит. (+) по SG в 2 случ. (в одном из этих случ. сыв. желтушная);

р. отрицательная со взв. *sp. pall.*, алкогольн. *pall.-экстр.*, сифилит. печен. по SG и слабо положит. (+) с B. Ruel. в 1 сл. (Lues viscer.).

И здесь мы можем применить относительно случаев совпадения результатов реакций со взвесью *sp. pallida* и с антигеном из сифилитической печени при одновременном расхождении с результатами опытов с антигеном по Bordet-Ruelsen'sy и по SG те же рассуждения, которые приведены при рассмотрении аналогичных же случаев применения алкогольного *pallida-экстракта*; тогда из группы расхождений в 57 случаях мы можем выделить 8 сывороток и таким образом общее число исследований, где антиген из сифилитической печени и взвесь *sp. pallida* дали одинаковый результат, будет равняться 242. Если из числа случаев расхождений отбросить все случаи с невыясненным характером заболевания, то в пользу этого антигена остается 17 случаев. Все эти случаи падают на сыворотки от больных сифилисом или подозрительных на сифилис. Во всех этих случаях антиген из взвеси спирохэт оказался несомненно чувствительнее Wa-антигенов (чувствительность выше в 1,4 раза). Что касается расхождений результатов реакции со взв. *sp. pallida* и с алкогольным *pallida-экстрактом*, то мы имеем здесь всего 9 случаев. Из них 8 случаев распределяются следующим образом: L III lat. — 1, L II lat. — 1 и L2 — 6 сл. Здесь была получена отрицательная реакция со всеми антигенами, кроме алкогольного *pallida-экстракта*. Далее в 1 случае, когда при резко положительной реакции с алкогольным *pallida-экстрактом* и слабо положительной SGR, наряду с отрицательной реакцией с экстрактом B. Ruelsen's'a и сифилитическ. печеночн. отрицательной оказалась реакция и со взвесью спирохэт.

В этом случае сыворотка принадлежала больному L. heredit. t². Относительно всех этих отрицательных результатов в 9-ти случаях с антигеном из взвеси *sp. pallida* можно сказать, что они наблюдались к концу наших исследований с этим антигеном, т. е. такому моменту, когда вследствие увеличения антикомплементарных свойств антиген приходилось применять в дозах, несомненно влияющих на чувствительность реакции в сторону ее понижения. Остальные 3 случая расхождения отрицательных реакций с антигеном из взвеси спирохэт касаются тех сывороток, о которых была речь выше при разборе случаев расхождения отрицательных результатов реакций с алкогольным *pallida-экстрактом*.

При исследовании сывороток лиц, не больных сифилисом, взвесь *sp. pallida* дала сомнительный (±) результат реакции в 3 случаях сывороток от больных с *lupus vulgaris* при отрицательном результате со всеми другими антигенами и по SGR, за исключением 1 случая, когда сыворотка дала сомнительный (+) и с алкогольным *pallida-экстрактом*. Объяснение возможности появления таких результатов при *lupus vulgaris* может быть то же, какое мы дали, разбирая аналогичные же случаи при реакциях с алкогольным *pallida-экстрактом*.

б) Р. связывания компонента с антигеном из взвеси *sp. pallida* с 0,3% ас. карбolici. Самозадерживающая и рабочая дозы карболлизированной взвеси спирохэт почти не отличались от доз антигена из простой взвеси спирохэт, но при хранении этого антигена на холоду рабочую дозу приходилось увеличивать уже через 10—14 дней вследствие его ослабления. С карболлизированной взвесью спирохэт было исследовано

всего 274 сыворотки (в том числе 3 спин. мозгов. жидкости). Полное совпадение результатов получено в 229 случаях, а расхождение—в 45 сл.

Результаты всех этих опытов распределяются следующим образом:

Полное совпадение—в 229 случаях, из них:

положительные—29,	отрицательные—200,
из них число резко положительн.—14	из них от лиц не больных сифилисом 25
и с различной степ. положит. р.—15	сыворонок, кот. распр. след. обр.: <i>lupus vulgaris</i> 20, <i>lup. erythem.</i> —1, <i>eczema</i> —1
	и пр.—3.

Расхождения в результатах—в 45 случ., из них:

р. положит. с карб. взв. *sp. pallida*, алког. *pall.*-экстр., сифилит. печен., по SG и отрицательн. с B. Ruel.—2 сл. (L. III lat.—1);
 р. полож. с кар. взв. *sp. pall.*, алког. *pall.*-экстр. и отриц. с B. Ruel., сифилит. печ. и по SG—в 15 сл. (L. III lat.—2, L.?—5, psych. org.—1);
 р. положит. с карб. взв. *sp. pallida*, алког. *pall.* экстр., по SG и отриц. с B. Ruel. и сиф. печ. в 1 сл. (L. III lat.);
 р. положит. с карб. взв. *sp. pall.* и отриц. с алког. *pall.* экстр., B. Ruel., сиф. печ. и по SG в 6 случ.;

из них: р.++ в 4 случ.

р. + в 2 сл. (L. III lat.—1);

р. отрицательная с карб. взв. *sp. pallida*, B. Ruel., по SG и положит. с алк. *pall.*-экстракт и сиф. печ. в 2 случ.;
 р. отрицательная с карб. взв. *sp. pall.*, B. Ruel., сиф. печ., по SG и полож. с *pall.*-экстр. в 14 сл. (L. III lat.—4, L. II lat.—2, psychos. epil.—1, neuroles?—1 *lup. vulg.*—1);
 р. отрицательн. с карб. взв. *sp. pall.*, B. Ruel., сиф. печ. и положит. с алк. *pall.*-экстр. и по SG в 2 сл. (L. heredit. t.?—1, hemiparesis—1);
 р. отрицательная с карб. взв. *sp. pall.*, B. Ruel., сиф. печ. и алк. *pall.*-экстр. и слабо положит. (+) по SG в 2 сл. (в одном из этих случаев сыворотка желтушная);
 р. отрицательная с карб. взв. *sp. pall.*, B. Ruel., алког. *pall.* экстр., сиф. печ. по SG и слабо положительная (++) с B. Ruel. в 1 сл. (Lues visceral.);

И здесь мы можем к группе совпавших реакций, подобно тому как это было сделано при рассмотрении результатов реакций с алкогольным *pallida*-экстрактом и со взвесью *sp. pallida*, отнести те случаи, которые дали совпадение реакций с экстрактом из сифилитической печени и расхождение с антигеном по Bordet-Ruelens'y и по SG (всего 5 случаев), тогда число расхождений результатов уменьшится до 40. В пользу антигена из карболизированной взвеси, как видно из приведенных данных, мы имеем 9 случаев с точно установленным сифилисом или подозрением на сифилис. Во всех этих случаях карболизированная взвесь спирохэт оказалась чувствительнее Wa-антигенов (в 1, 2 раза), но, с другой стороны, этот антиген является слабее простой взвеси спирохэт.

О расхождении результатов не в пользу реакций с карболизированной взвесью (10 случаев—из них положительн. с алког. *pall.*-экстр. и сифилитич. печ.—2 сл., положит. с алког. *pall.*-экстр.—7 сл. с установленным сифилисом или с подозрением на это заболевание и 1 случай L. heredit. t.? положительн. с алког. *pall.*-экстр. и по SG) нужно сказать, что они наблюдались также к тому моменту, когда вследствие нарастания антикомплементарных свойств антигена приходилось применять дозы, резко уменьшающие чувствительность реакции. Об остальных 3 случаях расхождения отрицательных реакций с карболизированной взвесью спирохэт (2 случая слабо положительной (+) реакции исключительно по SG и 1 случай слабо положительный (++) р. с антигеном по B. Ruelens'y) было уже упомянуто выше при разборе случаев расхождения в результатах опытов с алкогольным *pallida*-экстрактом и простой взвесью

sp. pallida. С сыворотками лиц, не больных сифилисом, этот антиген во всех случаях дал отрицательный результат.

Для того чтобы резче подчеркнуть меньшую чувствительность карболизированной взвеси спирохэт по сравнению с простой взвесью спирохэт, мы приводим сравнительные данные, полученные при исследовании сывороток с этими двумя антигенами.

Одновременно исследованы с обоими антигенами 271 сыворотка. Совпадение результатов: положительных 43, отрицательных 195, расхождение результатов—33, из них:

положительны со взвесью sp. pallida и *отрицательны* с карболизир. взв. sp. pallida в 26 сл. (L. III lat.—2, L. II lat.—4, L2—3, neurolyues—2, paral. progr.—1, lup. vulg.—3).

отрицательны со взв. sp. pallida и *положительны* с карболизир. взв. sp. pallida в 7 случ. (L. III lat.—2).

Из приведенных опытов мы видим, что расхождение в результатах получено в 33 случаях, причем, если из 26 случаев положительных реакций с антигеном из простой взвеси sp. pallida отбросить 11 случаев с неизвестным для нас заболеванием и 3 случая с сомнительным результатом (—) реакций с сыворотками от больных с lupus vulgaris, то все же остается 8 случаев с несомненным заболеванием сифилисом и 4 случая подозрительных на это заболевание, которые дали положительную реакцию с простой взвесью sp. pallida и отрицательную с карболизированным антигеном. Эти случаи таким образом говорят ясно в пользу антигена из простой взвеси sp. pallida. Не останавливаясь более подробно на всех приведенных данных, так как уже указанные случаи достаточно подчеркивают большую чувствительность взвеси sp. pallida по сравнению с антигеном из карболизированной взвеси, мы видим, таким образом, что эти наши опыты по своим результатам являются диаметрально противоположными данным Gaehthgens'a, которые были нами вкратце приведены в литературном обзоре. Кроме того мы не можем согласиться на основании наших наблюдений с оценкой Gaehthgens'a о пригодности такого рода антигенов из взвеси спирохэт для практических целей—серодиагноза сифилиса. Дело в том, что, несмотря на большую чувствительность этих антигенов по сравнению с Wa-антигенами, применение их все же ограничено, так как начиная с 4 недели хранения, хотя бы и на холоду, эти антигены приобретают ясно выраженные антикомплементарные свойства, благодаря чему рабочая доза резко уменьшается—обычно до дозы, соответствующей разведению 1:35 и 1:40, что конечно резко отражается на чувствительности антигена, делая его непригодным для реакции связывания комплемента.

Предполагая, что нарастание антикомплементарных свойств у таких антигенов из взвеси спирохэт в большой степени зависит от веществ, появляющихся в результате лизиса спирохэт, мы с целью устранения явления скорого растворения спирохэт применили для опытов связывания комплемента взвесь sp. pallida с формалином. Этим мы думали придать таким образом большую стойкость антигену из взвеси спирохэт.

в) *Р. связывания комплемента с антигеном из взвеси sp. pallida с формалином.* К обычной взвеси sp. pallida прибавлялся 40% формалин в количестве 0,5 см. на 100,0 см. взвеси и затем эта смесь нагревалась при 60° в течение 24 часов.

Всего было исследовано параллельно с WaR, SGR и с алкогольным pallida-экстрактом 541 сыворотка (в том числе 10 спинно-мозгов. жидк.) и получено полное совпадение результатов с WaR и по SG в 411 случ., а расхождение—в 130 случ. Из 411 случаев полного совпадения мы имели:

положительных—52,

отрицательных—359,

из них: резко положительных р.—27
и с различ. степенью положит. р.—25

из них от лиц не больных сифи-
сом—40 сыв.

Не останавливаясь детально как на перечислении случаев расхождения, так и на разборе полученных данных с этим антигеном, так как и он оказался тоже не лишенным тех недостатков, о которых мы говорили в отношении простой и карболизированной взвеси спирохэт, мы можем все же указать на то, что этот антиген из взвеси спирохэт с формалином оказался чувствительнее предыдущих двух антигенов из взвеси спирохэт и чувствительнее Wa-антигенов в 1,72 раза. Таким образом взвесь спирохэт с формалином по своей чувствительности в опытах связывания комплемента с сыворотками люэтиков оказывается почти одинаковой с алкогольным pallida-экстрактом. Однако и этот антиген из взвеси спирохэт с формалином оказался мало пригодным для серодиагноза сифилиса, так как в этом случае, несмотря на прибавление формалина, антикомплемментарные свойства такой взвеси проявились также на 4 неделе хранения и в такой же степени, как это было установлено в отношении описанных уже 2 антигенов.

Итак на основании всех наших опытов с антигенами из взвеси *sp. pallida* наших I и II штаммов мы приходим, в противоположность заключению Gaehthgens'a, к выводу, что такого рода антигены могут быть применены для серодиагноза сифилиса лишь свежими и при хранении на холоду не более 3 недель, что для практической цели, конечно, является крайне сложным, а потому эти антигены, по нашему мнению, остаются для широкого применения непригодными. Другое дело—алкогольный pallida-экстракт I и II штаммов; здесь мы имеем ряд положительных свойств, которые дают основания надеяться, что такой антиген может быть широко применен и в повседневной практике серодиагноза сифилиса. Этот антиген значительно чувствительнее Wa-антигенов и SGR, благодаря чему реакции с этим pallida-экстрактом могут вполне заменить реакцию с 2—3 Wa-антигенами и SGR. Так как этот антиген представляет собой экстракт из *sp. pallida*, то более высокая чувствительность его может быть объяснена, принимая во внимание и прежние наши наблюдения с исследованием сывороток люэтиков, специфичностью этого антигена. Благодаря этим свойствам, как нам кажется, может быть обнаружено больше случаев сифилиса, требующих лечения. В отношении стойкости этот антиген, повидимому, не обладает недостатками. Само собой разумеется, необходимо еще дальнейшее подробное изучение ценности такого алкогольного спирохэтного антигена, в особенности увязывая результаты исследований с тщательными клиническими наблюдениями.

Кроме всего сказанного, наблюдения над всеми спирохэтными антигенами в наших многочисленных опытах связывания комплемента с сыворотками люэтиков и не больных сифилисом дают дополнительное доказательство в пользу специфичности реактивов в отношении *sp. pallida*,

т. е. они говорят с большой вероятностью за то, что в образовании реактивных тел играют роль одни спирохеты.

Выводы: 1. Антиген из взвеси *sp. pallida* в опытах связывания комплемента с сыворотками людей, больных сифилисом, оказались чувствительнее Wa-антигенов, но слабее алкогольного *pallida*-экстракта.

2. Простая взвесь *sp. pallida* является таким же хорошим антигеном, как и карбонизированная взвесь. Это наблюдение резко противоречит данным Gaehlgens'a.

3. Антигены из взвеси *sp. pallida* не стойки, а потому мало пригодны для практических целей—серодиагноза сифилиса.

4. Алкогольный *pallida*-экстракт в значительной степени чувствительнее органоекстрактов, применяемых при War в SGR.

5. В виду своей большей чувствительности и стойкости алкогольный *pallida*-экстракт может быть рекомендован для серодиагноза сифилиса.

6. Положительные результаты опытов связывания комплемента сыворотки лютиков со всеми антигенами из *sp. pallida* и большая чувствительность этих антигенов говорят за то, что в образовании Wa-реакции играют роль, повидимому, одни спирохеты.

Литература: 1) Gaehlgens. Zschr. f. Immunforsch. Bd. 63, S. 398 (1929).—2) Гельтцер. О культивировании бледной спирохеты. Монография. Казань. 1929 г.—3) Гельтцер и Попов. Микробиол. журн., т. VII, вып. 1 (1928).—4) Hœltzer, Ssuschkowa. Zschr. f. Immunforsch. Bd. 68, S. 81 (1930).—5) Hecht. Zschr. f. Immunforsch. Bd. 54, H. 3-4 (1928).—6) Klopstock. D. med. Woch. 1926, № 6.—7) Kroß u. Schulze. Klin. Woch. 1928, № 6.

Из Института оперативной хирургии и топографической анатомии Воронежского университета (Директор проф. И. В. Георгиевский).

К вопросу о хирургической анатомии надпочечников и положении их в цепи хромаффинных органов¹⁾.

Прозектора А. В. Сущевского.

(с 4 рис.).

Надпочечники у человека развиваются из двух совершенно самостоятельных, независимых друг от друга зачатков. Зачаток коркового вещества, по исследованиям целого ряда авторов, обнаруживается очень рано у зародыша, имеющего 6 мм. длины, и происходит из эпителия, выстилающего полость тела между зачатком половых желез и корнем брыжейки. Этот эпителий врастает в полость тела, отделяется от поверхности и идет на соединение с другим зачатком мозгового вещества, которое в окончательном его виде появляется значительно позднее, а именно у зародыша, имеющего 19 мм. длины, и происходит из одного материала с пограничным симпатическим стволом. У зародыша же в 5—7 мм., по исследованиям Кohn'a, имеются только симпатогонии, название, которое дал Roll той материальной клетке, из которой потом развиваются сим-

¹⁾ Доложено в заседании Научного мед. о-ва при Воронежском университете 19. V. 1929.

патобласты, образующие нервную клетку и феохромобласты, переходящие в клетку мозгового вещества надпочечника. Происходя из разных зачатков, корковое и мозговое вещество у всех млекопитающих в известный период жизни лежат отдельно друг от друга, а затем корковое вещество начинает обрастать мозговое.

Последующие исследования показали, что мозговое вещество надпочечника является только частью целой системы органов, которые известны под названием параганглиев и по морфологическим и физиологическим свойствам идентичны с мозговым веществом надпочечника, поэтому Kohn, основатель учения о хромоаффинной системе, желая подчеркнуть эту связь, назвал мозговое вещество надпочечника *paraganglion suprarenale*.

Параганглии, как и мозговое вещество надпочечника, представляют из себя скопления хромоаффинных клеток. Эти скопления располагаются по бокам брюшной аорты, спускаются книзу и на месте деления аорты на общие подвздошные носят название органов Zuckerkandl'я. Кроме этого, встречаются и менее значительные скопления такой же ткани в виде незначительных параганглиев, разбросанных в других местах. Иногда параганглии в верхнем своем конце разрастаясь в виде отростков, по новейшим исследованиям, внедряются в корковое вещество надпочечника в качестве мозгового вещества. Таким образом, согласно этих исследований, образование мозгового вещества надпочечника есть двойной процесс: с одной стороны, непосредственная эмиграция уже готовых развившихся хромоаффинных элементов параганглия и самостоятельное его образование из зародышевых клеток симпатического нерва. И некоторые авторы такой порядок образования мозгового вещества надпочечника считают уже как морфологическую законность.

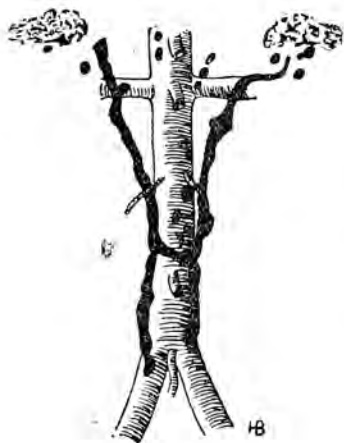


Рис. 1.

Параганглии, появляясь в ранней стадии развития (они имеются уже у плода в 5 мм.), наибольшего своего развития достигают у ребенка на 12—18 месяце жизни. По исследованиям Иванова, наибольшая длина параганглия *aortico-lumbalis* была обнаружена для правого параганглия 56 мм., для левого 50 мм. у 15-ти месячного ребенка. Дальше начинается постепенная редукция, причем как форма меняется, так равным образом уменьшается и количество параганглиев. Для примера можно указать, что перешеек параганглия у эмбрионов встречается по Zuckerkandl'ю в 32% случаев, а у новорожденных в 14,8. Резкие признаки редукции начинаются после 18 месяцев,

сначала процесс захватывает наиболее мелкие параганглии, самым последним редуцируется *paraganglion aortico-lumbale*. У трехлетнего ребенка он обнаруживается макроскопически, в 13-летнем возрасте его распознать невооруженным глазом нельзя, микроскопически же его все-таки можно доказать.

Таков в общих кратких чертах порядок развития и последующей редукции параганглиев. Но всегда ли дело так обстоит?

По новейшим исследованиям Коhно, Иванова не только развитие более мелких параганглиев, но и развитие наиболее важных отделов надпочечника обнаруживает чрезвычайную вариабельность; так, Коhно относительно развития мозгового вещества надпочечников говорит, что „многие индивидуумы ко времени рождения вообще не имеют никакого мозгового вещества в надпочечниках и эта ткань образуется после зародышевого состояния, другие же к этому времени имеют совершенно выраженное мозговое вещество надпочечника, последнее развивается у всех животных за исключением приматов очень рано“.

Параганглии иногда существуют и в более позднем возрасте. Так, Иванов (ученик проф. Тонкова) на 8-летнем трупе нашел правый параганглий в 47 мм., левый в 22 мм. длиной; одновременно в данном случае им отмечено очень слабое развитие мозгового вещества надпочечников. В трех подобных случаях он нашел такое сильное развитие аорто-люмбального параганглия, что краинальная их часть достигла мозговой части надпочечника, в этих случаях параганглии проходили под почечными артериями.

Аналогичные находки описаны Zuckerkandl'em у детей в 9-летнем возрасте. Кроме того, у 19-летней девицы он нашел хромаффинные органы, которые хорошо различались и макроскопически; следы хромаффинных органов в виде скопления отдельных клеток он нашел у 39-летней женщины, Stargl нашел и описал опухоль у 32-летнего больного, источником которой послужили сохранившиеся хромаффинные клетки. Voigt описал в 1927 г. случай, обнаруженный им на трупе 43-летней женщины, двухстороннего отсутствия как надпочечников, так и надпочечных сосудов, причем микроскопическое исследование жировой соединительной ткани обнаружило наличие там маленьких узелков корковой субстанции. Автор, разбирая этот случай, приходит к заключению, что здесь не исключена возможность врожденного отсутствия надпочечника и его сосудов и смерть последовала от истощения компенсаторно работавших до этого времени хромаффинных органов. Второе его предположение сводится к тому, что дело в этом случае могло идти о существовании неполноценных, гипопластических, недоразвитых надпочечников, которые под влиянием хронического воспалительного процесса (lues) наконец исчезли, а отсутствие надпочечных сосудов также нужно объяснить таким образом, что сосуды существовали также в мало развитом виде и затем под влиянием того же люетического процесса они подверглись вторичному изменению и полному исчезновению.

Здесь по контрасту я привожу собственный случай, обнаруженный мною на трупе 60-летнего старика (сосуды налиты клеевой краской)—случай не гипопластического, а гиперпластического порядка. Дело идет о добавочных надпочечниках. На представленном здесь рисунке изображена правая сторона, почти также дело обстоит и слева (Рис. 2). В данном случае правый надпочечник имел, как обычно, форму пирамиды и верхнее топографическое расположение. В связи с этим надпочечником находился второй надпочечник, соединенный с первым при помощи сосудов (вены). Ко второму надпочечнику шли ветви крупной нижней надпочечной артерий, отходящей от аорты и направляющейся к надпо-

чечнику по передней поверхности почки в жировой клетчатке ее капсулы. Размеры правого надпочечника: длина основания пирамиды = 5 см., высота = $2\frac{1}{2}$ см., добавочный надпочечник такой же почти длины, только ниже и представлял более овальную форму. Почти такие же отношения и слева, но только добавочный надпочечник гораздо меньше и артерии, питающие его, не так сильно развиты. Микроскопическое исследование установило наличие как коркового, так и мозгового вещества.

В современной литературе также приводятся случаи добавочных надпочечников как у животных, так и у человека. Так, Иванов на своем большом материале дважды встретил добавочные надпочечники на месте обычного расположения аорто-люмбального паранглия, причем обнаружено было как корковое, так и мозговое вещество. У собак он дважды нашел добавочные надпочечники, расположенные на *a. mesent. infer.*

Что касается топографии надпочечников вообще и добавочных в частности, то нужно сказать, что надпочечники располагаются то ближе к средней линии позвоночника, то латеральнее от нее, и в зависимости от этого различное отношение к *plexus coeliacus*. В верхнем направлении Testut различает верхнее, среднее и нижнее положение.

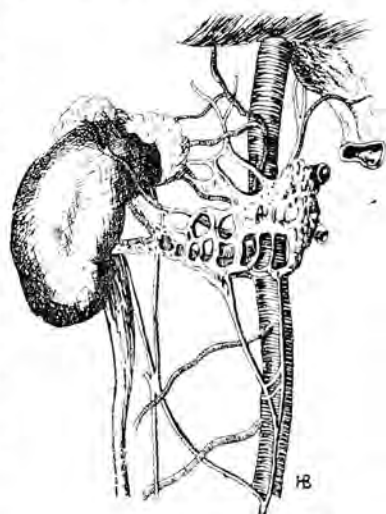


Рис. 2.

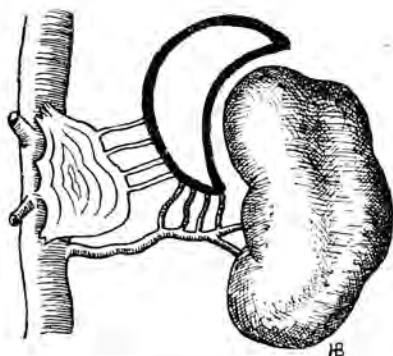


Рис. 3.

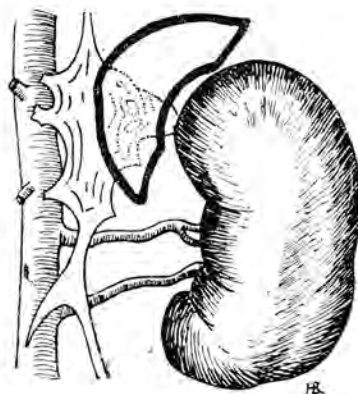


Рис. 4.

В виду того, что зачатки надпочечников находятся вначале на уровне половых желез и соприкасаются с последними, добавочные надпочечники помимо вышеуказанного местонахождения могут встречаться иногда в малом тазу, у придатка яичка, в широких маточных связках, часто в этих случаях они состоят лишь из коркового вещества; последнее, кстати сказать, имеет свой собственный секрет, и значение

его в жизни организма хотя и не выяснено вполне, но имеет, как и мозговое вещество, также очень важное значение.

Литература: 1) А. А. Вечтомов. Анатомия добавочных органов симпатического нерва. Неврологический вестник, Казань 1910 г., вып. I, т. XVII.— 2) Testut et Jacob. T. 2. Paris 1909 Traité d'Anatomie topographique.— 3) Д-р мед. К. М. Яхонтов. К учению о хромаффинной системе. К вопросу о строении сонной железы (Glandula carotica). Казанский мед. журнал 1914 г., т. XIV, № 3—6.— 4) Он же. Казанск. мед. журнал. 1914 г., т. XIV, № 2.— 5) Э. Г. Ландау. Материалы для микроскопической анатомии, физиологии, и патологии надпочечников. Диссертация, Юрьев 1907.— 6) К. М. Яхонтов К учению о хромаффинной системе. (Добавочные органы сочувственного нерва). Русский врач 1913 г., № 16.— 7) Dr W. Voigt. Angeborenes Fehlen beider Nebennieren. Zentralorgan f. allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, 1927, Bd. 40, № 8—9.— 8) Shigenobu Kohn. Zur vergleichenden Histologie und Embryologie der Nebenniere der Säuger und des Menschen. Zeitschrift f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte, 1925, Bd 77, H 3—4.— 9) G. Flwanoff. Zur Frage der Genese und Reduktion der Paraganglien des Menschen. Zeitschrift f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte, 1925, Bd 77, H. 1—2.— 10) Dr G. Flwanoff Über die Ontogenese des chromaffinen Systems beim Menschen. Zeitschrift f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte 1927, Bd 84, H 1—2.— 11) G. Flwanoff. Zur Anatomie und Histologie der Nebenorgane der menschlichen sympathischen Nerven. Zeitschrift f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte 1925, Bd 75, H. 3—4.— 12) Проф. Г. П. Сахаров. Экспериментальная биология желез внутренней секреции. 13) Он же. Химия гормонов. физиология эндокринных органов. Практическая медицина за 1928 г.— 14) Minot. Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen 1894, Leipzig.— 15) Сущевский. Хирургическая анатомия чревного сплетения. Труды Воронежского университета. Т. IV.

Из клиники инфекционных болезней Казанского мединститута. (Директор проф. Б. А. Вольтер).

Органные липазы Рона-Чебоксарова в клинике острых инфекций.

Проф. Б. А. Вольтера и орд. В. Н. Шаровской.

Посвящается светлой памяти дорогого учителя Н. О. Зибер-Шумовой.

„Как возникновение жизни, т. е. оплодотворение, деление клеток и рост, так до известной степени и созидательные процессы, а также перерождение и смерть—все протекает, повидимому, при участии ферментов“ (Н. О. Зибер-Шумова¹⁾).

„При помощи действия энзимов живое существо разрешает большую часть своих задач“ (Ostwald²⁾).

Вся жизнь каждого животного организма с целым рядом самых сложных физиологических и биологических процессов протекает при непосредственном действии разнообразных ферментов. Представление о ферментах так тесно связано в настоящее время с самым понятием о жизни.

¹⁾ Современное положение вопроса о ферментах. Доклад на 2-м Менделеевском съезде.

²⁾ Bioch. Zeitsch. 1907, 6, стр. 409.

что „мы не в состоянии представить себе, говоря вообще, жизни без ферментативных процессов“ (Н. О. Зибер-Шумова). Но так как в самое понятие наше о жизни входят не только ряд физиологических процессов питания, обмена веществ, но и борьба за существование индивидуума, защита его против целого ряда внешних вредных воздействий и главным образом инфекций и интоксикаций, то нет никакого сомнения, что и во всех этих питательных процессах ферменты также принимают самое деятельное участие.

Каждая инфекция оказывает резкое влияние на весь организм и отзывается определенным образом на функциях всех органов и тканей его, что всегда бывает тесно связано с изменениями и ферментативных процессов в организме. Многочисленные работы, проведенные в лаборатории Н. О. Зибер-Шумовой ее учениками, установили, что в зависимости как от силы, так и от характера инфекции или интоксикации ферментативная сила крови и органов животных меняется различно. Так, определенные инфекции усиливают одни ферментативные процессы и, наоборот, парализуют другие, или же усиливают деятельность какого-либо фермента в одних органах сильнее, в других слабее, в третьих даже ослабляют их (Алешин, Тимашек, Марутаев, Борисяк, Вальтер и др.).

Наблюдая такую закономерность в измен. фермент. функций при различных инфекциях, невольно возникает вопрос, каково же значение этих ферментов при инфекциях? Повидимому, значение их здесь двойное. С одной стороны, несомненно, во многих случаях различные ферментативные процессы играют защитную роль в организме при борьбе его с различными инфекциями и интоксикациями. Они разрушают тело внедряющихся бактерий при фагоцитозе (протеазы, нуклеазы) или окисляют токсины и переводят их в безвредные для организма токсиныды (оксидазы) и т. д. Существует даже мнение отдельных авторов о том, что и вообще все иммунтела антитоксины, гемолизины и др. образуются под влиянием воздействия ферментов (протеазы) на тело самих бактерий (Здравомыслов). Создалась даже целая теория иммунитета, которая объясняет ферментативными процессами почти все реакции иммунитета (Гос¹⁾).

С другой стороны, давно уже известно, что определенные токсины и бактерии обладают особыми свойствами фиксироваться в определенных органах и вызывать в них целый ряд патологических изменений, дегенераций, омертвения и проч. Достаточно напомнить об общеизвестном поражении надпочечников дифтерийным токсином, об изменениях печени при малярии и центральной нервной системы при тетанусе и бешенстве и проч. Все эти изменения органов, вызываемые бактериальными токсинами, несомненно, должны отразиться и на ферментативных процессах этих органов. Поэтому особенный интерес при изучении различных инфекций и интоксикаций приобретает возможность изучить в живом организме ферментативную функцию отд. органов его и изменения ее под влиянием различных инфекций и интоксикаций.

Такая возможность в настоящее время установлена работами Рона и его сотрудников, которые целым рядом систематических кропотливых опытов доказали, что при помощи различных алкалоидов и друг. фарма-

¹⁾ „Инфекция и иммунитет как ферментативные процессы“. С.-Петербург. 1911.

кологических ядов удается определить, из каких органов произошли те или другие ферменты, например, липазы, присутствующие в кровяной сыворотке животного. Другими словами, при помощи методики Rona стало возможным судить при жизни организма о том, какие органы пострадали при данном заболевании, а частью даже и о сравнительной интенсивности этих поражений.

Целый ряд клинических работ Petow'a и Schreiber'a ¹⁾, Block'a ²⁾, Brokmeyer'a ³⁾, Картамышева ⁴⁾ и Ковязина ⁵⁾ подтвердили высокую ценность методики Rona. Во всех случаях, где имелось клиническое, функциональное или анатомическое изменение печени или поджелудочной железы, им удавалось установить в кровяной сыворотке больных наличие специфической печеночной или панкреатической липазы. И, наоборот, эти органнне липазы отсутствовали, если не было никаких изменений со стороны печени и поджел. железы.

Но, конечно, особый интерес и значение приобретает возможность при помощи этой методики судить о страдании органов внутренней секреции при различных заболеваниях и инфекциях, так как для диагностики их поражений до сих пор мы не имеем еще достоверных и доступных методик. В этом направлении работы профессора М. Н. Чебоксарова и прив.-доц. З. И. Малкина ⁶⁾ не только дали нам возможность определять наличие или отсутствие в кровяной сыворотке специфической надпочечниковой липазы, т. е. судить о том, в какой степени вовлечены надпочечники в общее заболевание, но и подтвердили громадное значение этой методики для клинки в деле диагностики заболеваний надпочечника ⁷⁾.

Задача нашей работы состояла в том, чтобы проверить возможность воспользоваться этой методикой для выяснения, какие из органов человеческого организма вовлекаются в преимущественное страдание при различных отдельных инфекциях. Наш материал еще слишком мал, но тем не менее он выявил столь интересную картину, что мы решаемся на опубликование его.

Всего нами обследовано 40 больных с различными острыми инфекционными заболеваниями, из которых часть больных исследовалась повторно в различные периоды заболевания. По роду инфекций эти случаи распред. следующим образом: сыпного тифа 14, брюшного тифа 4, скарлатины 6, дифтерии 6, кори 4 и различных отд. заболеваний 6.

Не останавливаясь на методике исследования, подробно описанной Rona, а на русском языке в работах Ковязина, проф. Чебоксар-

¹⁾ Klin. Woch. № 27, 1923.

²⁾ Klin. Woch. № 39, 1923.

³⁾ Klin. Woch. № 20—34, 1924 г.

⁴⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 147.

⁵⁾ Каз. мед. ж. № 10, 1925.

⁶⁾ Каз. мед. ж. № 3, 1927 г. и Klin. Woch. № 31, 1927 г.

⁷⁾ Каз. мед. ж. № 1, 1929 г.

рова и Малкина, остановимся лишь на полученных нами результатах, которые приведены в нижеследующей таблице:

№	Фамилия	Диагноз	Липаза				№	Фамилия	Диагноз	Липаза			
			Сывороточная	Надпочечная	Поджелудочная	Печеночная				Сывороточная	Надпочечная	Поджелудочная	Печеночная
1	Н.	Сыпной тиф	3	0	1	0	21	Гр.	Скарлатина	5	2	0	0
2	Б.	"	3	0	0	1	22	М.	"	5	0	1	1
3	Шм.	"	8	4	1	0	23	О.	(Уремия)	15	6	0	0
4	В.	"	11	2	3	2	24	Ис.	Скарлатина	6	0	1	1
5	З.	"	7	3	1	0	25	Пи.	Дифтерия	12	2	2	4
6	У.	"	9	6	2	0	26	Ал.	"	10	3	1	0
7	Шт.	"	5	2	1	0	27	Мр.	"	4	2	2	3
8	П.	"	10	1	3	0	28	Гв.	"	10	0	1	2
9	Де.	"	11	0	2	1	29	Ве.	"	11	3	1	2
10	Дм.	"	9	2	2	0	30	Ма.	"	9	4	1	3
11	Ко.	"	12	2	4	2	31	Гу.	Корь	8	2	1	2
12	М.	"	13	3	1	0	32	Се.	"	6	3	5	2
13	Х.	"	14	2	1	0	33	Ша.	"	7	4	6	1
14	Ку.	"	5	2	2	0	34	На.	"	9	2	2	0
15	Ба.	Брюшной тиф	6	0	0	4	35	Че.	Аппендицит	12	3	2	0
16	Куш.	"	8	2	0	0	36	Ба.	Малярия	6	0	1	3
17	С.	"	3	2	4	4	37	Бес.	Уремия	12	4	0	0
18	Ах.	"	5	3	1	1	38	Се.	Ангина	12	6	4	0
19	Мо.	Скарлатина	12	2	3	1	39	Мет.	Сиб. язва	8	0	1	5
20	Шк.	"	11	2	0	2	40	Па.	Туб. пневм.	8	2	0	0

Из сравнения приведенных в таблице исследований довольно отчетливо выступают значительные различия между отдельными инфекциями. Так, при *сыпном тифе*, повидимому, печень повреждается относительно редко (в 4 случ. из 14); несколько больше втягивается в заболевание поджелудочная железа (в половине всех случаев); но особенно отчетливо выступает при сыпном тифе поражение надпочечников, так как надпочечниковая липаза определяется в 10 случаях из 14, при этом интенсивность этих изменений также, повидимому, гораздо более выражена, чем при других инфекциях, так как половина этих случаев дала значительное изменение числа капель сталагмометра, свыше 3 и до 6.

Несколько иную картину дают случаи *брюшного тифа*. Хотя, повидимому, здесь надпочечники страдают также довольно часто, но интенсивность поражения их значительно меньше, зато в гораздо более резкой степени повреждена печень. Для *скарлатины* является характерным отсутствие изменений со стороны печени и поджелудочной же-

лезы и небольшое поражение надпочечников. Только в одном случае старлатины с тяжелой уремии было отмечено значительное увеличение надпочечной липазы (разница в 6 кап.). *Дифтерия* же дала отчетливое поражение печени, незначительное изменение со стороны поджелудочной железы и значительное страдание надпочечников. *Корь* выявила резкое страдание надпочечников, неповрежденную печень и значительно измененную поджелудочную железу.

Единичные исследованные случаи других инфекций указали на резкое изменение печени при сиб. язве и малярии при сохранении относительно здоровым надпочечников и поджелудочной железы. Резкое повреждение надпочечников наблюдалось при уремии и еще более резкое изменение надпочечников и поджелудочной железы было отмечено при тяжелой стрептококковой ангине.

Если мы попробуем проанализировать полученные нами результаты и сравнить их с клинической картиной течения отдельных инфекций и с результатами, получаемыми при тех же инфекциях другими методиками, то можно признать почти полное совпадение с нами полученных нами результатов. Так, всем известны значительные функциональные и анатомические изменения надпочечников при сыпном тифе (Плетнев, Флеров, Пуресев, Давидовский) и относительно редкие клинические страдания печени при этом заболевании (Плетнев, Флеров и др.) и, с другой стороны, также хорошо известны постоянные увеличения печени при брюшном тифе, частые катары желчных путей и желчного пузыря как последствия брюшного тифа и проч. Кроме этого, не опубликованные еще работы, проведенные в нашей клинике, точно также указывают на весьма частое функциональное страдание печени при брюшном тифе и гораздо более редкое поражение ее при сыпном (Штыкалев). Таким же общезвестным фактом является и поражение надпочечников при дифтерии, а также изменение печени при малярии и проч.

Несколько неожиданным для нас явилось порядочное изменение надпочечников при кори и особенно значительное количество панкреатической липазы при этом заболевании. Точно также весьма любопытным фактом явилось значительное количество надпочечниковой липазы в двух случаях тяжелой уремии. Повидимому, в этом сложном патологическом явлении, сопровождающемся обычно повышением кровяного давления и усиленным тонусом сосудистой стенки, надпочечники также принимают значительное активное участие.

В заключение, в виду малочисленности наблюдений, можем высказать только лишь общее впечатление, что метод Рона-Чебоксарова определения органов липаз в кровяной сыворотке больных инфекционными болезнями является весьма тонким методом, указывающим на функциональное поражение различных органов. При дальнейшем развитии этот метод сослужит громадную службу в деле выяснения влияния эндокринных желез в общей патологии инфекционных болезней, но для этого желательно разработать метод так, чтобы можно было судить не только об участии в данном патологическом явлении определенных эндокринных желез, но чтобы он мог дать также указания на усиление или ослабление функции данной железы.

Из терапевт. отделения Института профбол. им. Обуха. (Завед. отдел. прив.-доц. И. Гельман. Директор Л. Боголепова) и Научного Совета Цустраха СССР.

К вопросу о классификации и номенклатуре хронических „ревматических“ суставных заболеваний¹⁾.

Прив.-доц. И. Гельмана (Москва).

Каждая рациональная классификация закрепляет достигнутые в момент ее составления знание и понимание изучаемых явлений. Являясь формулировкой этого понимания, классификация в свою очередь становится исходным пунктом для дальнейшего движения вперед. Вот почему время от времени необходимо пересматривать номенклатуру и классификацию изучаемых явлений, чтобы их поднять на уровень новых знаний, чтобы в них влить накопленные новые наблюдения. В клинической медицине классификации болезненных форм не могут, конечно, обладать точностью и определенностью, какую они имеют, напр., в математических науках. Недостаточное знание этиологических факторов, их множественность и интерференция, обилие переходных, и сочетанных форм, компенсаторные приспособления, выравнивающие нарушения функций — все это чрезвычайно затрудняет каждый шаг на пути классифицирования. Однако, если нет данных для составления более или менее законченных классификаций, приходится нередко составлять рабочие классификации, имеющие заведомо лишь временное значение. Эти трудности классификации особенно нарастают, когда мы имеем дело с такими неясно дифференцированными болезненными явлениями, какими являются суставные заболевания. Здесь у практических врачей господствует невообразимая „путаница“ (U m b e r). Свое неумение разбираться в запутанных болезненных формах практические врачи топят в неопределенных диагнозах „ревматизм“, „подагра“. Между тем то большое социальное значение, которое приобретают „ревматические“ заболевания суставов — социальные болезни *par excellence* — требует более тщательной дифференциации и учета суставных заболеваний, а последние возможны только при построении более или менее рациональной классификации.

У порога суставных заболеваний еще больше, чем у порога других лежат множественные этиологические факторы. Мы имеем среди последних инфекционно-токсические агенты, простудные моменты, нарушения обмена, эндокринные расстройства, нейрогенные нарушения и, наконец, конституциональную почву, определяющую реакцию организма, resp. суставов на то или иное экзо- и эндогенное воздействие. Все эти агенты часто между собой взаимно переплетаются и дают ту плюриэтиологию, которая чрезвычайно затрудняет построение классификации на этиологическом принципе. Кроме того, один и тот же этиологический агент может в зависимости от ряда индивидуальных особенностей вести к различным патологическим изменениям.

¹⁾ Эта работа выполнена по заданию Научного совета Цустраха СССР как первый этап в работе по теме «Ориентировочные сроки перевода в инвалиды больных с ревматическими заболеваниями суставов».

Уже из того немногого, что выше было сказано о генезе „ревматических“ заболеваний суставов, ясны те трудности, которые представляет их рациональная классификация. Последняя затрудняется еще и тем, что самые клинические типы „ревматических“ (неизвестной этиологии) заболеваний недостаточно еще очерчены и ограничены от суставных заболеваний определенной этиологии (туберкулезно-токсемические, подагрические и т. д.), что среди них имеется много переходных и сочетанных как в клиническом, так и в патолого-анатомическом отношениях форм. Эти трудности аналогичны тем, которые мы встречаем всегда, когда мы пытаемся провести грань между дегенеративными и воспалительными процессами, напр., в классификации заболеваний почек, сердца и т. п. Надо иметь в виду, что ткани (синовialная, фиброзная, хрящевая, костная), участвующие в образовании сустава, разнородны как в анатомическом, так и в функциональном отношении, что все они плохо снабжены кровеносными сосудами и потому чрезвычайно чувствительны к незначительным нарушениям питания. Последнее ведет к тому, что воспалительные процессы в синовию легко ведут к дегенеративным процессам в хрящевой и костной ткани. Мы имеем, таким образом, здесь весьма часто переплетение воспалительных и дегенеративных процессов. Все эти трудности объясняют огромное множество предложенных классификаций, которые часто отличаются друг от друга лишь немногими чертами.

Pribram первый, давший более или менее рациональную классификацию суставов, делил хронические артриты на 3 группы: 1) первичный прогрессирующий хронический суставной ревматизм, 2) вторичный хронический суставной ревматизм, развившийся после типичного острого, 3) деформирующий острый артрит.

Эта простая доступная классификация долгое время являлась общепринятой в клинике и еще в настоящее время многие клиницисты (Gudzent) держатся в основном этой классификации, внося в нее только несколько большую дифференциацию. Однако с развитием клинической, этиологической и патологоанатомической дифференциации эта классификация не может больше удовлетворять потребностям клиннки. Новая эра классификации хронических суставных заболеваний начинается с момента разделения их на 2 большие группы: воспалительные и дегенеративные. Это деление красной нитью проходит через все почти современные классификации. Оно было предложено в 1913 г. F. Müller'ом на Международном лондонском конгрессе. Для невоспалительных заболеваний суставов он предложил название „артрозы или атропатии“ в отличие от артритов—воспалительных заболеваний суставов. Это деление, а отчасти и номенклатура, в настоящее время приобрели в клинике право гражданства. Оно сразу внесло некоторую ясность в принципы построения классификации суставных заболеваний, хотя оно не устранило основного затруднения, заключающегося в невозможности часто разграничить преимущественно воспалительные и преимущественно дегенеративные изменения. H. Strauss, исходя из этого принципа, различает 3 группы хронических заболеваний суставов: 1) воспалительные — *leptarthrits* (капсулярные формы), 2) дегенеративные заболевания, большую частью захватывающие или исходящие из костей, — *osteoarthrosis* и 3) смешанные формы. Gudzent, придерживающийся в основном классификации Pribram'a, с анатомической точки зрения различает: 1) формы, начи-

нающиеся с дегенерации хряща, при которых суставные капсулы поражаются лишь вторично и притом незначительно, и 2) формы, начинающиеся с воспаления синовиальной оболочки, при которых изменение хряща развивается лишь вторично. К первой форме он относит деформирующий артрит, частью деформирующий спондилит, Heberden'овские узелки и отчасти сухую форму хронического прогрессирующего полиартрита. Ко II-й форме Gudzent относят вторичный хронический суставной ревматизм, экссудативную форму первичного хронического полиартрита, а также анкилопозитический спондилит.

U m b e r противопоставляет воспалительным формам (Infektarthritis) — дегенеративные (osteoarthropathia deformans). Кроме того он выделяет форму хронического суставного заболевания, обусловленную эндокринными нарушениями (periartthritis destruens). Все эти классификации в сущности развивают лишь разделение, предложенное Müller'ом, исходя при этом преимущественно из различных особенностей клинического течения. Munk предложил классификацию, основанную на рентгенологических анатомической оценке ранних стадий суставного заболевания в связи с известными обменными заболеваниями суставов (подагрический, известковый артрит), туберкулезных поражений и др.:

1) Воспалительно-инфекционные формы: а) arthritis chronica exsudativa infectiosa с различными формами начала и течения, из которых выделяются 2 основные: вторичная, развивающаяся из острого суставного ревматизма, с частым поражением сердца, и первичная, сразу развивающаяся, как хроническая форма.

б) arthritis chronica fibrosa polyarticularis.

2. Эндокринную или климактерическую форму — arthritis sicca ulcerosa genuina polyarticularis.

3. Дегенеративные деформирующие формы: а) деформирующий моно- и олиго-артрит, чаще встречающийся у стариков в виде атрофического процесса (malum coxae senilis), б) юношеская форма, преимущественно гипертрофическая. Кроме того он выделяет артриты, как остаток острых инфекционных процессов, невротические атрофии и Heberden'овские узлы. Заболевания позвоночника он делит на 2 большие группы: spondylitis ankylopoetica и spondylitis deformans. Полная, тщательно разработанная на основании рентгенологических данных (анатомия на живом), классификация Munk'a однако мало отражает в своей классификации типы течения суставных заболеваний.

A s m a n n дает детальную классификацию, нашедшую много сторонников, которая включает, помимо анатомической, отчасти и патогенетическую оценку. I. *Невоспалительные заболевания суставов или остеоартрозы*: 1) osteoarthrosis deformans, 2) osteoarthrosis deformans juvenilis (сюда он относит болезнь Köhler'a и Perthes'a), 3) osteoarthrosis neuropathica (tabetica и при syringomyelia), 4) haemarthrosis. 5) подагра суставов, 6) вторичный деформирующий остеоартроз. II. *Воспалительные заболевания суставов (артриты)*: 1) вторичный хронический полиартрит, 2) первичный хронический полиартрит. III. *Заболевания суставов позвоночника*: 1) spondylosis deformans и 2) spondylarthritis ankylopoetica.

Вышедшая в 1929 г. большая монография Ernst Freund'a предлагает весьма детальную классификацию, которую мы считаем нужным привести с большей полнотой:

I. *Инфекционные артриты* (Infektarthritiden): 1) острый суставной ревматизм и развивающийся из него вторичный хронический суставной ревматизм, 2) инфекционные ревматоды (септические суставные заболевания), которые могут быть дифференцированы либо по очагу (тонзиллы, зубы, придаточные носовые полости и т. д.), либо по характеру инфекции (туберкулез, гоноррея, lues, дизентерия и т. п.), 3) первичный хронический полиартрит.

II. *Суставные заболевания, вызванные нарушением обмена* (подагра, алкаптонурический артрит).

III. Деформирующий остеоартрит.

IV. Асептические некрозы костей (болезнь Köhler'a, Perthes'a).

V. Эндокринные заболевания суставов.

VI. Гемофилические заболевания суставов.

VII. Невропатические заболевания суставов.

VIII. Анафилактические заболевания суставов.

IX. Перемежающаяся водянка суставов. 10. Новообразования.

Мы видим здесь попытку построить классификацию на этнологическом принципе, однако не вполне выдержанную и кроме того мало дифференцированную с точки зрения течения и морфологии. Этому же принципу следует Maliva, классификация которого почти целиком совпадает с классификацией Freund'a. Он присоединяет к вышеуказанным формам только травматически-синовальный полиартрит, интоксикационный полиартрит (алкоголь, свинец, аутоинтоксикация при запорах), артропатии вследствие вынужденных положений (атрофия, парезы и т. д.).

Упомянем еще чрезвычайно детальную патолого-анатомическую классификацию Кауфмана. Он различает: I. *сосудистые нарушения* (гиперемия, кровоизлияния).

II. *Острое и хроническое воспаление суставов*: 1) острые и хронические экссудативные воспаления суставов: серозные, серофибринозные и гнойные. 2) Хронические суставные воспаления, протекающие без экссудата или с незначительным экссудатом: а) хронический деформирующий артрит или остеоартрит (первичный деформирующий хронический артрит, большей частью полиартрикулярный). б) травматический, деформирующий артрит, большей частью моно или олигоартрикулярный, в) Arthritis chron. ulcerosa sicca (типом его является talum corvae senilis, поражается преимущественно хрящи), г) хронический адгезивный артрит (типом является хрон. ревматический полиартрит).

III. Хронич. туберкулезные и сифилитические заболевания.

Если немецкие классификации пытаются в последнее время вступить на путь детальной дифференциации, то французские и английские классификации продолжают держаться менее детального разграничения. M. Teissier делит хронические заболевания суставов на 3 большие группы: 1) Хронический ревматизм следующий за инфекцией, 2) хронический ревматизм дискразического или токсического происхождения, 3) хронический деформирующий ревматизм. С генетической точки зрения Teissier и Mayet различают 2 фактора: ревматическую почву и инфекционный или токсический агент.

Английские авторы различают только две основные формы хронических суставных заболеваний: 1) reumatoid arthritis и 2) osteoarthritis.

К первой форме они относят первичный хронический полиартрит немецких авторов; вторичный хронический полиартрит, развивающийся из острого суставного ревматизма они отвергают.

Американские исследователи Nichols и Richardson в своей классической монографии, основанной на патолого-анатомическом изучении 65 случаев хронического артрита (1909) приходят к выделению только двух форм: 1) пролиферативный артрит и 2) дегенеративный артрит (*arthropathia deformans*). Первая форма носит также название атрофического, вторая — гипертрофического артрита. Nichols и Richardson подчеркивают, что эти 2 аналогических типа не соответствуют двум определенным этиологическим факторам.

Они полагают, что первичное поражение начинается либо в синовиальной оболочке (в случаях атрофического или пролиферативного артрита), либо в хряще (в случаях гипертрофического или дегенеративного артрита). Первичная пролиферация синовиальной оболочки ведет к изменениям атрофического типа и обусловливается травмой, острой инфекцией, гонореей, сифилисом, нарушением обмена и др. агентами. Первичная дегенерация хряща составляет первое изменение при гипертрофическом типе и обусловливается старческим возрастом, травмой, подагрой, заболеваниями щ. ж. и некоторыми нарушениями обмена. Эта классификация принята американским комитетом по ревматизму.

Из русских классификаций наибольшего внимания заслуживает классификация проф. Вельяминова, до сих пор являющаяся во многих отношениях непревзойденной.

Классификация Вельяминова складывается из следующих моментов:

I. Травматические заболевания суставов и их последствия (иммобилизации-*deangement interne*). Сюда же относятся артриты при кессонной болезни.

II. Ревматические или простудные артриты (малочисленная и сомнительная по Вельяминову группа).

III. Артриты при острых инфекционных болезнях: 1) *polyarthritis rheumatica infectiosa acuta*, 2) *polyarthritis rheumatica infectiosa chronica*, 3) септикопиемические артриты (острые и хронические), 4) пневмококковые, 5) гонорейные, 6) артриты при остро-заразных заболеваниях.

IV. Артриты при хронических инфекционных болезнях (туберкулез, сифилис, микозы).

V. Артриты при геморрагических диатезах (гемофилия, пурпура, *purp. rheumatica*).

VI. Артриты при обменных нарушениях.

VII. Артриты при аномалиях внутренней секреции и аутоинтоксикациях (тиреогенные, *osteoarthritis endemica* Бека, *arthritis intermittens*).

VIII. Артриты при отравлениях (хронич. отравление свинцом, артриты при сывороточной болезни и т. п.).

IX. Неврогенные артропатии (при поражении периферических нервов и щ. ж.).

X. Трофоневрогенные артриты неизвестной этиологии: а) *Polyarthritis chron. progressiva primitiva, s. rheumatismus artic. chron.*, б) *Arthritis chron. deformans spontanea*.

Как видно из вышеизложенного в основу классификации положены этиопатогенетические моменты. С этой точки зрения классификация достигает высокой степени завершенности. Руководящей точкой зрения проф. Вельяминова было то, что основными генетическими факторами артритов неизвестной этиологии являются трофоневрогенные и сосудистые расстройства.

Проф. Дитерихс делит ревматические полиартриты на следующие группы: в) рецидивирующий (recurrens), б) остаточный (residualis), в) смягченный (mitigata), г) подострый (subacuta), д) узелковый (nodosa), сопровождающийся образованием узелков в подкожной клетчатке, е) фиброзный (ведущий к развитию анкилозов), ж) defigurans, з) deformans.

Попытку построить классификацию не только на морфологическом, но и этиологическом принципе сделал в последнее время проф. Ловцкий. Он делит заболевания суставов на 3 большие группы: воспалительные заболевания суставов—артрит, б) чисто дегенеративные заболевания—остеоартрозы, в) смешанные остеоартрозоартриты. Первая в свою очередь подразделяется на следующие подгруппы: а) инфекционно ревматический полиартрит (острый суставной ревматизм), б) неревматический инфекционный и токсинфекционный полиартрит, в) специфический токсинфекционный полиартрит (сифилис, туб-з, гоноррея), г) первичный хронический инфекционный артрит, соответствующий экссудативному инфекционному артриту Мунк'a и экссудативно-фиброзный хронический артрит, соответствующий адгезивному артриту Кауфмана.

Все приведенные выше классификации ярко иллюстрируют всю трудность, перед которой стоит современная клиника в попытках разграничения разнообразных форм артритов.

Положенное в основу деление всех суставных заболеваний на воспалительные и дегенеративные, принимается большинством исследователей. Хотя границы между ними являются условными, с клинической точки зрения это разделение все же может быть удержано, ибо обе группы имеют, в своих, по крайней мере, выраженных формах, резко характеризующие их отличительные черты. Иначе мы должны отнестись к проводимому немецкими и русскими (Бухштаб, Брусиловский, Налбандов, Лозинский, Кончаловский и др.) авторами разграничению хронического ревматического полиартрита на первичные и вторичные формы. Вряд ли такое разграничение имеет под собой почву.

Английские и американские авторы давно уже отвергают вторичную форму хронического полиартрита, возникающего из острого суставного ревматизма. Хронические заболевания суставов они рассматривают, как заболевания sui generis, и если они следуют за перенесенным острым полиартритом, то это лишь совпадение, не основанное на генетической связи. Такого же мнения держится проф. Ловцкий, а в последнее время проф. Дитерихс. Мы также отвергаем генетическую связь между острым суставным ревматизмом и хроническими заболеваниями суставов. Настоящий острый суставной ревматизм не оставляет после себя в огромном большинстве случаев никаких остаточных явлений в болевших суставах; заболевание последних имеет эфемерный, быстро преходящий характер. Если иногда и получаются остаточные явления в одном или двух суставах, то они обычно обуславливаются какими-нибудь добавочными этиологическими факторами. Это не исключает того, что хронический суставной полиартрит может остро начинаться и по началу как бы имитировать острый суставной ревматизм. Однако это лишь внешнее сходство. В основе их лежат различные инфекционные и генетические факторы.

При построении клинической классификации хронических заболеваний суставов необходимо исходить из 3-х основных принципов: кли-

нической оценки (функционально-прогностической), пато-генетического анализа и патолого-анатомических характеристики. Из этих принципов мы пытались исходить при построении классификации хронических заболеваний сердечной мышцы. Bergman точно такие требования предъявляет к классификации заболеваний суставов. Он добавляет к этому, что каждый случай хронического артрита необходимо рассматривать под углом зрения конституции. Довольствование одним простым анатомическим диагнозом, напр. водянка сустава, обрекает нас на положение „поверхностного рутинера“ (Вельяминов). Лишь постольку, поскольку удастся дать этим 3-м принципам место в классификации, она становится шагом вперед на пути овладения той или иной группой болезненных явлений. Время для такой совершенной рациональной классификации еще не наступило. Мы не знаем этиологии большинства хронических суставных заболеваний. Сравнительно мало разработана их патолого-анатомическая характеристика, т. к. патолого-анатомы имеют дело уже с далеко зашедшими законченными процессами. Мы владем лишь до некоторой степени умением клинически дифференцировать отдельные типы суставных заболеваний и давать им функциональный прогноз. Поэтому в настоящий момент классификация суставных заболеваний может использовать вышеуказанные принципы лишь в неполной мере. Все же мы делаем попытку дать объединяющую хронические заболевания суставов классификацию, исходя при этом больше из сознания острой потребности в ней для практических и методологических целей, чем из возможности это сделать. Каждая продуманная попытка в этом направлении будет камнем для построения прочной, удовлетворяющей требованиям и практическим научно-теоретическим классификации. При построении нашей классификации мы исходили из следующих положений: 1) все заболевания суставов могут быть разделены на 2 группы: *заболевания парциальные и заболевания системные*¹⁾. Это деление нам кажется основным, вводящим ясность в различные клинические течения различных форм. Совершенно различно должны быть оценены случаи, когда поражаются 1 или 2 сустава вследствие местного воздействия инфекционно-токсического или механического агента, или когда за одним суставом неизбежно поражается другой, за другим 3-й, когда выступает *пониженная сопротивляемость или малоценность всей системы суставов* перед лицом известного или неизвестного нам этиологического момента. В то время как парциальное поражение нередко является стационарным, второе всегда является *прогрессирующим*. Отсюда вытекает 2-й признак для дифференциации: *стационарные и прогрессирующие* заболевания суставов. Далее мы подобно американским и английским авторам и некоторым русским совершенно *отвергаем генетическую связь хронических суставных заболеваний с острым суставным ревматизмом*, поэтому мы не даем в классификации места делению хронических суставных заболеваний на первичные и вторичные. В согласии с большинством русских авторов мы не даем места в классификации термину „ревматизм“ по отношению к хроническим суставным за-

¹⁾ Говоря о системных заболеваниях надо было бы, быть может, иметь в виду не только суставы, как таковые, но и соединенные с ними функционально и анатомически мышцы, связки, сухожилия, нервы. Однако для выделения системных заболеваний в последнем смысле этого слова не наступило еще время.

заболеваниям, хотя для общей их характеристики мы считаем возможным сохранение термина ревматические заболевания суставов. Стремясь к охвату классификацией лишь тех форм, которые встречаются наиболее часто, мы сознательно избегали включения сравнительно редких форм, как напр. перемежающейся водянки суставов и др., в классификацию. Мы фиксировали свое внимание на так называемых „ревматических“ неизвестной этиологии суставных заболеваниях. Однако, попутно в целях больше дифференциации, чем истощения, мы касались и таких форм суставных заболеваний, детальную классификацию которых можно найти в специальных хирургических руководствах (напр. различных форм туберкулезных, люэтических, травм, гонорей и т. п. поражений). Что касается клинико-анатомической дифференциации, то мы исходим из основного деления суставных заболеваний на воспалительные, дегенеративные и смешанные формы (артрозо-артрит).

КЛАССИФИКАЦИЯ СУСТАВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

I. Острые воспаления суставов.

1. Инфекционно-метастатические (бактериальные).

- а) Гонококковые.
- б) Пневмококковые.
- в) При брюшном тифе.
- г) Гриппозные.
- д) Скарлатинозные.
- е) Дизентерийные.
- ж) Септикопиемические и т. п.

2. *Инфекционно-токсемические (безбактериальные) ревматизмы* при острых инфекционных болезнях (типа сивовитов).

3. *Анафилактические и алиментарно-токсемические* (сывороточная болезнь, кашечные интоксикации и т. д.).

4. *Острый суставной ревматизм* (острый ревматический пол-артрит).

- а) Острая форма.
- б) Подострая форма.

II. Хронические воспалительные заболевания суставов (Артриты).

А. Парциальные артриты.

1. Хронические инфекционно-метастатические воспаления суставов.

а) Туберкулезные: 1) синовиальная форма, 2) первично-костная и 3) фунгозная.

б) Сифилитические: 1) синовиальная форма, 2) остеоартритическая.

2. Травматические моно-и олиго-артриты.

3. Статические (вследствие ненорм. положений и нагрузок).

4. Резидуальные после перенесенных острых заболеваний суставов.

Б. Системные заболевания суставов.

1. *Хронические инфекционно-токсемические* воспаления суставов. [Туберкулезно-токсемический хронический пол-артрит (бол. Ронсета, Still'a)].

2. *Хронические инфекционно-токсемические* воспаления суставов неизвестной этиологии, так наз. *хронические „ревматические“ заболевания суставов.*

а) *Хронический рецидивирующий полиартрит* (polyarthritis chronica recidiva); исподволь начинающаяся рецидивирующая форма, сопровождающаяся во время рецидивов температурными повышениями (до 37.5—38.0), небольшим припуханием и болезненностью суставов; болезнь течет с более или менее продолжительными ремиссиями между ними, характеризующимися затиханием, иногда исчезновением болезненных явлений. Поражается большей частью синовия. Стойких изменений, кроме хруста, тугоподвижности вследствие болезненности, обычно не наблюдается. Осложнения со стороны сердца отсутствуют. Форма по клиническому течению схожая с легкими формами подострого суставного ревматизма, но генетически от нее должна быть отграничена. Вызывается очаговой инфекцией, гесп. поступающими из очага токсинами, в редких случаях ослабленными бактериями. Эта форма обычно не ведет к стойким обезображивающим изменениям суставов. Нередко после 1—2 лет и более заканчивается полным или относительным выздоровлением.

б) *Хронический прогрессирующий полиартрит* (Polyarthritis chronica progressiva) исподволь развивающийся (чаще в мелких дистальных суставах, часто симметрично), иногда сопровождающийся длительной субфебрильной температурой (37.1—37.5). Полные ремиссии, так же как резкие обострения и значительные повышения температуры обычно отсутствуют. Процесс ведет к стойким изменениям формы суставов, утолщению капсулы, ворсинчатым разрастаниям, в дальнейшем к некоторым изменениям суставных концов костей (разрежения и небольшие разрастания) и хрящей (узур). Эта группа заболеваний может быть подразделена на 3 подгруппы:

1) *Хронический прогрессирующий экссудативный лептартрит* (leptarthritis chron. exsudativa propressiva) с преимущественным или исключительным поражением мягких частей. Поражаются преимущественно малые суставы, лишь в дальнейшем вовлекаются и большие суставы.

2) *Хронический прогрессирующий неэкссудативный полиостеоартрит* (polyosteoarthritis sicca chron. progressiva) с поражением, помимо мягких частей, костей и хрящей. Экссудатов не наблюдается, либо они незначительны. Заболевание ведет к стойким изменениям и нарушениям функций. Может захватывать и мелкие и большие суставы.

3) *Прогрессирующий анкилозирующий хронический полиартрит* (polyarthritis chronica progressiva adhaesiva). Наклонность к сморщиванию капсулы и других суставных элементов и развитию рубцовой ткани. Экссудат либо отсутствует, либо незначительный, серофиброзный. Может поражать и мелкие и большие суставы.

в) *Банальный хронический полиартрит* (polyarthritis chron. banalis). Наиболее частая форма т. наз. „хронического ревматизма“, выражающаяся в болях и ломотах в суставах, появляющихся перед непогодой, в болях в начале дня, расходящихся, когда человек начинает работать, в хрусте в суставах. Обычно поражаются большие суставы, особенно часто коленные и плечевые. Заболевание не имеет тенденции

к заметному прогрессированию и не ведет к стойким изменениям и обезображиванию суставов.

Добавление. а) *Периартикулярный фиброзит*—*fibrositis periarticularis*. (Thompson и Gordon, Кончаловский).

б) *Инфекционно-токсическая полиартралгия*, *polyarthralgia toxica*, часто принимаемая за полиартрит. Между тем при этом частом страдании поражаются либо иннервирующие аппараты (*neuropoliarthralgia*), либо экстра-артикулярные элементы (сухожилия, мышцы и т. п.).

III. Артрозоартриты характеризуются наличием как дегенеративных, так и воспалительных изменений.

1. *Дискразические артрозоартриты*.

а) Подагрический артрозоартрит.

б) Алкаптонурический артрозоартрит.

в) Известковый артрозоартрит.

г) *Эндокринные артрозоартриты* (тиреогенные, овариогенные, климактерические), по типу приближающиеся к различным формам прогрессирующего артрита. Текут часто с небольшими повышениями температуры. Преимущественно встречаются у женщин, часто начинаются в периоде полового созревания или в климактерическом периоде.

д) *Интоксикационные артрозоартриты*—свинцовый, энтерогенный.

е) *Гемартрозы*.

1. *Генуинный деформирующий остеоартроз* (*osteoarthrosis deformans genuina*). Первичные дегенеративные изменения хрящей и костей с явлениями гипертрофии и атрофии (стирания), смещения костей и обезображивания суставов:

а) Старческая форма (моно- или олигоартикулярная форма)—*monoosteoarthrosis deformans*.

б) Прогрессирующая полиартикулярная форма (*polyosteoarthrosis deformans chr. progressiva*).

в) Юношеская форма (бол. Perthes'a, Köhler'a).

2) *Heberden'овские узлы*. (Парциальное заболевание).

3) Невропатическая остеоартропатия. *Osteoarthropathia neuropatica* (Tabes, syringomyelia). (Парциальное заболевание).

4) Парциальные остеоартрозы, развивающиеся вследствие нарушения статики (плоская стопа, *genu valgum*, парезы и атрофия мышц).

V. Заболевания позвоночника ¹⁾.

1. *Spondylosis deformans progressiva*. Первично поражаются межпозвоночные хрящи и кости. Межпозвоночные суставы не поражаются. Болезненный процесс охватывает обычно только часть позвоночника — поясничную или грудную.

2. *Spondyloarthritis ankylopoetica progressiva* (болезнь Бехтерева-Pierre Marie-Strümpell) имеет в своей основе хронический ар-

¹⁾ Заболевания позвоночника рациональнее было бы разместить по основным группам (остеоартриты и остеоартрозы), но по существующей клинической традиции мы выделяем их как более или менее ясно очерченные заболевания.

трет, к которому присоединяются оссифицирующие процессы в связочном аппарате (заболевание имеет прогрессирующий характер).

3. *Spondyloarthritis chron. partialis* (lumbarthrititis и др.) не является системным заболеванием и не имеет тенденции распространяться на другие отделы позвоночника.

Литературный указатель не помещен по техническим условиям. *Ред.*

Материалы по вопросу об аускультации суставов.

Н. Е. Кавецкого (Самара).

Вопрос о значении выслушивания суставов нельзя считать разрешенным. Пока мы находимся в этом отношении в стадии накопления фактов. В литературе аускультации суставов, как методу исследования при заболевании последних, до настоящего времени уделялось мало внимания. Недостаточно выяснен не только вопрос, насколько ценен этот метод исследования для клиники, но и какие данные в смысле звуковых явлений мы имеем при выслушивании нормальных и патологически измененных суставов. Поэтому я считаю возможным сообщить о тех данных, которые мною были получены при аускультации коленных суставов у 373 человек.

Методика была следующая: фонендоскоп ставился на область коленного сустава, после чего исследуемый медленно производил сгибательные и разгибательные движения, сидя на кушетке (проф. Рубашев советует подкладывать под ногу кисти больного, в моих опытах этого не делалось). Движения делались многократно. Аускультировались оба сустава. У большинства больных выслушивание производилось по нескольку раз (2—4) с различными промежутками: от нескольких дней до 1½ месяцев.

Из 373 человек у 101 не было ни в настоящее время, ни в прошлом заболевания суставов, остальные 262 были суставные больные.

Своей задачей я прежде всего поставил выяснить вопрос: какие звуковые явления имеются при выслушивании коленных суставов без различия, имеется ли в суставе патологический процесс или нет. Мои данные говорят следующее: в 15,8% всех случаев никаких звуковых явлений уловить не удалось. Интересно, что при обычном способе исследования в некоторых из этих случаев имелся хруст, в других его не было. В 84,2% всех моих случаев я мог констатировать при выслушивании коленных суставов те или иные звуковые явления. Чаще всего (в 48,5%) они совершенно напоминали крепитацию в легких. В дальнейшем я это явление и буду называть *крепитацией*. В 22% выслушивались „влажные хрипы“, причем можно было различать мелко средние и крупнопузырчатые. Реже (в 8,9%) можно было слышать и крепитацию, и хрипы, которые выслушивались или одновременно, или при движениях конечностей последовательно сменялось одно звуковое явление другим. Крепитация и хрипы выслушивались или в продолжение всего движения или только в начале или конце, иногда лишь в середине движения, в одних случаях звуковые явления аускультировались только при сгибании, в других лишь при разгибании. У 18 больных (4,8% всех случаев) имелись звуковые явления, которые я называл „пестрой картиной“ в виду их разнообразия. Чаще всего в этих случаях на фоне кре-

питации и разнокалиберных хрипов можно было выслушивать другие звуковые явления, напоминающие скрип полозьев по снегу, „звук пулемета“, отдельные „пушечные выстрелы“, трески, шумы. В некоторых случаях имелась весьма сложная картина: так, в одном (случай № 3828/6) в протоколе записано „короткий гул переходит в шум, затем очень громкий продолжительный скрип, заканчивающийся шумом идущего поезда“, в случае № 5528/7 имелась крепитация, затем 2 „гудка“ и затем снова крепитация. В случае № 101 записано: „оглушительный звук пилы по дереву“. Звуковые явления иногда наблюдались настолько сильные, что ощущалась боль в ухе. Чаще явления в обоих коленных суставах одинаковы, но в ряде случаев они бывают различные: разница может заключаться или в интенсивности звуковых явлений, или в характере их: например, 1) крепитация в одном суставе, крепитация и хрипы в другом; 2) отсутствие звуковых явлений в одном, крепитация в другом (случаи №№ 134, 136 и друг.); 3) хрипы и треск в одном, хрипы в другом суставе и т. д.

Интересным является вопрос о связи аускультативных явлений с патологическим состоянием суставов. Конечно, здесь было бы важно сопоставить с патолого-анатомической картиной, но по понятным причинам набрать достаточный материал, подтвержденный секцией, является трудным. Поэтому я сопоставлял звуковые явления с клиническим диагнозом. В ряде случаев была произведена рентгенография суставов. Такая разработка материала показала следующее. Из 101 клинически здорового у 40 (т. е. в 39,6%) звуковые явления при аускультации коленных суставов отсутствовали. В 49 случаях (48,5%) имелась крепитация. Чаще всего она была слабо выражена и выслушивалась в конце разгибания и начале сгибания. В 11 случаях при аускультации были обнаружены хрипы и в 1 случае имелась и крепитация, и хрипы. Таким образом, у здоровых в 88,1% при аускультации всякие звуковые явления отсутствовали, или имелась крепитация, которая обычно была нерезко выражена как по своей интенсивности, так и по продолжительности, часто она была едва уловима и имелась только в самом начале движения, в дальнейшем исчезая.

В случаях, где имелось заболевание суставов того или иного характера, аускультативные данные резко менялись. Так, у тех 116 больных, которые помещены мною в группу под диагнозом остеоартрозы (по классификации проф. Введенского), звуковые явления при выслушивании коленных суставов отсутствовали всего у 11 человек, т. е. 9,4% всех случаев. Крепитация имелась у 62 человек (53,5%), хрипы у 33 (28,5%), хрипы и крепитация у 8 (6,9%) и в двух случаях (1,7%) имелась „пестрая картина“, которая у здоровых не наблюдалась ни разу. Но и в этих случаях эта „пестрая картина“ была менее сложна чем при других заболеваниях суставов, как это мы увидим дальше. В одном из этих двух случаев имелся „пушечный выстрел“ при разгибании, в другом имелась крепитация, затем следовали „гудки“ довольно громкие, которые снова сменялись крепитацией. При инфекционных артритах, которых в моем материале имелось 67 случаев, в 3 (4,5%) звуковые явления отсутствовали, в 35 случаях (52,2%) имелась крепитация, в 16 (23,9%)—хрипы, в 7 (10,4%) и крепитация, и хрипы, в 6 случаях (9%) пестрая картина. Пестрая картина в этих случаях

несколько более сложная, чем при остеоартрозах: так в случае № 77 С имелось: в продолжении всего движения в правом суставе хрипы, а в левом хрипы, на фоне которых, выслушивались трески; в случае № 226 в правом коленном суставе выслушивались хрипы, крепитация, трение, в левом—хрипы и громкий треск, хрипы в обоих суставах разного калибра.

Еще более усложняется аускультативная картина при деформирующем атрозоартрите. Из 16 случаев „пестрая картина“ имелась в 9 случаях (56,3%), хрипы были в 5 (31,2%), крепитация всего у двух больных (12,5%). Таким образом, аускультативные явления имелись во всех случаях и преобладали более сложные. В некоторых случаях я затруднялся даже, как описать картину. Так, у больного З. имелись совершенно беспорядочные трески и шумы; в другом случае трески были перемешаны с хрипами (больной С.); в третьем случае сменяли друг друга хрипы, крепитация, выстрелы. Разнообразные звуковые явления в разных случаях были различной интенсивности, неправильно чередовались и преобладали то одни явления, то другие.

При вторичном хроническом ревматическом полиартрите (я наблюдал 48 таких случаев) в двух случаях (4,2%) звуковые явления отсутствовали, в 28 случаях (58,3%) выслушивалась крепитация, в 11 (22,9%)—хрипы, в 6 случаях (12,5%)—крепитация и хрипы, пестрая картина имелась лишь в одном случае, т. е. в 2,1%. В последнем случае имелся анкилоз правого сустава, а в левом, где движения сохранились, выслушивались „оглушительные“ хрипы и треск. Рентгенограммы в этом случае не удалось получить (благодаря отсутствию на курорте рентгеновского кабинета), обычным методом исследования деформация не была обнаружена, но, принимая во внимание изменения в другом суставе, можно предположить также и костные изменения в этом суставе.

Из 21 случая подагрических артритов в 11 имелись и хрипы, и крепитация, в 5 только громкие хрипы, в 5 только крепитация. У меня создалось впечатление (для окончательных выводов материал мал), что для подагрических артритов характерны обильные громкие, крупные хрипы, к которым в части случаев присоединяется крепитация. Грубые аускультативные явления составляют контраст в этих случаях с той нежной крепитацией, „звуком трещащего мелкого песка“, который имеется часто при подагре при обычном исследовании суставов.

В трех случаях артралгий без объективных изменений со стороны суставов аускультативные явления отсутствовали. В одном случае туберкулезного гонита выслушивались хрипы.

В литературе (Шкловская, Рубашев и Александровский) имеются указания, что при лечении происходит изменение звуковых явлений, причем исчезновение их является признаком улучшения суставного заболевания. Наблюдая аускультативные явления при серно-грязевом лечении на Сергиевских мин. водах и физиотерапевтических методах в Самарском физинституте, определенных выводов относительно значения аускультации суставов, как метода учета результатов лечения, я сделать не мог. Из 104 больных, лечившихся на Сергиевских мин. водах сероводородными ваннами и грязевыми процедурами, аускультативные явления не изменились в 61 случае (58,7%), изменились в 43 случаях (41,3%). При физиотерапевтическом лечении (четырёхкамерные

ванны, световые ванны) из 41 случая не произошло изменений в 24 (58,5%), изменились явления при выслушивании в 17 (41,5%). Таким образом, больше чем в половине всех случаев я не мог отметить при аускультации коленных суставов, чтобы звуковые явления за период лечения (35 дней на курорте, 1½ месяца в Физинституте) изменились, несмотря на то, что почти во всех случаях наступило улучшение в состоянии больных более или менее значительное. В 41,3% при курортном и в 41,5% при лечении в Физинституте аускультативные явления изменились, но и здесь не было во всех случаях параллелизма между улучшением суставного заболевания и „улучшением“ аускультативных данных: в ряде случаев звуковые явления даже усилились, появились хрипы, где их не было и т. д. В некоторых, правда, случаях было и улучшение в смысле аускультативных данных. Об изменениях можно судить по следующим примерам:

1) № 1461/89. Остеоартроз. До лечения шумечный выстрел при разгибании, после 6 общих световых ванн выстрела нет, обильные хрипы в обоих коленных суставах: в конце лечения хрипы больше слева. Клиническое улучшение.

2) № 187. Подострый инфекционный полиартрит. До лечения в Физинституте—левый сустав хрипы, правый—abs. Через месяц значительное улучшение аускультации: правый сустав незначительная крепитация, левый—крепитация.

3) № А 1. Вторичн. хрон. ревмат. полиартрит. До лечения в обоих суставах небольшая крепитация. Серво-грязевое лечение. В конце лечения в правом—крепитация без перемен, в левом исчезла. Клинически небольшое улучшение.

4) № А 10. Остеоартроз. Под влиянием серно-грязевого лечения крепитация исчезла. Клиническое улучшение.

5) № А 16. Подагрический артрит. Правый сустав—крепитация, левый—крепитация и хрипы. В конце курлечения улучшение и в обоих суставах только крепитация.

6) № А 50. Деформи. артрозо-артрит. До курлечения нестрая картина, в конце только хрипы.

7) № 10. Остеоартроз. Боль только в правом суставе. При аускультации в этом суставе хрипы, в левом—abs. В конце курлечения клиническое улучшение, при аускультации в обоих суставах хрипы.

Итак, в ряде случаев под влиянием лечения происходит изменение звуковых явлений, которые выслушиваются фонендоскопом, но не всегда эти изменения соответствуют клиническому улучшению. Поэтому я считаю, что аускультация суставов возможно и имеет значение как метод учета результатов лечения, но это должно быть еще подтверждено дальнейшими наблюдениями. Несомненно, в ряде случаев этот метод имеет диагностическое значение. За это говорят случаи, когда при поражении одного коленного сустава аускультативное явление имеется только в нем: при более резко выраженном патологическом процессе в одном суставе и аускультация дает более выраженную картину в этом суставе. В тех случаях, где имеется поражение кости и хряща (деформация) звуки выслушиваются более грубые, более громкие. В тех случаях, где патологический процесс локализуется в синовии, выслушиваются более нежные звуковые явления—крепитация. Там, где патологический процесс в суставе отсутствует, часто отсутствуют и всякие звуковые явления при аускультации. Аускультация внутренних органов вначале своего применения давала значительно меньше, чем мы получаем этим методом исследования в настоящее время, поэтому, мне кажется, можно ожидать, что и аускультация суставов по мере изучения и дальнейшей разработки может стать ценным методом при исследовании суставов.

Выводы: 1. Аускультация суставов является простым, доступным всякому врачу методом исследования.

2. Те факты, которые получены до настоящего времени, говорят, что этот метод может дать некоторые опорные пункты при диагностике заболеваний суставов.

3. Необходимо дальнейшее изучение звуковых явлений, получаемых при аускультации суставов.

4. Необходимо в дальнейшем установить связь между характером аускультативных данных с характером патологического процесса в суставах.

Из Детской больницы К. А. Раухфуса (Ленинград).

Трансдуоденальное изгнание ленточных глист у детей¹⁾.

А. Я. Кровицкого.

То широкое применение, которое дуоденальный зонд нашел в клинических исследованиях за последнее время, вполне заслужено. Нет необходимости останавливаться подробно на большом значении этого метода в диагностике, необходимо только отметить, что в терапевтическом отношении клиника получила возможность пользоваться дуоденальным зондом для введения ряда лекарственных веществ, действуя непосредственно, в неизменной форме, на 12-перстную кишку и соседние органы (печень, желчные пути, поджелудочная железа).

По мысли некоторых авторов дуоденальным зондом воспользовались для изгнания ленточных глист Gantt и West¹⁾, Schottmüller²⁾, Шнейдер³⁾, Куракин⁴⁾, Шафир⁵⁾ и др. Одними из первых были американские авторы Gantt и West, с большим успехом употреблявшие большие дозы папоротника. Шнейдер из 87 случаев в 62-х получил положительный результат. Он придавал большое значение предварительной подготовке и диете. Доза не превышала 3,0 экстр. папоротника. Куракин — из 88 случаев в 83 получил положительный результат, головка была обнаружена в 66 случаях. Доза не превышала 2,5 папоротника. Накануне слабительное, утром клизма, затем вводился дуоденальный зонд и, когда олива находилась в 12-перстной кишке, вводилось 25,0 inf. Sennae, спустя 1/4 часа extr. fil. maris и затем еще раз 25,0 inf. Sennae. Корнев пользовался большими дозами extr. fil. maris до 8,0; предварительная подготовка продолжалась 2 дня, а выходение глисты наблюдалось через 20—40 минут. Шафир из 40 случаев в 100% получил выходение глисты в среднем в течение 2 2 1/2 час. Предварительной подготовки не было. Доза папоротника в большинстве случаев не превышала 4,0.

Вследствие того, что прием extr. fil. maris всегда очень неприятен (даже в капсулах), часто наблюдается рвота (идиосинкразия) и глистогонное извергается обратно, более удобно введение extr. filicis maris че-

¹⁾ Доложено 27/XI 1929 г. на заседании 0-ва детских врачей в Ленинграде.

рез дуоденальный зонд, особенно в случаях, где возраст больного или его тяжелое состояние, не позволяют назначить глистогонное в соответствующей дозе.

В литературе, которой мы располагали, мы не нашли подробных указаний об использовании этого метода для изгнания ленточных глист у детей. Мы встретились, наоборот, с отрицательным отношением: д-р Конюс в своей работе „Клиника и профилактика глистных заболеваний у детей“ указывает, что введение зонда в 12-перстную кишку „все-таки слишком энергичное и сложное вмешательство, недостаточно обоснованное фактами“, но несмотря на это мы решили испробовать этот метод, руководствуясь следующими соображениями.

Первое, что заслуживает внимания, это—дозировка. При пользовании дуоденальным зондом, дозировка экстр. папоротника колеблется от 1,5 гр. до, максимум, 2,5 гр. у детей от 5 лет до 15 лет (тогда как д-р Конюс указывает по 0,5 гр. на год—максимум 7—8 гр.). Следовательно, доза уменьшается 2—3 раза, не влияя на результат, что особенно важно в тех случаях, когда тяжесть заболевания, общее состояние больного требуют особенной осторожности в дозировке. Второе—отсутствие неприятного вкуса, рвоты и других побочных явлений (если зонд находится в 12-перстной кишке), третье—быстрота изгнания паразита после введения глистогонного, в среднем от $1\frac{1}{2}$ ч. до $2\frac{1}{2}$ часов; наконец, четвертое соображение—отсутствие крайней необходимости в предварительной подготовке иногда в течение 2—3 дней, что большей частью необходимо при даче глистогонного через рот.

Большое число детей, поступающих в стационар для изгнания ленточных глист, частые отрицательные результаты вследствие рвоты, нежелающие принимать глистогонное (*Extr. filicis maris*) через рот, заставили испробовать этот метод, имевший, как указано выше, явные преимущества.

Методика. Накануне вечером больные получают слабительное и очистительную клизму. Утром, натощак вводится в желудок тонкий, мягкий дуоденальный зонд (диаметр 3 мм.). Необходимо отметить, что дети, не умеющие даже глотать пилюли, позволяли очень легко ввести дуоденальный зонд. Небольшое затруднение встречалось у некоторых детей при прохождении зонда через глотку (рвотный рефлекс), но уже через минуту дети не делали никаких попыток к извлечению зонда обратно, а, наоборот, даже помогали сами вводить зонд, усиленно глотая и проталкивая его руками. Некоторые дети с зондом засыпали и глистогонное им вводилось во сне. Затем ребенок остается лежать в кровати на правом боку до тех пор, пока в отсасываемом шприцем желудочно-кишечным содержимым не покажется желчь (средняя продолжительность от 40 минут до 2 часов). Проба на лакмусовую бумагу (обязательная), дающая определенно щелочную реакцию (а не нейтральную), показывает, что зонд продвинулся в 12-перстную кишку. После повторных проверок щелочной реакции кишечного содержимого, в зонд вводится двадцатиграммовым шприцем глистогонное, приготовленное по следующей прописи:

Rp. *Extr. filicis maris* 1,0—2,5
Inf. Sennae 20,0
Gummi arabici 2,0—2,5
M. f. emulsio.

DS. Для введения через зонд.

Гуммиарабик добавляется для приготовления хорошей эмульсии, чтобы лекарство не оседало на стенках.

Глистогонное следует вводить в теплом виде и очень медленно. Затем тем же шприцем вводится 25—50 гр. теплого физиологического раствора для промывания и удаления из зонда остатков глистогонного, и зонд извлекается.

Отхождение глист наблюдается в среднем через $\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ часа; в единичных случаях через 5—6 часов.

Этот метод изгнания глистов мы применили у 35 детей в возрасте от 5 до 15 лет; среди них было 19 мальчиков и 16 девочек.

Тончайшие части обнаружены в 95% случ., головка в 35%. Сравнительно небольшой процент нахождения головки понятен, т. к. головку очень трудно искать в большом количестве кала. Большинство авторов указывает, что процент положительных находок головки колеблется от 35—50%. В 3-х случаях паразит не вышел; в 1 м оказались в исследованиях яйца аскарид, в другом—по проверке яиц глист не оказалось; 3-й случай проверить не удалось—больной выписался в тот же день.

Наши выводы следующие: 1) отхождение ленточных глист у детей при изгнании их через дуоденальный зонд дает положительный результат в 95%; 2) отхождение ленточных глист наступает в течение $\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ ч. с момента введения глистогонного; 3) дозировка экстр. папоротника в 2—3 раза меньше, чем при даче через рот и 4) этот метод прост и вполне приемлем для применения в детском возрасте.

Принимая во внимание положительные результаты трансдуоденального изгнания ленточных глист у детей и большое число глистных больных, поступающих в стационар, желательно испробовать этот метод для разгрузки стационара от глистных больных и перенести изгнание глист в амбулаторную обстановку, в руки опытных лиц, сосредоточив в одном из кабинетов также всю работу по профилактике глистных заболеваний.

В заключение приношу благодарность завед. 2 тер. отдел. Виктору Павловичу Пивоварову за совет и руководство, сестрам 2-го терапевтического отделения—за деятельную помощь в проверке этого метода у детей.

Литература: 1) Gantt и West. The ther. Gas. 1922, 15/VII.—2) Schottmüller. M. m. W. 1927, № 20.—3) Schneider. M. m. W. 1924, № 34.—4) Куракин. Врачебная газета, 1927 г., № 18.—5) Шафир. Клин. мед. 1928, № 11.—6) Конюс. Клин. глистн. забол. у детей. Москва, 1927, Охматдет. НКЗ.

Из Ессентукской клиники Бальнеологического института (научный консультант Лозинский А. А.)

Редкий случай аскаридоза¹⁾.

А. А. Гавриленко.

За последнее время глистные инвазии поразили огромную часть населения нашего Союза и не случайно, что с каждым годом на Ессентукской группе К. М. В. увеличивается контингент больных, у которых гельминтиазис играет определенную этиологическую роль в их заболеваниях. За последние годы вышел в свет ряд классических работ проф. Fülleborn'a, Вейнбергера, Скрыбина и др., подтверждающих вышесказанное.

¹⁾ Доложено на VIII-й научной конференции врачей Ессентукской поликлиники и санаторий.

Открытие явлений миграция личинок аскарид в токе кровяного русла, способность их проникать через неповрежденные кожные покровы, наконец, — повреждение целостности слизистой оболочки кишечника, тем самым содействуя инкуляции микробной кишечной флоры, все эти факты заставляют не только пересмотреть, но и расширить в свете современных воззрений на гельминтиазис рамки клиники заболеваний брюшных органов (печень, желудок, кишечник), именно тех заболеваний, которые дают наиболее мощную группу больных, попадающих ежегодно на Ессентукский курорт. А потому нам казалось целесообразным описать случай аскаридоза, который наблюдали в текущем сезоне в клинике Бактериологического института, случай, интересный не только по своему клиническому симптомокомплексу, но и по редкому выбору аскаридой пути для своего выхода из тела хозяина.

Привожу in extenso историю этого редкого случая аскаридоза.

Б-ой Е.-ов. История болезни № 158. 21 года, в настоящее время учащийся, восемь лет работал на производстве слесарем, поступил в клинику 29/VI с г. с диагнозом Отборочной комиссии: хронический энтерит. Жалобы больного: частый жидкий стул 5—8 раз в сутки, боли в пояснице, выхождение газов из уретры при окончании мочеиспускания. Считает себя больным с 1927 года, когда у него появились поносы без каких-либо болевых ощущений и без сопутствующих диспептических явлений; лечился амбулаторно, причем больной трактовался как колитик. Помимо медикаментозного лечения периодически соблюдал диету, но улучшения не отмечалось. Приблизительно также два года тому назад появились боли в пояснице, анализа мочи не производилось. Общее состояние больного за трехлетний период до поступления в клинику не изменилось, вес приблизительно оставался одним и тем же; инфекций никаких не переносил, за исключением в детстве кори. Отмечается в анамнезе приблизительно два года тому назад выхождение из уретры небольшого конкремента, небольшого «камушка» по словам больного, причем при каких обстоятельствах это произошло, больной указать не может. Со стороны наследственности ничего не отмечается.

Больной весом 59,4 кг., рост 175, удовлетворительного питания, со стороны сердечно-сосудистой системы, легких, нервной системы ничего патологического не отмечается. Аппетит хороший, диспептических явлений нет, в подложечной области болезненных точек нет, нижняя граница желудка на уровне пупка, жел. сок — общая кислотность 72, свободная соляная — 50, связанная — 16. Живот слегка вздут, значительно чувствительность и урчание при пальпации в области соеисш, левый край печени увеличен, область желчного пузыря болезненна при пальпации и верхний край правого mus. rectus несколько напряжен, ясно выраженный симптом Гаусмана и phlegicus, селезенка нормальна. Стул жидкий 5—8 раз за сутки, тенезмов нет. Анализ кала — форма и консистенция: частью жидкая, частью отдельными оформленными комочками, макроскопически кровь и гной нет. Много слизистых комков. При микроскопическом исследовании — в большом количестве лейкоциты заключенные в слизь и яйца хвостовика. В остальном патологического ничего не обнаружено. Со стороны почек и мочевых путей — чувствительность при пальпации обеих почек, особенно правой, мочеиспускание безболезненное, неулучшенное, при окончании последнего *выхождение обильного количества пузырей газа, на подобие «мыльных», из уретры.* Анализ мочи: моча при стоянии мутная, уд. вес 1022, реакция — кислая, осадок значительный хлопчатый, белка следы, индикан резко выражен, в осадке — масса лейкоцитов, слизь покрывающих все поле зрения и обильная кишечная флора, в остальном норма.

Таким образом мы имели явление пиллита возможно калькулезного характера, так как в анамнезе были указания на выхождения „конкремента“. Далее хронический холцистит и энтероколит с не вполне выясненной этиологией.

Больному было назначено помимо питьевого лечения — грязевое на область живота; при последующих детальном расспросах удалось установить определенную связь между частотой стула и функцией мочевого

пузыря: больному даны были указания по возможности задерживать мочеиспускание, при этом отмечалось определенное увеличение частоты стула, обратно при задержке стула удалось отметить более обильное выхождение газов из уретры. Все эти данные наводили на мысль, что мы имели дело с пузырно-ректальным свищем; для подтверждения этого предположения решено было произвести цистоскопию и ректоскопию, но 7-го июня у больного появились боли по ходу уретры, мочеиспускание стало затруднительным, временами моча шла каплями, боли к вечеру усилились, причем мы считали, что мы имеем дело с выходением нового конкремента. но, как оказалось, ошиблись в характере выхода инородного тела. 8-го июня утром у больного из уретры вышла аскарида, самец около 5 см. длиною, которая подтвердила наличие пузырно-ректального свища. 16-го июня больному была произведена цистоскопия (проф. А. В. Смирнов), причем при самом тщательном обследовании пузыря свищ не был обнаружен, слизистая пузыря оказалась совершенно нормальной. При ректоскопии было обнаружено: Proctitis chronic. catarr. с обострением в самом нижнем отрезке recti; свищ также не был обнаружен. 21-го июня при вторичной цистоскопии и ректоскопии свища не удалось найти, в виду чего в пузырь нами было введено 400 куб. см. дистиллированной воды, окрашенной индиго-кармином. Через 2 часа спустя, предварительно изолировав penis больного в отдельный сосуд, заставили больного произвести дефекацию, причем per rectum вышло 150 куб. см. окрашенной жидкости с плавающими частицами кала, а при мочеиспускании 240 кубиков окрашенной мочи. Таким образом связь пузыря с прямой кишкой была установлена и характер „поносов“ точно выяснен.

Анализируя наш случай, мы должны отметить тот интересный факт, что несмотря на долгую тесную анатомическую связь пузыря с прямой кишкой, при наличии обильной кишечной флоры, мы, по заключению проф. Смирнова, не имели явлений цистита, в то время как почечные лоханки были уже инфицированы восходящей инфекцией; наличие обильного количества лейкоцитов в осадке было за счет пиелита, а не в результате нахождения аскариды в пузыре, так как при последнем случае мы имели бы явления „очаговой“ реакции со стороны белой крови. Уже несколько лет тому назад Anschütz и ряд других авторов указывала, что хлыстовик, аскариды, травмируя слизистую кишечника, вызывают воспалительные явления последней с инфильтрацией эозинофильными клетками. Аналогичное явление удалось нам наблюдать во многих случаях при патолого-анатомических исследованиях слизистой appendix'a, инвазированного хлыстовиком и острицами, причем слизистая appendix'a представлялась резко инфильтрированной эозинофилами. При исследованиях окрашенных мазков в нашем случае, взятых из осадка мочи, мы наблюдали нейтрофилоз при полном отсутствии эозинофилов.

Самый момент выхода аскариды через мужскую уретру во время кур-лечения нам кажется не случайным. Уже в течение нескольких лет, работая на Ессентукском курорте, нам приходилось отмечать, что бальнеологические факторы, именно грязевое лечение на области живота, провоцируют выходение глистных паразитов. У многих больных наших, у которых предварительное исследование кала на присутствие глистной инвазии давало отрицательный результат, во время грязе-лечения выходили аскариды. Аналогичные наблюдения отмечают и ряд

врачей, работающих в Ессентуках. Нам думается, что агентом, проводящим выходение паразита, является грязь, именно термический ее фактор, так как из последних экспериментальных работ известно, что для аскарид существует определенный термический оптимум, выше которого паразит существовать не может и старается выйти из опасной для жизни зоны. Повседневные наблюдения у постели больного подтверждают вышесказанное. У инфекционных больных с высокой температурой сплошь и рядом наблюдается выходение аскарид, у детей, больных тяжелой формой аллергии от аутоинтоксикации аскаридами, температура является благотворным фактором, изгоняющим паразитов, тем самым обнаруживая этпологический момент данного заболевания. Наконец, работая во второй Московской Лефортовской больнице, нам у заведомо больных аскаридозом удавалось изгонять паразитов путем назначения диатермии.

В заключение нужно отметить, что путь выхода аскариды через мужскую уретру чрезвычайно редкий; в современной литературе как нашей, так и зарубежной описаны случаи внедрения аскарид в различные органы человеческого тела: помимо аскаридозиса желчных ходов печени, поджелудочной железы, дыхательных путей, описан аскаридоз лобной пазухи (случай Troja), наконец, аскаридоз мочевых и половых органов женщин по случаям, аналогичного нашему, нам в литературе не удалось найти.

Осталось не вполне выясненным, проникла ли аскарида, благодаря своей удивительной способности отыскивать узкие каналы, в пузырь через пузырно-ректальный свищ или аскарида находилась в пузыре, попав в последний путем перфорации.

По своему анатомическому строению аскарида перфорировать нормальную кишечную стенку не может. Только измененная слизистая кишечника под влиянием бывших воспалительных процессов или травма является тем *locus minoris resistentiae*, где для аскариды образуются благоприятные условия для перфорации, в результате чего мы получаем клинический симптомо-комплекс, известный под термином „*Darmabscessus*“, последний не столь редкий в практической жизни ¹⁾ и не даром немецкие хирурги считают за правило всякого больного, долженствующего подвергнуться полостной операции, предварительно дегельментизировать.

В нашем случае диарея появилась внезапно, другими словами связь мочевого пузыря с прямой кишкой произошла в довольно короткий срок, и мы могли допустить возможность перфорации, так как для последней были благодарные превосходящие анатомические условия—явления проктита, возможно раньше бывшего перипроктита с распространением воспалительного процесса на заднюю стенку мочевого пузыря.

Наш случай недостаточно обследован в силу курортных условий (краткое пребывание больного на курорте, нежелание подвергнуться дальнейшим исследованиям, после того как больной узнал сущность характера поноса), но мы надеемся, что он явится небольшим вкладом для молодой только что начинающей развиваться клиники гелиминтиазиса.

¹⁾ В восточной части Грузии, где население поражено глистными инвазиями, в 70—80% нам в течение 2 1/2 лет удалось наблюдать три случая „*Darmabscessus*“, из коих двое закончились летально.

Пользуемся случаем выразить благодарность проф. Р. А. Лурья и проф. А. В. Смирнову за дачу ценных замечаний в развернувшихся прениях при докладе вышеописанного случая.

Литература: 1. Prof. Fülleborn. Klin. Woch. 1922, № 20.—2. Anschütz. Klin. Woch. 1922, № 44—45.—3. Проф. Скрыбин. Аскариды и их значение в медицине и ветеринарии. 1925.—4. М. Вейнберг. Влияние глистов на организм. Медиг. микробиол. под ред. Тарасевича, т. III, 1911.—5. А. А. Гавриленко. Картина белой крови при гельминтиазисе (по материалам М. М. З. Мосздравотдела 1928 г.).

Из Хирургического отделения Фарской райбольницы: Аул Хатажуккай, Адыгейской автономной области (Заведующий отделением д-р В. Л. Хенкин).

К вопросу исследования функциональной деятельности сердца в хирургии.

Д-ра В. Л. Хенкина.

В хирургической практике, когда организм подвергается такой большой травме, как операция—все силы его, все органы участвуют в восстановлении того равновесия организма, которое нарушается хирургическим вмешательством. К некоторым органам предъявляется больше запросов, к некоторым меньше, но сердце—это один из наиболее ответственных органов, который несет на себе почти всю тяжесть операционного и послеоперационного периода.

В практике каждого хирурга бывают моменты, когда несмотря на прекрасно проведенную в техническом смысле операцию, больной гибнет в послеоперационном периоде из-за недостаточности сердечной деятельности, или же смерть наступает еще раньше, на операционном столе, во время операции, а иногда и до начала ее, при вдыхании первых капель наркотизирующего вещества.

Каковы же те причины, которые могут вызвать явления сердечной недостаточности?

С одной стороны, наркотизирующее вещество, являющееся сердечным ядом, с другой—возможные во время операции и нахождения на операционном столе резкие изменения кровяного давления, операционный шок, послеоперационные осложнения и из них стоящая на первом месте, наиболее частая, послеоперационная пневмония. Вместе с тем, соответствующая предоперационная подготовка и выбор обезболивания, в зависимости от состояния сердца—сводят процент подобных осложнений почти к нулю, но для этого необходимо до операции точно знать состояние сердца, точно знать его функциональную деятельность и способность справляться с повышенной нагрузкой.

Обычные методы исследования—перкуссия и аускультация—не всегда дают достаточно данных, позволяющих судить о функциональной достаточности сердца. Нередки случаи, являющиеся прямо таки парадоксальными. Например: у больного обнаружено: сильное расширение границ сердца, глухие тона или шумы. Как будто все данные опасаться наркозного периода и тяжелого послеоперационного лечения, на деле же все проходит прекрасно. В другом случае—обычными методами исследо-

зания не обнаружено никаких изменений в сердце—больной же гибнет на операционном столе или же смерть наступает в послеоперационном периоде, независимо от основного заболевания, при явлениях недостаточности сердечной деятельности. Таким образом сам собою напрашивается вывод, что обычные методы исследования сердца недостаточны, и нужны еще дополнительные исследования, определяющие способность его справиться с повышенными требованиями, с повышенной нагрузкой. Иными словами нужно определить функциональную достаточность сердечной мышцы и его автономной нервно-мышечной системы.

Для определения функциональной деятельности сердца предложено довольно много методов. Из них укажем на следующие, наиболее употребительные: самые старые пробы—это определение изменения со стороны пульса и дыхания в сторону его учащения после какой-нибудь дозированной мускульной работы; например, испытуемый должен проделывать приседания или же входить и сходить по 2—3 ступенькам до тех пор, пока у него не наступит заметное учащение пульса и учащение и углубление дыхания. У здорового человека, который до опыта имел пульс 70—80 ударов в минуту и количество дыханий 18—20, после ряда глубоких приседаний, приблизительно сорока—пульс будет 115 и количество дыханий 30 в минуту, причем после опыта он не будет цианотичен и не будет заметно резкой одышки.

Кроме подобных методов целый ряд авторов пользуется определением кровяного давления после той или иной нагрузки сердца мышечной работой. Waldvogel считает, что сердце функционально достаточно, если колебания максимального кровяного давления при быстром изменении положения тела из сидячего в стоячее не превышают 20 мм. ртутного столба. Goldscheider измерял кровяное давление, после того как пациент задерживает в течение 25 секунд дыхание в состоянии глубокого вдоха. У здорового оно остается без изменений или же колеблется в пределах нескольких миллиметров ртутного столба, значительные же изменения кровяного давления могут говорить о недостаточности сердечной деятельности. Albrecht измеряет кровяное давление в момент глубокого вдоха. У здорового оно не изменяется. Кроме того существуют предложения измерять пульс и кровяное давление после прыжков или взмахов руками и затем следить за временем их возвращения к норме. У здорового человека после 30 прыжков или взмахов руками, за период времени в тридцать секунд—пульс и кровяное давление возвращаются к норме не позже, чем через 3 минуты. Katzenstein предлагает сдавливать аа. iliacae в течение нескольких минут до тех пор, пока не установится пульс и кровяное давление. Он считает, что при установке изменения кровяного давления может быть в пределах 10—20 мм. ртутного столба. Мы, с своей стороны, считаем этот метод весьма рациональным, т. к. он дает представление не только о функциональном состоянии центрального сердца, но также и периферического, что весьма важно. Мы часто пользуемся им в комбинации с другими способами. Более подробный разбор отдельных методов мы помещаем ниже. Moritz предлагает производить измерение венозного кровяного давления. При поднятии и высоком держании нижних конечностей оно не изменяется или же повышается не выше 0,5 см. водяного столба. Неудобство этого метода заключается в том, что для его применения требуется введение в лок-

тевую вену канюлю. Наиболее точным методом является электрокардиография. Вследствие отсутствия аппаратуры мы ею не пользовались. Что же дают эти методы? Разберем несколько случаев из наших наблюдений.

Случай 1. Большой П., 40 лет, черкес. Диагноз: грыжа белой линии и расхождение краев прямых мышц по средней линии на 8 см. на протяжении от мечевидного отростка до пупка. При исследовании сердца обнаружено: границы в пределах нормы. На втором тоне аорты—незначительный акцент. До исследования: пульс 88 уд. в мин., кров. давление 110—106. Задержка дыхания 30 ск., после этого пульс 88, кров. давление 110—106. После 30 прыжков в течение 30 ск.

Время	Пульс	Кров. давление
1 мин.	100.	118—115.
2 мин.	96.	117—115.
3 мин.	88.	110—106.

Случай 2. Большой А., 32 лет, черкес. Диагноз: выпадение прямой кишки. Больной страдает одышкой, появляющейся после быстрой ходьбы и работы. Иногда по вечерам появляются отеки ног. При исследовании сердца обнаружено: левая граница на 2 см. влево на среднеключичной линии, правая на 2,5 см. вправо от предгрудинной линии. У верхушки сердца—систолический шум. Тоны глухие. До исследования: пульс 64 в мин. Кров. давление 123—119. Задержка дыхания 12 ск., после этого пульс 92 уд. в мин., кров. давление 125—120. Смог сделать лишь 12 прыжков, после этого:

Время	Пульс	Кров. давление
1 мин.	110.	128—122.
2 мин.	105.	119—115.
3 мин.	100.	115—113.
4 мин.	88.	120—116.
5 мин.	66.	123—119.

Случай 3. Большой Л., 25 лет, русский. Диагноз: хронический холецистит. При исследовании сердца обнаружено: границы в пределах нормы. Тоны часты. До исследования: пульс 72 в мин., кров. давл. 110—105. Задержка дыхания лишь 15 ск., пульс 86, кр. дав. 110—105. Смог сделать только 20 прыжков, после этого:

Время	Пульс	Кров. давление
1 мин.	110.	115—110.
2 мин.	100.	110—105.
3 мин.	100.	103—97.
4 мин.	96.	105—102.
5 мин.	72.	110—105.

Мы привели три наиболее характерных примера. Из них первый показывает, что на повышенную работу и, следовательно, на повышенный запрос питательного материала тканям—сердце ответило учащением своих сокращений, т. е. показало нормальную возбудительность как своей мышцы, так и нервно-мышечного аппарата, причем его сокращения оказались не только частыми, но и в достаточной мере полными, так как кровяное давление также повысилось. Все эти явления после прекращения работы быстро пришли к норме. Следовательно, здесь можно ожидать вполне функционально достаточное сердце, что и подтвердилось на операции и в послеоперационном периоде, причем нужно отметить, что в этом случае, данные функционального исследования не расходятся с данными клинического исследования.

Возьмем второй случай. Там все клинические исследования говорили за функционально недостаточное сердце. Специальные пробы также подтверждали это. Сердце оказалось легко возбудимым, но мышца обладала незначительной резервной силой. Мы видим, что после нагрузки пульс дошел в первую минуту до 110 с 92 ударов в минуту, кров.

давление поднялось незначительно с 123—119 до 128—122, и уже на второй минуте сила мышечных сокращений ослабела и при пульсе 105 кров. давление упало ниже первоначальной цифры, дойдя до 119—115. На третьей минуте еще хуже и лишь с четвертой минуты пульс и кров. давление начинает выравниваться. В этом случае данные функционального исследования говорят за функционально недостаточное сердце, и действительно больной очень скверно переносил наркоз, часто падал пульс на операции, и все время приходилось давать под кожу сердечные. В послеоперационном периоде, осложнившимся пневмонией, больной чуть не погиб из-за недостаточности сердечной деятельности.

Существует метод исследования функциональной деятельности сердца, которым определяется количество углекислоты в альвеолярном воздухе. Если сердце недостаточно, оно не в состоянии в единицу времени прогнать достаточное количество крови через легкие, чтобы полностью произвести повышенный газообмен, потребность в котором появляется после усиленной физической работы организма. Таким образом, в альвеолярном воздухе оказывается повышенное количество углекислоты. Для пользования этим методом необходим довольно сложный аппарат. Не имея такового, мы, рассуждая теоретически, решили: раз недостаточен газовый обмен—в крови будет повышенное количество угольной кислоты, которая, раздражая дыхательный центр, даст учащение дыхания и с этой целью мы считывали дыхание до и после нагрузки.

Случай 4. Больной М., 28 лет, татарин. Грыжа белой линии. Со стороны сердца—уклонений от Н не обнаружено. До исследования: пульс 52, дыхание 12 в мин. и кров. давлен. 115—110. После 30 прыжков в течение 30 сек.

Время	Пульс	Дыхан.	Кров. давление.
1 мин.	68.	18.	110—105.
2 мин.	52.	12.	115—110.

В этом случае, помимо всех благоприятных данных, мы имеем лишь небольшое учащение дыхания и поэтому можем предположить, что газовый обмен совершается нормально, и через легкие в единицу времени прогоняется достаточное количество крови. Сердце должно быть функционально достаточно. Как операция, так и послеоперационный период протекали гладко.

Случай 5. Больная Е., 52 лет. Рак желудка. Границы сердца в пределах нормы. Тоны его глуховаты. До исследования: пульс 92, дых. 16, кр. давл. 135—130. После 30 взмахов руками в течение 30 секунд:

Время	Пульс	Дыхание	Кров. давление.
1 мин.	122.	26.	135—130.
2 мин.	102.	26.	130—125.
3 мин.	98.	22.	140—135.
4 мин.	92.	18.	125—120.
5 мин.	92.	16.	136—131.

В данном случае реакция сердца в смысле частоты сокращений была значительная, сила же сокращений невелика (см. кр. давл.), газовый обмен также не был вполне достаточен (знач. учащенное дыхание). Кроме того все явления пришли к норме лишь на 5 минуте. Такое сердце не может быть названо вполне функционально достаточным. Операцию (резекция желудка— $\frac{2}{3}$ в 12-типерстной кишки— $\frac{1}{3}$) больная перенесла хорошо, в послеоперационном периоде—сердце 2 раза давало

угрожающие явления, с которыми все же удалось справиться, так как до операции производилась соответствующая подготовка.

На основании наших наблюдений в количестве 100 мы пришли к следующему заключению:

1. Функционально достаточным сердцем надо считать такое, которое дает учащение пульса после нагрузки от 10 до 15 ударов в минуту и повышение кровяного давления до 10 мм. ртутного столба. Учащение дыхания должно быть не выше 10, причем все явления должны вернуться к состоянию, бывшему до исследования, не позже 3 минут.

2. Исследованию функциональной деятельности сердца—должны подвергаться все больные, назначенные на операцию.

3. В зависимости от результатов исследования производится выбор обезболивания и проводится соответствующая предоперационная подготовка.

Из Хирургической клиники Украинского государственного рентгенологического и радиологического института им. д-ра С. П. Григорьева (Директор—проф. Г. И. Хармадарьян, Заведующий клиникой проф. А. Мельников).

К вопросу о субдиафрагмальных абсцессах и операциях при них.

Ассистента клиники Я. Л. Поволоцкого.

Диагностика субдиафрагмального абсцесса, в особенности ранняя, представляет чрезвычайно часто исключительные трудности. Эта трудность усугубляется еще тем, что субдиафрагмальный абсcess представляет вторичное страдание, осложняющее какое-нибудь заболевание, как-то: отростка слепой кишки, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваний печени и желчных путей, реже заболевания селезенки, исключительно редко заболевания поджелудочной железы, почек, дыхательных путей, женских половых органов, остальных отделов кишечника.

По данным Rigaud'a (1909 г.) из 890 случаев субдиафрагмальных абсцессов, собранных им в литературе, причиной, послужившей к образованию их, явились в 234 случаях перфорации язвы желудка, в 191 случае аппендицит, в 136 случаях заболевания печени и желчных путей, в 40—селезенки, в 32—органов грудной полости, в 28—почек, в 27—поджелудочной железы, в 20—других кишечных перфораций, неизвестной причины 69 раз. По данным клиники Mayo из 100 случаев субдиафрагмальных абсцессов в 35 причиной его явилось заболевание печени и желчных путей, в 22 случаях—заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки и в 22 случаях—заболевания отростка слепой кишки. Mayo'l считает на основании своего материала, что заболевания печени должны быть поставлены также на первом месте среди причин, вызывающих субдиафрагмальный абсcess. По данным Grüneisen'a отросток слепой кишки, как причина субдиафрагмальных абсцессов, должен быть поставлен на первом месте.

Разнообразие по локализации абсцессов (по Wagnard'y—6 форм), а также то, что субдиафрагмальный абсcess является следствием чрез-

вычайно разнообразных заболеваний других органов, должно естественно привести к большому разнообразию симптомокомплекса субдиафрагмального абсцесса, в особенности, если принять во внимание, что в разным стадиям его будет соответствовать неодинаковая клиническая картина. Если учесть, что субдиафрагмальный абсцесс может возникнуть и на почве метастатического заноса гематогенным путем или через лимфатическую систему даже из весьма отдаленных очагов, то станет еще более понятно разнообразие клинической картины этого страдания и сложность его диагностики.

Сама по себе диагностика перечисленных основных заболеваний, являющихся причиной субдиафрагмальных абсцессов, представляет часто значительные трудности.

Чем резче выражен симптомокомплекс основного страдания, чем больше показавший для неотложного оперативного вмешательства, в особенности в тех случаях, где основное страдание представляет непосредственную угрозу для жизни, тем труднее распознать сопровождающий его субдиафрагмальный абсцесс, так как симптомокомплекс основного страдания может покрывать собою частично или целиком симптомокомплекс субдиафрагмального абсцесса, тем самым затемняя клиническую картину его.

Под этим углом зрения и представляют интерес приводимые ниже случаи субдиафрагмальных абсцессов.

Вместе с тем ранняя диагностика и своевременное оперативное вмешательство представляют в случаях субдиафрагмальных абсцессов исключительную ценность. Если по Maydl'ю на 104 неоперированных случая субдиафрагмальных абсцессов смертность составляет 94%, по Lang'у на 81 случай—88% смертности и по Perytz'у на 53 случая 85% смертности, то по Körte в оперированных случаях субдиафрагмальных абсцессов смертность составляет 33 75%, по Maydl'ю 48%, а по новейшим данным смертность не превышает 20%. Из 4-х оперированных случаев в нашей клинике все больные выздоровели. Привожу историю болезни.

Б-ой В-ик, 35 лет, поступил в клинику Института 22 декабря 28 г. с жалобами на постоянную боль в подложечной области, а также в мезогастрii. Боль усиливается через $\frac{1}{2}$ часа—1 ч. после еды. Б-ной жалуется также на изжогу и пустую отрыжку, которая бывает изредка, на урчание в животе, на исхудание за последние 2 $\frac{1}{2}$ месяца на 10 кило, на слабость и уменьшение количества мочи. За последнюю неделю боли значительно усилились и носят почти постоянный характер. Считает себя больным 9 лет. На протяжении указанного периода боли в мезогастрii наступали после приема грубой пищи и продолжались от $\frac{1}{2}$ до 4-х часов, irradiяровали в подреберную область и носили ноющий характер, временами значительно усиливаясь, но никогда не имели характера приступов.

Общий вид больного изможденный. Кожа и слизистые сильно бледны. Лимфатические железы не прощупываются. Сердце норма. Со стороны легких: укорочение перкуторного тона над правой верхушкой с жестким вдохом и удлинением выдохом. Мокроты нет. Уменьшенное за последнее время количество мочи до 2—3 стаканов в сутки, несмотря на обильное питье. При пальпации сильная боль посредине между мечевидным отростком и пупком; боль несколько меньше в эпигастрии и левом гипохондриуме; незначительная боль в плеоэпикальной области. В желудочном соке: свободной соляной кислоты 1,9%, молочной кислоты нет, общая кислотность 76%. Исследование крови: лейкоцитов 19600, нейтрофилов 83%. Температура с момента поступления больного до операции 29 декабря колеблется от 36,3° до 37,4°. На основании клинических данных и рентгеновского исследования поставлен диагноз язвы двенадцатиперстной кишки.

29 декабря операция. Обнаружено: язва с наклоном к прободению, расположенная на нижнем крае *pars superior duodeni* около припратника. Язва ушита. Наложены типичный задний гастроэнтероанастомоз с короткой петлей.

Послеоперационный период до 7 дня протекал без каких-либо особых осложнений. Самочувствие больного было вполне удовлетворительным; температура колебалась от 36,6° до 37,2°—37,3°.

4/1 29 г. утром 1° 37,8°. 5/1—спяты швы. Зажиленные *per primam*, 1° 36,8° утр., 37,3° веч. 6/1—9-й день 1° 37,9—37,4°. 7/1—Утром 1° 36,5°, веч. 38,0°, больной заметно всхлидал. Жалуется на боли в гипоходруме справа и слева. 8/1—11-й день, 1° 37,3°—37,3°. В-ной жалуется на сильные поты, в особенности по ночам, а также боли и на метеоризм. В виду частых осложнений со стороны легких, наблюдающихся в связи с применением эфирного наркоза, и предположения, что у больного имеется абсцедирующая пневмония, назначена рентгеноскопия грудной клетки. Рентгенологически никаких особых изменений со стороны органов грудной клетки. 9/1 1° утром 36,8°—36,9°. Данные аускультации и перкуссии легких: слева от середины лопатки внизу укорочение перкуторного тона, жесткий вдох с бронхиальным выдохом. Аналогичные явления справа выражены несколько меньше. 10/1 1° утром 37,1°—37,1°. Состояние больного то же. Данные исследования крови: лейкоцитов 29400, нейтрофилов 83%. 11/1—1° утром 38,2—36,2. Данные перкуссии и аускультации легких дают основание предполагать абсцедирующую пневмонию или казеозную пневмонию. 12/1. 1°—36,2°—37,8°. Данные рентгеновского исследования грудной клетки (проф. Хармадарьян): «довольно значительные изменения обеих легких характера по всей вероятности *tbc* (масса очагов с расплывчатыми краями, утолщение корней, тяжи, понижение прозрачности легких). Обращает на себя внимание высокое стояние правого купола диафрагмы (нет ли субдиафрагмального абсцесса)».

19-й день. 1° утром 38°. В виду предположения о субдиафрагмальном абсцессе произведена пункция справа (появилась пастозность кожи) Пункция безрезультатна. 1° вечером 37,1°. Ночные поты. В легких те же явления. 22/1—25-й день. Утром 1° 36,4°, вечером 36,6°. Имеется значительная пастозность кожи и слева от нижнего угла лопатки до гребешка подвздошной кости. Повторная пункция субдиафрагмального пространства слева оказалась безрезультатной.

25/1—28-ой день. 1° утром 35,9, вечером 38,2° После повторной пункции слева добыт гной, вслед за чем, не вынимая иглы произведена под местной анестезией проф. А. Мельниковым резекция 9-го и 10-го ребер слева и через *spatium praediaphragmaticum*¹⁾ (экстраплеврально по методу проф. Мельникова) вскрыт абсцесс слева, и 6-ой 25/1 выписался здоровым.

Помимо указанного случая, представляющего значительный казуистический интерес, в нашей клинике наблюдали еще три случая субдиафрагмальных абсцессов.

3-й случай. Б-ой В-ев, 52 лет, поступил 18 мая 28 г. с жалобами на постоянные боли в области правого подреберья и на боли временами в области мезогастриум. Боли иррадируют вниз живота и усиливаются через час после еды. Диспептических явлений нет. Болен 9 месяцев. После перенесенной крупозной пневмонии появились боли в правом боку. 1° 37, 4—37, 5° держалась около месяца, после чего боли локализовались в правом подреберье. Врачами, по словам больного, было диагностировано заболевание печени, в связи с чем назначена диета и тепло. Облегчения не наступило. Другой врач, к которому после безрезультатного лечения обратился больной, нашел правостороннюю паховую грыжу и боли объяснил наличием грыжи. В связи с этим больной оперировался по поводу грыжи месяц тому назад, однако облегчения не получал. Боли стали нарастать, больной стал худеть (за время болезни похудел на 18 фун.), сильно ослаб. При пальпации болезненность в области печени. Печень выступает на один поперечный палец из под реберной дуги; селезенка не прощупывается. При по-

¹⁾ Пространство между нижней границей *sinus costo-diaphragmaticus* и диафрагмой—*spatium praediaphragmaticum* впервые описано проф. А. Мельниковым в 1921 г. Walter Graf в статье «Критические заметки к диагностике и терапии субдиафрагмальных абсцессов», помещенной в *Bruns Beitrage z. klin. Chirurgie* Bd. 128. Н. 3.) называет его именем Мельникова.

копачивании поясницы отмечается особенно резкая боль справа. Данные рентгеновского исследования: правый купол диафрагмы проецируется на уровне 6 го ребра спереди и почти не экскурсирует, тень печени значительно увеличена. Рентгенологически нет данных за органическое заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки. Резкая болезненность в правом подреберье вне тени желудка в области печени. Почти полное отсутствие экскурсии правого купола диафрагмы, по видимому, рефлекторного характера, свидетельствующего о патологии со стороны органов, расположенных в правом гипохондрии. Исследование крови: лейкоцитов 11400, нейтрофилов 74%, лимфоцитов 17%, моноцитов 7,5%, эозинофилов 1,5%, базофилов изредка.

Предположен субдиафрагмальный абсцесс. Путем пункции на уровне 10—11 ребер по задней аксиллярной линии добыто 150,0 гноя. Операция (проф. А. Мельников)—резекция 10—11 ребер и через spatium praediaphragmaticum Мельникова экстраплеврально вскрыт абсцесс. Выздоровление.

3-й случай. И-ная III-я, 21 года, поступила 21 июня 1928 г. в клинику с жалобами на постоянную тупую боль в правом боку, на субфебрильную t^0 до 38°, слабость, сухой кашель ночью. Больна 3 месяца. Заболела внезапно. Появились боли в правом боку. Капляла слегка около недели. На ногах была около полутора месяца, после чего вынуждена была лечь в постель. В это время t^0 колебалась от 37° до 38,4°. Около месяца тому назад у больной стал заметен выпячиваться правый бок внизу, в связи с чем возникло предположение о плеврите.

При пальпации в области 10—11 межреберья по задней подмышечной линии резкая болезненность. При легком покопачивании поясницы резкая болезненность справа. Справа спереди притупление с 4-го ребра, в аксиллярной области с 5-го межреберья, а сзади на 1—2 пальца ниже угла лопатки. В области притупления чуть чуть ослабленное дыхание и понижение fremitus pectoralis, в подмышечной области одиночные субкрепитирующие хрипы. На остальном протяжении обеих легких очень жесткое дыхание, местами с бронхиальным оттенком. Предположен субдиафрагмальный абсцесс. Исследование крови: лейкоцитов 22000, нейтрофилов 72% (Sb—11%), Sg—61%, лимфоцитов 21%, моноцитов 6%, эозинофилов 0,5%, базофилов 0,5%.

2-го июля 28 года. Произведена пункция на уровне 10—11 ребер, добыт густой гной. Произведена операция (проф. А. Мельников). После резекции 10 го ребра через spatium praediaphragmaticum экстраплеврально вскрыт субдиафрагмальный правосторонний абсцесс, образовавшийся на почве актиномикоза. В дальнейшем севсе глубокой рентгентерапии. В виду закрытия клиники больная переведена в одну из Харьковских больниц.

4-й случай. В-ая II-я, 27 лет, жена врача, обследована и оперирована проф. А. Мельниковым в Чугуевской окружной больнице. Поддиафрагмальный метастатический абсцесс на почве тяжелого послеродового сепсиса. Исследование крови: гемоглобина 28%, эритроцитов 2000000, лейкоцитов 15000. Жалуются на боли в правом боку. Предположен правосторонний субдиафрагмальный абсцесс. Путем пункции получен жидкий гной. Произведена одномоментная операция (проф. А. Мельников) обычным способом через полость плевры. Область синуса занята содружественным выпотом с резким неприятным запахом. Легкое приращено к диафрагме и к грудной клетке. Вскрыта диафрагма и лежащий под ней абсцесс. Через неделю вскрыт абсцесс в области трохантера. В дальнейшем благоприятное течение и выздоровление в течение 2-х месяцев с полным восстановлением крови до нормы.

Приведенный 1-й случай является подтверждением изложенной выше точки зрения, что при наличии: 1) резко выступающих на первый план симптомов основного страдания, в данном случае язвы двенадцатиперстной кишки, покрывающего собой симптомы субдиафрагмального абсцесса, 2) симптомов прободения язвы, угрожающих жизни и требующих неотложного вмешательства, 3) картины крови до операции не характерной ни для прободящей язвы, ни для даже резко выраженных явлений перигастрита,—возможны диагностические ошибки как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде в постановке своевременного диагноза субдиафрагмального абсцесса.

В послеоперационном периоде при наличии: 1) вполне благоприятного течения, как в смысле общего самочувствия, так и 1⁰ до 7—8 дня после операции, некоторых изменений к худшему, не внушивших однако каких-либо реальных опасений в течение 9—10 до 11 дня после операции, 2) довольно частые пневмонии, отмечаемые всеми в связи с вынужденным применением чистого эфирного наркоза, в связи с недостаточной доброкачественностью хлороформного наркоза, 3) данных аускультации и перкуссии легких и исследований крови—заставляли ошибочно трактовать вначале ухудшения в состоянии больного как результат абсцедирующей пневмонии, казеозной пневмонии. Рентген указывал на тле легких. Высказанное клиникой мнение и подтвержденное после исследования проф. Хармадарьяном о наличии субдиафрагмального абсцесса, появление вслед за этим пастозности в области ниже лопатки, при учете всей клинической картины, можно было почти с уверенностью диагностировать абсцесс справа, не подтвержденный пункцией, а затем те же явления слева, неудачная пункция и, наконец, удачный прокол и операция. В этом случае нужно думать, что субдиафрагмальный абсцесс развился еще до операции (1⁰, картина крови, боли, ночные поты, сильное исхудание больного) справа, а затем спустился в область левого субдиафрагмального пространства. По данным Pignand в 497 случаях абсцесс локализовался справа, в 324 случаях—слева и в 28 случаях—с обеих сторон.

Запоздавшая диагностика субдиафрагмального абсцесса, в связи со спутанной клинической и рентгенологической картиной его, все же не отразилась на интересах больного, так как он выписался совершенно здоровым после операции.

Все приведенные случаи говорят о громадной трудности диагностики субдиафрагмальных абсцессов, причем 2-ой случай представляет интерес в том отношении, что боли и общее состояние больного ошибочно были вначале истолкованы врачами, лечившими больного, как заболевание печени, а затем наличием правосторонней грыжи, в связи с чем и произведена была ему операция вне Института. На самом же деле у 6-ного легко был диагностирован в клинике Института субдиафрагмальный абсцесс, подтвержденный произведенной операцией.

Причину субдиафрагмального абсцесса также не легко, а иногда и невозможно установить. Так, в нашем 2-ом случае причина субдиафрагмального абсцесса не могла быть установлена. В 3-ем же случае у 6-ной III-ой диагностирован в клинике Института субдиафрагмальный абсцесс, но лишь после вскрытия его удалось установить наличие в основе его активомикотического процесса, хотя первоисточник так и остался нераспознанным.

Как показал опыт нашей клиники, операции по поводу субдиафрагмальных абсцессов необходимо вести обязательно экстраплеврально через *sp. praediaphragmaticum* Мельникова, так как этот путь является наиболее рациональным экстраплевральным доступом к субдиафрагмальному пространству вместе с тем наиболее безопасным при правильном техническом выполнении для жизни больного.

В первых 3-х случаях абсцесс вскрыт без ранения плевры, в последнем случае умышленно был вскрыт спус, в виду гнилостного плеврита, при таких явлениях этот путь нужно считать операцией выбора.

К вопросу об интерстициальной беременности поздней стадии развития.

Проф. И. Ф. Козлова.

(С 2 рис.).

Несмотря на то, что в наше время внематочная беременность стала заболеванием, встречающимся десятками в год в более или менее значительных клиниках и больницах, она до сих пор привлекает к себе врачебное внимание: интересуются ее количественным ростом из года в год, выявляют неокончательно выясненную этиологию этой болезни, продолжают спорить о некоторых методах ее лечения и т. п. Если общие вопросы о внематочной беременности возбуждают интерес, то не меньшее внимание привлекает к себе и выявление некоторых ее деталей. С этой точки зрения интерстициальная б-ость, как редкая форма эктопической б-сти вообще, с целью накопления материала для выводов служит предметом казуистических сообщений. Наблюдавшийся недавно нами случай интерстициальной б-ости, помимо всего прочего, имеет и некоторые специфические особенности, дающие мне право к его опубликованию.

Наш случай: б-ная, 32 лет, поступила в клинику 26/III 29 г. с жалобами на боли в животе. Менссы появились на 17-м г. приходили через 4 недели и продолжались по 5 дней. Последние крови были у нее 4/X 28 г., т. е. почти за 7 мес. до поступления в клинику. Выйдя замуж на 20-м г., больная беременела 7 раз, причем все б-сти закончились у нее срочными родами. Первые роды были на 21-м г., последние на 30 г. Все роды были нормальные, в послеродовом периоде никаких осложнений не отмечала. Считая себя б-ной 2-й месяц, рассказывает, что по поводу сильных менструаций обратилась в сентябре 1928 г. в амбулаторию клиники, где был проделан ей курс внутриматочных высккиваний по Грамматикати. В конце курса лечения у нее временами была рвота. По окончании курса лечения менструации не возобновились, и б-ная в дальнейшем считала себя беременной. Б-сть у б-ной протекала хорошо. При обращении ее однажды в консультацию беременных ничего особенного отмечено не было. 10/I 29 г. б-ная почувствовала первое шевеление плода, причем тогда же с б-ной сделалось дурно, появилась рвота с сильной болью в животе и вздутем его. Боли и вздутие живота продолжались недели 2, которые б-ная принуждена была лежать в постели. За время болезни б-ная раза 3—4 вызывала к себе врачей, которые делали ей назначения в виде свеч, пузыря со льдом и проч., а некоторые советовали обратиться в б-цу. Последним советом б-ная не воспользовалась. Приблизительно недели за 1½ до поступления в клинику у нее снова наступили боли в животе, и б-ная отметила появление в левом подреберье твердой «шишки». При шевелении плода б-ная стала ощущать довольно резкие боли, особенно неприятные после приема пищи, что заставило ее значительно умерить пищевой рацион.

Согласно данным нашей амбулатории, б-ная действительно обращалась 17 IX 28 г. с жалобой на кровотечение. Диагноз амбулатории: m. endom. chr., metrorrhagia, retroversio uteri mobilis. Назначены внутриматочные высккивания по Грамматикати. 27/IX крови прекратились, внутриматочные высккивания продолжались. 18/X констатировано увеличение матки, задержка кровей и заподозрена б-сть; высккивания прекращены. С тех пор б-ная в амбулаторию не показывалась.

Б-ная ниже среднего роста, астенического типа телосложения, с резко ослабленным питанием. Кожа и слизистые оболочки бледны. Органы дыхания нормальные. Границы сердца в пределах нормы, пульс 72 в 1', хорошего наполнения, ровный. Исследование крови дало: эритроцитов 4.830.000, лейкоцитов 8600, лейкоцитарная формула: эозинофилов 3%, палочкоядерных 30%, сегментиров. 68%, лимфоцитов 23%, мононуклеаров 3%; SR. второй степени по Linzenmeyer. Со стороны желудочно-кишечного тракта изменений не найдено. При исследовании живота обнаружено: передняя брюшная стенка дряблая с многочисленными старыми *striae*; живот имеет два выпячивания: одно снизу и несколько вправо, соответственно правой подпоздальной области, другое — в области левого подреберья. Оба выпячивания разделены неглубокой бороздой. Нижнее выпячивание округлой формы, верхнее — несколько продолговатой, уходит в левое подреберье. Пальпацией устанавливается, что нижнее выпячивание образует tumor округлой формы, мягкой, как бы эластической консистенции, неболезненный, лежащий по средней линии и несколько вправо; верхняя граница его — на один палец ниже пупка. Слева и сверху от этой опухоли ясно прощупывается головка плода, туловище которого с мелкими частями уходит далеко в левое подреберье. Части плода отчетливо прощупываются непосредственно под передней брюшной стенкой. В области 10 ребра по аксиллярной линии прослушивается сердцебиение плода в 120 ударов в 1'. Хорошо определяются и движения плода. Со стороны половых органов найдено: рукав растянут, слизистая оболочка его интенсивно синюшная, влагалищная часть матки отечна со щелевидным зевом, тело матки довольно плотной консистенции, несколько увеличено, правым углом непосредственно переходит в вышеописанную опухоль. Эта опухоль широким основанием связана с маткой, консистенция ее мягкая, несколько эластическая, величина опухоли с головку новорожденного. При пальпации опухоль мало болезненная, подвижность ее вместе с маткой резко ограничена. Полость матки свободная, длина ее 9 сантиметров.

На заснятой рентгенограмме (рис. 1) отчетливо виден скелет плода, лежащего продольно, головкой вниз с изогнутым отчасти вдоль левых ребер матери позвоночником и с ножками, вытянутыми поперек тела матери в области желудка.

Диагноз: *Graviditas interstitialis dextra rupta* с выходением живого плода в брюшную полость.

30/III под хлороформно (10,0) эфирным (130,0) наркозом *Laparotomia* при помощи разреза по белой линии от симфиза и вверх до пупка, пальца на 3 ниже *processus xuphoideus*. По вскрытии брюшной полости сальник оказался растянутым, сильно гиперемизированным и довольно рыхло сращенным на большом протяжении с брюшной передней брюшной стенкой, отчасти с маткой и с отдельными петлями тонких кишок. После осторожного, с перевязкой довольно сильно кровоточащих сосудов, отделения сальника, представилась следующая картина: внизу и справа — опухоль величиной с головку новорожденного, переходящая в правый угол матки; на верхне-заднем сегменте опухоли широкая, длиной сант. в 6, щель с ясно определяемой плодовой поверхностью плаценты, от которой вверх к плоду идет толщ. сант. в 2 пуповина, теряясь между кишками и телом плода. Справа, ближе кверху и отчасти клереди, в опухоли переходит длинный латеральный конец по виду нормальной трубы и прилежит яйчнику с желтым телом. Прилегающий медиальный отдел широкой связки и *lig. ov. prorgium* натянут на верхнебоковом сегменте опухоли. Опухоль сзади, отчасти справа и сбоку рыхло спаяна с кишечными петлями. К левому углу матки подходят нормальные придатки.



Рис. № 1.

По извлечении ребенка рукой за головку, приступлено к влагалищной ампутации матки вместе с опухолью (придатки оставлены), что удалось сделать сравнительно легко и без особого кровотечения из спаек, отделенных тупым путем. Дальше—туалет брюшины, выделение частей оболочек, находившихся среди кишечных петель, и послойное закрытие брюшной раны наглухо.

Ребенок—девочка—извлечена в глубокой асфиксии и оживлена. Длина ребенка 42 см., вес 1720 грм., окружность головки—29 см., грудки—25 см.

Послеоперационный период у 6-ной протекал гладко с однократным, на 2-й день после операции, повышением t° до 37,3. Рана зажила первичным натяжением. При выписке на 13-й день после операции (по желанию 6-ной) в тазу инфильтратов не обнаружено, жалоб со стороны 6-ной никаких не было.

Макроскопическое описание препарата (рис. 2). Удаленная часть матки правым углом и отчасти двом своим непосредственно переходит в плодмести-



Рис. 2.

лице, образуя нижнее его основание. В этом месте стенка плодместища выглядит гладкой, остальная же поверхность во многих местах представляется шероховатой от остатков разделенных сращений. На задне-медиальной поверхности плодместища (на фиксированном препарате) имеется полукруглый, с ладонь величиной, разрыв, из которого плодовой поверхностью выпячивается отрезок плаценты с выстоящим концом пуповины, имеющей оболочечное прикрепление. На передней поверхности матки заметны остатки круглых связок, из которых

правая отходит выше левой от соответствующего угла матки. Дно матки, от средин основания плодместилища до места отхождения левой трубы, идет почти по отвесной линии. С правого бока плодместилища до верхнего его сегмента и несколько спереди заметен перерезанный вместе с собственной связкой яичника остаток правой трубы. Размеры плодместилища вместе с удаленной частью матки: длина равна 17 сант., ширина на уровне дна—8 сант., толщина—также 8 сант.; вертикальный размер только плодместилища до правой круглой связки равен 9,5 сант., ширина его в наиболее широкой части спереди 9,5 сант., наибольший размер по боковой—задней поверхности—14 сант.; окружность в области дна равна 22 сант., наибольшая окружность—37 сант., толщина передней стенки матки—3 сант., задней несколько меньше.

Микроскопическое описание. Срезы кусочков, взятых из различных мест плодместилища, содержали значительное количество ворсин, местами хорошо сохранившихся в отдельных их составных частях, местами же представлявших дегенеративные изменения вплоть до полной их некротизации. На месте соприкосновения их с мышечным слоем кое-где заметен Nitabuch'овский слой, в остальных же участках ворсинки отчасти непосредственно врастали в окружающие их мышцы, отчасти были отделены прослойками расположенных группами клеток, похожих на децидуальные. На срезах кусочка из угла матки, на месте расположения интерстициальной части трубы, просвета последней найдено не было, но установлено, что полость матки обособлена от ворсистой оболочки плодного яйца только очень тонким слоем маточной мускулатуры. Слизистая оболочка маточной полости покрыта местами хорошо сохранившимся то цилиндрическим, то низким кубическим эпителием; желез в ней мало, местами они расширены; в соединительно-тканной строме ее заметной децидуальной реакции не обнаруживалось, но отмечалась слабо выраженная мелко-клеточковая инфльтрация.

Б-ная нам показывалась в мае и авг. с.г. я никаких жалоб не жаловалась. Что касается ребенка, то с момента операции до конца августа он оставался в клинике и был выписан с весом в 3500 грм. В первые недели его жизни отмечался плохой сосательный рефлекс, так что ребенок первоначально упал в весе, приблизительно на 400 грм., но затем кривая веса стала парастать, дойдя до указанной выше цифры.

Подтвердился ли наш диагноз? В дифференциально-диагностическом отношении случаи интерстициальной б-сти поздней стадии развития могут быть смешаны со сходными формами несвоеместной локализации б-сти вообще, каковыми по Ноелле являются: 1) б-сть в перешейковой части трубы с глубоким врастанием яйца в миометрий, 2) б-сть в атретической половине второй матки, 3) маточно-воронковая б-сть (*Uterustricherschwangerschaft*) с *placenta increta* и 4) б-сть в так назыв. маточном дивертикуле.

Как известно, признаками, говорящими за интерстициальную б-сть и в то же время против некоторых из приведенных выше форм несвоеместной б-сти, являются такие. По Baart de la Faille'ю, соединение широким основанием плодместилища с маткой является первым признаком диагностируемой нами формы, который в то же время заставляет отрицать истмическую форму и б-сть в рудиментарном роге, где плодместилище соединено с маткой посредством так назыв. ножки. Как видно из рисунка (рис. 2) в нашем случае плодместилище связано с маткой широким основанием.

Вторым признаком интерстициальной формы, по Kussman'ю и Gloesner'ю, является характерное расположение заинтересованной круглой связки. Если соответствующая положению эктопической б-сти круглая связка отходит латерально от плодместилища, то это будет говорить за б-сть в рудиментарном роге; если же, наоборот, она отходит медиально от плодместилища,—следует диагностировать истмическую б-сть. Полагаю, что на указанное соотношение круглой связки к плодо-

местилищу при указанных двух формах б-сти возраст влияния не оказывает. Какого бы срока б-сть в рудиментарном роге или в перешейковой части трубы ни достигала, указанное соотношение останется стационарным, так как направление роста яйца, resp. смещение плодместилища, будет или отводить связку кнаружи, или смещать ее кнутри. Другое дело—при интерстициальном расположении яйца: величина б-сти и, главное, направление роста, как на это указывает Glaesmer, могут изменять место отхождения круглой связки. Последняя может отходить латерально при направлении роста яйца в сторону дна матки, наоборот, при росте в направлении истмической части трубы она будет отходить более или менее медиально и, наконец, круглая связка может иметь место своего прикрепления в середине нижнего полюса плодместилища. Наличие срединного, от нижнего полюса плодместилища, отхождения круглой связки в нашем случае говорит в пользу трактуемой диагностики.

Характер подхода периферического отрезка заинтересованной трубы к плодместилищу является третьим признаком интерстициальной формы б-сти, причем при последней труба, по Rosenthalю, должна подходить спереди и снизу. Как видно из описания, в нашем случае труба подходила латерально спереди и ближе к верхнему полюсу плодместилища. По Hoe hne, такой подход трубы также не противоречит диагнозу интерстициальной б-сти, если направление роста яйца следует книзу, в направлении mesosalpinx'a. Резко натянутая латеральная часть широкой связки на боковом—верхне-переднем полюсе яйца, как это было установлено при операции, свидетельствует, как нам кажется, в нашем случае за направление роста, указанное Hoe hne.

Признак Ruge-Simon'a, состоящий в крутом стоянии (Steilstellung) дна матки, признается за „действительный“ (Glaesmer) в том случае, когда „внешние и внутренние контуры дна матки образуют почти прямую, отнесно ниспадающую линию с внешним и внутренним краем незатронутой б-стью боковой стороны матки (Hoe hne)“. В нашем случае столь ярко выраженного признака Ruge-Simon'a не имеется. Если принять во внимание, однако, что линия верхней границы дна матки пересекает под выраженно острым углом линию маточной полости, что правая круглая связка отходит значительно выше левой,—наличие „крутого“ стояния дна матки у нашей б-ной отрицать не приходится, особенно потому, что выраженным этот признак является, по Hoe hne, лишь в случаях беременности с направлением роста в боковую стенку матки. По классификации Glaesmer'a, которая направлением роста яйца в мускулатуру боковой стенки матки или в мускулатуру ее дна, или в сторону перешейковой части трубы определяет различие в формах самой межзачаточной б-сти, наш случай имеет данные за отнесение его к последней форме, в силу чего, может быть, и не получилось достаточно ярко выраженного признака Ruge-Simon'a.

Нахождение центрального отрезка трубы в стенке матки, между ее полостью и элементами плодного яйца, по Wertу, является решающим в пользу интерстициальной б-сти. Отыскать указанный трубный отрезок нам не удалось, но по систематическим срезам кусочка, взятого из заинтересованного угла матки, можно было видеть, что ворсинки почти вплотную подходят к просвету полости матки, оставляя лишь незначительную

прослойку маточной мускулатуры между эпителиальными элементами ворсинчатого аппарата яйца, с одной стороны, и эпителием маточной полости—с другой. Как показывает литературная справка А. И. Тимофеева, самое тщательное исследование может оказаться безрезультатным в смысле установления этого признака и в несомненных случаях интерстициальной б-сти.

Все только что изложенное дает нам право подтвердить наш клинический диагноз.

Как известно, прерывание обычных форм трубной б-сти бывает чаще всего на 2-3 месяце, интерстициальная же ее форма прерывается большей частью на 3-5 месяце или иногда еще позднее. К этим случаям интерстициальной б-сти поздней стадии развития, по Hoehne, до 1925 г. относятся всего лишь 9, а именно: Rooswinkel'a (1896), Prüssmann'a (1904), Windisch'a (1908), Glaesmer'a (1911), Kuntzsch'a (1911), Kupferberger'a (1912), Audebert et Dambrin (1923), Heyn'a (1924) и Toth'a (1925). Насколько нам известно, в более поздней литературе сообщений подобного сорта нет, а потому наш случай является десятым по счету.

Помимо редкости, наш случай заслуживает внимания с точки зрения толкования его этиологии и терапии, как в смысле выбора времени для операций, так и вида оперативного вмешательства.

Что касается этиологии данного случая, то нам кажется вероятным предположить виновником возникновения внематочной б-сти внутриматочные впрыскивания по Грамматикати. Как было уже упомянуто, последние нормальные месячные у б-ной были 4/IX 28 г., через 2 недели после которых (17/IX) по поводу начавшихся кровотечений у нее применено лечение путем систематических внутриматочных впрыскиваний, продолжавшееся до 18 октября. Мenses более не наступали. Таким образом, зачатие могло иметь место, по нашему мнению, в промежутке времени, совпадающем с периодом применения внутриматочных впрыскиваний, т. е. от 17 сентября до 18 октября. Было бы правильнее это предположение подтвердить или отвергнуть объективными данными измерения веса и длины плода. К сожалению, по вопросу о соответствии веса и длины плода сроку б-сти существуют довольно значительные разногласия, по крайней мере, по отношению к интересующим нас 7—8 месяцам б-сти. Так, по В. С. Груздеву, длина 8 месячного плода равна 40—43 сант., вес 1500 грм. и более; по Hескер'у, плод такого же срока б-сти имеет 39—41 сант. и 1609 грм.; по Ahlfeld'у—43,4 сант. и 2107 грм. Полученный нами при операции ребенок имел в длину 42 сант. и весил 1720 грм., что по первым двум авторам соответствует 8-ми месячному, а по Ahlfeld'у—плоду в возрасте несколько менее этого срока. Если, однако, взять вполне точно установленный срок последних месячных (4/IX 28) и время операции (30/III 29), то окажется б-сть здесь была равна 207 дням или 29 нед. 4 дн., или 7 мес. 11 дн. Допуская, что 4/IX был не первый, а последний день последних менструаций, то нечисляемый срок нужно увеличить на 4—5 дней, т. е. продолжительность беременности в нашем случае равна 7½ мес., что приблизительно должно соответствовать объективному измерителю по Ahlfeld'у. Если, с другой стороны, зачатие наступает спустя несколько дней после последних menses, то наше предположение о совпадении

времени зачатия со временем применения внутриматочных впрыскиваний близко к истине. Такое предположение тем более вероятно, что при операции левая труба, как и периферический отрезок правой трубы, оставшиеся неудаленными, найдены на вид нормальными, свободными от спаек, как и яичники.

Мысль о возникновении внематочной б-сти под влиянием внутриматочных впрыскиваний впервые была высказана проф. В. С. Груздевым. На возможность подобной этиологической связи указал также затем д-р Рузский. В нашем материале внематочных б-стей, прошедших за последние 4 года через клинику в количестве свыше 200 случаев, есть и ряд других, где имело место, по видимому, непростое совпадение применения внутриматочных впрыскиваний, предпринятых с различными целями, с обнаруженной затем на операционном столе внематочной беременностью.

Наконец, интерес нашего случая заключается во времени производства и способе операции. Как известно, до сих пор существуют, по преимуществу, два различных взгляда по вопросу о том, когда при растущей внематочной б-сти поздней стадии развития следует оперировать. В то время как одни (Werth, Bumm, Бекман, Ноеһне) являются сторонниками немедленного оперирования, другие (Отт, Рейн, Снегирев, Малиновский) считают возможным ждать до созревания ребенка. Проф. Груздев рекомендует оперировать по крайней мере на 32-й неделе б-сти, чтобы получить плод с большими шансами на его жизнеспособность. Само собой разумеется, что в пользу того или иного взгляда приводятся соответствующие, вполне убедительные аргументы. Проф. Окянчиц присоединяется ко 2 му взгляду, но с оговоркой. По его мнению, ждать возможно, если б-сть не нарушена, в противном случае надлежит немедленно оперировать. Имел в виду этот последний совет,—в нашем случае, хотя ребенок и продолжал развиваться, но целостность плодместилища, согласно предоперационного диагноза, была нарушена,—а также восклицание Ноеһне, сделанное в противовес сторонникам выжидания, что тот может рекомендовать ждать, кто не видел тяжелой картины внезапно наступившей, не могущей быть предотвращенной смерти б-ной и, наконец, не упуская из вида заявление б-ной на принимаемые ей ребенком боли, невозможность в силу этого достаточного питания и вызванное последним похудание б-ной, и без того обладающей пониженным питанием, мы сочли себя вправе приступить к операции лишь только выяснили диагноз. В отношении выбора операции,—и изменить ли надвигавшуюся ампутацию матки или ограничиться клиновидным иссечением плодместилища, оставляя, может быть, большую часть и тела матки,—мы предпочли первую, исходя из соображений: 1) несомненно большей кровопотери при клиновидном иссечении, 2) большей технической сложности последнего вида операции и 3) нецелесообразности оставить изуродованное тело матки у женщины, которая, будучи обремененной наличием 4-х живых детей, просила настоятельно о стерилизации.

Из клиники болезней носа, горла и уха Казанского государственного медицинского института (Директор—профессор В. К. Трутнев).

К вопросу о показаниях к антротомии при острых мастоидитах.

Врача В. В. Громова.

Если оперативная техника, как более самостоятельная часть учения о мастоидитах, достигла в настоящее время значительной высоты, то этого далеко нельзя сказать о показаниях к операции мастоидита, находящейся в очень тесной зависимости от количества клинического опыта вообще и с точностью клинической диагностики в частности. Здесь далеко еще не сказано последнее слово, не существует единого мнения. До настоящего времени существует резкое противоречие во взглядах, что следует разуметь под мастоидитом, когда при той или другой форме мастоидита оперировать. Одни считают операцию на сосцевидном отростке вмешательством безопасным, другие продолжают относиться к ней с большой осторожностью, как серьезной и небезопасной для жизни.

Цель правильной установки показаний к трепанации сосцевидного отростка заключается, как известно, в том, чтобы произвести операцию в надлежащий момент, когда, с одной стороны, болезненный процесс не находится еще на пути осложнений, а с другой—процесс в сосцевидном отростке настолько развит, что спонтанное излечение представляется мало вероятным, после же операции можно ожидать неосложненного и гладкого выздоровления. Понятно, что решающим моментом является всегда соображение, что представляется более опасным, наше ли оперативное вмешательство или сам болезненный процесс.

Первым предложил определенные показания к вскрытию сосцевидного отростка M yg i n d. Он делит показания на три группы: А. Случай, где процесс среднего уха грозит распространиться или уже распространился на содержимое черепа (Sinusphlebit, лептоменингит, абсцесс мозга). Б. Случай, где процесс среднего уха грозит распространением на лабиринт (головокружение, тошнота, рвота, невосприимчивость высоких тонов). В. Случай перехода процесса на сосцевидный отросток. Он различает: 1. реактивное или *per continuitatem* воспаление слизистой оболочки *antri* и сосцевидного отростка и 2. остент его.

При всяком гнойном процессе в среднем ухе слизистая сосцевидного отростка вовлекается в процесс и появляется гной. Последний затем всасывается. Но лишь поражение перейдет границу слизистой оболочки и распространится на кость, шансы на выздоровление падают. M yg i n d допускает возможность выздоровления после остента, но говорит, что всегда есть опасность перехода в хроническое состояние. Поэтому, распознав остент, мы тем самым, независимо от остальных симптомов, устанавливаем необходимость оперировать. Но распознавать остент—дело чрезвычайно трудное. M yg i n d собрал все признаки и сгруппировал их на безусловно верные, менее верные и подтверждающие.

Безусловно верный признак—свищ сосцевидного отростка и кожи его. Менее верные признаки: поднадкостничный нарыв в области *proc. mast.*

нарывы позади грудинно-ключично-сосцевидной мышцы; нарывы на боковой части шеи; глубокая инфильтрация покровов сосцевидного отростка и чувствительность при глубоком давлении, в особенности если она держится при хорошем стоке из среднего уха 7—10 дней после заболевания; опущение задне-верхней стенки наружного слухового прохода, если оно не исчезает в 7—10 дней: сильное опущение задне-верхнего отдела барабанной перепонки; образование грануляций в барабанной полости; обильное гноетечение из среднего уха, продолжающееся 2—4 недели; гнойное отделение из прободенной барабанной перепонки в течение 6—8 недель; лихорадка, продолжающаяся 10—14 дней после возникновения болезни; парез лицевого нерва; парез отводящего нерва; слабость и жалобы на общее недомогание.

Подтверждающие распознавания признаки: 1. Этиология. А. Юный возраст более предрасполагает к эмпиеме. Б. Заражение:—грипп, скарлатина, корь. В. Инородные тела. Г. Золотуха. Д. Сахарная болезнь.

Объективные признаки: пахучий секрет; небольшая примесь к гною слизи; сильное падение слуха.

Большинство авторов придерживается приблизительно такого же взгляда на показания к вскрытию сосцевидного отростка при острых воспалениях его. Показания можно подразделять на абсолютные и относительные.

Под абсолютными разумеются: 1. Все те симптомы воспаления, которые указывают на возникновение или существование краниальных осложнений (лабирит, мозговые абсцессы, синус); 2. Температура выше 39° безразлично постоянного или интермиттирующего типа, не спадающая после парацентеза. Эти показания называют абсолютными, потому что они при всех условиях и независимо от продолжительности заболевания требуют вскрытия сосцевидного отростка.

Несколько иначе обстоит дело при относительных показаниях. Их в свою очередь разделяют на отоскопические, остеоальные и общие. К первым относят: 1. Сильное выпячивание барабанной перепонки. 2. Опущение задне-верхней стенки наружного слухового прохода. Оно является очень важным симптомом, но обычно обнаруживается, лишь начиная с 3-ей недели заболевания. 3. Важный, но редкий симптом—отек задне-нижней стенки слухового прохода. При нем во время операции обнаруживаются гнойные клетки в области задней стенки наружного слухового прохода, под восходящей частью синуса.

К костным симптомам относятся: болезненность сосцевидного отростка спонтанная и при давлении, обычно скоро исчезающая. Если же она, появившись с первых дней, продолжает держаться в прежнем состоянии, или же усиливается—это служит важным показанием, особенно при отсутствии гноетечения. Важный симптом—боль в области *emissarium mastoideum*, указывающая на заражение костных клеток в этой области. При этом возможно распространение инфекции на синус.

Отек и припухлость тканей сосцевидного отростка—симптом неопасный, т. к. указывает на тенденцию гнойного процесса прорваться наружу.

Просвечивание сосцевидного отростка (A. U. Andrews) для распознавания эмпиемы его. Перкуссия сосцевидного отростка (Köbner). Рентгеновский снимок значительно помогает в топографо-анатомическом отно-

шении, указывая нам клетки и группы клеток в таких областях, в которых мы их не подозревали бы и не искали при операции.

К общим симптомам относят: температурную кривую и общее состояние больного. Если t^0 держится на высоких цифрах в течение 8-ми дней, при достаточном оттоке из среднего уха—это служит показанием к операции.

Neumann и Ruttin, занимаясь изучением флоры при гнойных отитах, нашли, что необолочечные возбудители встречаются втрое чаще, а к операции приводят лишь вдвое чаще оболочечных.

Поэтому обнаружение в гное из среднего уха слизистого стрептококка служит показанием к операции.

Но, если существует более или менее однородный взгляд на показания вообще, то далеко не существует согласия в вопросе о времени операции. На основании клинических наблюдений выработался обычай в первый период острого воспаления сосцевидного отростка применять консервативное лечение и приступать к операции через 10—14 дней. С каждым дальнейшим днем воспалительный процесс успокаивается и ограничивается, и операция становится технически легче выполнимой. С другой стороны, ожидание увеличивает риск осложнений.

Neumann из 104 оперированных им случаев острого воспаления сосцевидного отростка имел 36 случаев осложнений, распределяющихся по времени:

Во время 2-ой недели 20% осложнений,				
"	"	3-ей	"	30%
"	"	4-ой	"	26%
"	"	5-ой	"	40%
"	"	6-ой	"	50%
"	"	7-ой	"	25%
"	"	8-ой	"	66%
и после 8-ой			"	75%

Как видно из статистики Neumann'a, число осложнений увеличивается вместе с продолжительностью заболевания. Следовательно, эти осложнения получились от слишком долгого отсрочивания операции.

Угрожающая возможность опасных для жизни осложнений заставляет нас иногда оперировать в такой ранней стадии острого мастоидита, в которой мы обычно не оперируем. Такая операция называется ранней. В виду трудности оперативной техники в этот момент Neumann предлагает свою систему с обращением особого внимания на ретрофациальные и перифубарные клетки.

Среди различных взглядов по вопросу о времени производства операции радикальнее всех высказываются Strauberg и Plum, для которых остат является достаточным показателем для операции.

Bavrich и Naardt сообщили статистические данные о случаях, оперированных по поводу острого мастоидита. Эти авторы находили число осложнений около 20% из ранне оперированных (в первые 9 дней). Этот большой % осложнений объясняют они тем, что это, по большей части, были тяжелые случаи, что отчасти и послужило причиной раннего вмешательства. Следовательно, при большем ожидании % осложнений был бы еще больше.

Krausz (из клиники в Писбурге) сообщил гистологические результаты 100 оперированных случаев мастоидита, которые логически приводят к необходимости ранней операции.

Mauser точно также приходит к выводу о необходимости ранней операции на основании гистологических исследований. Уже на 4—5 день встречаются сильные воспалительные изменения в сосцевидном отростке, тогда как макроскопически заметные изменения становятся заметными лишь на 4-й неделе, т. е. после наступления огромного числа осложнений. Осложнения наступают вследствие передачи воспаления через phle- и periphlebit'ы многочисленных сосудов слизистой.

Более умеренными являются Denker и Lanzeus. Первый говорит, что трудно уловить момент операции, но все же необходимо оперировать, когда головные боли, несмотря на сток, держатся 7 дней при резком падении слуха и головокружении. Lanzeus рекомендует оперировать без симптомов боли в области *proc. mast.*, если общее состояние плохо, температура повышена, имеются головные боли, даже при небольшом количестве гноя. Лучше — по его мнению — сделать лишнюю трепанацию.

Большинство авторов все же выступают против ранней операции, т. к. при обычной оперативной технике нельзя справиться с неотграничившимся болезненным процессом: воспаление в сосцевидном отростке распространяется после его оперативного вскрытия дальше и может привести к осложнениям при необходимости повторной операции.

К числу противников ранней операции принадлежит и Heine. По его мнению, оперируется много случаев, могущих излечиться консервативно. Ввиду неограниченности воспалительного процесса в ранней стадии приходится вычищать весь сосцевидный отросток, удаляя клетку за клеткой, отчего получается огромная полость от потери костного вещества, и открываются новые пути для инфекции. Поэтому, он допускает раннюю операцию только как исключение и считает необходимым выжидать, пока воспалительный процесс не утихнет и не отграничится, причем, конечно, не исключена возможность появления осложнений.

Politzer точно также против раннего вскрытия сосцевидного отростка.

Alexander и Fischer считают, что в ранних стадиях имеется только мастоидизм, т. е. гиперемия и набухание слизистой *p. mastoideus*, серозно-геморрагический экссудат. Все явления проходят при консервативном лечении, тогда как после операции часто остается фистула.

Mauser находит, что выжидание допустимо только при наличии надежды на спонтанное излечение. Когда костная ткань больна — необходимо немедленно оперировать.

При поражении только слизистой пневматических полостей есть шансы на спонтанное излечение. Если нет ни остейта, ни перимастоидита, инфекция неясна, рекомендуется выжидать около 3-х недель. После этого срока и без усиления симптомов следует оперировать, т. к. естественный срок заживления прошел. В случаях без выхода гноя рекомендуется особенно широко и глубоко вскрывать сосцевидный отросток; в случае паралича *p. facialis* следует очень тщательно вычищать клетки над верхним полукружным каналом, т. к. через них может проходить инфекция, вызывающая паралич.

Legmauer считает зеркалом мастоидита m. tympani, а не pro-mast. Он придает большое значение месту чувствительности. Последняя на верхушке почти всегда имеется, но часто проходит; чувствительность на „Basis“ указывает на antritis. Опасна болезненность на конце p. mast: она указывает на поражение segetrium; количество гноя указывает на пневматизацию. Сосцевидный отросток тренируется, если после месячного лечения гной не уменьшается.

Против ранней операции высказываются Leidler, Beck.

В клинике носа, горла и ушей Казанского университета за показания к трепанации сосцевидного отростка при острых воспалениях его принимали симптомы, указывающие на остит. Больные оперировались тотчас по их обнаружении. К сожалению, распознать остит—дело не легкое.

В 56 оперированных случаях постоянство симптомов выразилось в следующем виде:

1. Инфильтрат сосцевидного отростка и болезненность при давлении, увеличивающаяся, несмотря на достаточный сток	47 сл.
2. Инфильтрат внутренней части задней стенки наружного слухового прохода	45 „
3. Температура (повышенная)	41 „
4. Боли в ухе	40 „
5. Барабанная перепонка (сочна, выпячена)	9 „
6. Падение слуха	31 „
7. Явления раздражения лабиринта	7 „
8. Односторонние головные боли	4 „
9. Соотношение между пульсом и температурой (неправильное)	7 из 13 отмеченных случаев.
10. Тяжелое общее состояние	27 „
11. Альбуминурия.	
12. Рентгенограмма.	

Если теперь мы обратимся к патолого-анатомической картине, наводимой при операции сосцевидного отростка, и постараемся найти соответствие ее с тем или иным из указанных нами симптомов, то обнаружим следующее:

1. *Первый симптом*—инфильтрат и болезненность при давлении сосцевидного отростка, увеличивающиеся, несмотря на достаточный сток. констатированы нами в 47 случаях из 56, причем в 2-х при трепанации отростка каких-либо видимых изменений мы не нашли; в 8 случаях было обнаружение синуса с разрушением его костной капсулы; очень значительное, почти тотальное разрушение сосцевидного отростка было в 18 случаях; гной в 21 случае; грануляции в 26; уплотнение отростка в 7, свищ в 5 случаях, из них один в свищ стaped, 2 в наружный слуховой проход и 2 наружу.

В 9 случаях, оперированных без наличия этого симптома—1 раз не было никаких видимых изменений, 1 раз обнаружение синуса, 5 раз очень значительные разрушения в отростке, 7 раз гной в клетках отростка, 2 отростка оказались сильно уплотненными.

Как видно из изложенного, этот симптом 1) далеко не обязателен при наличии даже значительных изменений в отростке, 2) отсутствие его не исключает значительных изменений в кости, как это было в нашем материале.

11. *Второй симптом*—опущение задне-верхней стенки наружного слухового прохода из 56 оперированных нами случаев присутствовал в 45, причем степень его выраженности была различна—от легкого опущения до почти полного закрытия слухового прохода.

Патолого-анатомическая картина при наличии этого симптома представлялась в следующем виде: отсутствие видимых изменений в сосцевидном отростке в 2-х случаях; обнажение синуса с разрушением его костной стенки в 7, обширное разрушение отростка в 17; гной в 22; грануляции в 24; уплотнение отростка в 5, свищи в 4-х, из них 1 наружу, 2 в слуховой проход, 1 в среднюю черепную ямку.

В 13-ти случаях, где этот симптом отсутствовал, при операции найдено: отсутствие видимых изменений 1 раз; обнажение синуса с разрушением его костных стенок 2 раза; обширное разрушение отростка 6 раз, гной 6 раз, грануляции 2 раза, уплотнение отростка 4 раза, свищи наружу 1 раз.

Очевидно, что этот симптом не обязателен для наличия патологических изменений в отростке, так же как и его отсутствие не гарантирует от патологических изменений.

III. *Третий симптом*—повышенная температура отмечена в 41 случае, причем патолого-анатомическая картина на операции выявилась при этом в следующем виде: отсутствие видимых изменений в 2-х случаях; обнажение синуса с разрушением его костной стенки 5 раз; обширное разрушение отростка 16; гной в клетках 18; грануляции и ячейках 24; уплотнение кости 3; свищи наружу 1, в полость черепа 1 раз, в наружный слуховой проход 1 раз.

Изменения, найденные при нормальной температуре: без видимых изменений 1 раз; обнажение синуса 4 раза; обширное разрушение отростка 7 раз; гной в клетках 10 раз; грануляции в ячейках 2 раза; уплотнение кости 6; свищи наружу 1 и в наружный слуховой проход 1.

IV. *Четвертый симптом*—боли в ухе, был у 40 оперированных больных, причем найдены следующие изменения: без видимых изменений 1 случай; обнажение синуса с разрушением его костной стенки 6 случаев; значительное разрушение отростка 20; гной в отростке 22; грануляции в ячейках 20; уплотнение кости 7; свищи наружу и в слуховой проход 3 и в полость черепа 1 раз.

В 16-ти случаях, при отсутствии этого симптома: без видимых изменений 2; обнажение синуса 3; значительное размягчение отростка 3; гной в ячейках 6; грануляции в ячейках 6 раз; уплотнение кости 2 раза и 1 раз свищи наружу.

Как видно 1) наличие этого, довольно частого симптома, не служит достаточной гарантией для выявления патологических изменений, 2) последние могут быть и без него.

V. *Пятый симптом*—выпячивания и отечности барабанной перепонки—отмечен в 9-ти случаях из 56-ти; ему соответствовали следующие изменения в кости: обнажение синуса 2 раза; гной в клетках 7 раз; грануляции 2 раза. В остальных 47-ми случаях, не сопровождающихся этим симптомом—отсутствие видимых изменений 3; обнажение синуса 7; значительное размягчение отростка 23; гной в клетках 21; уплотнение кости 9; грануляции 24 раза; свищи в полость черепа 1, наружу 2, в слуховой проход 2.

Следовательно и этот, довольно редкий симптом, не дает многого о состоянии сосцевидного отростка и может отсутствовать при наличии мастоидита.

VI. *Шестой симптом*—значительное понижение слуха (ниже 20" с А), был найден в 31 случае, причем ему соответствовали следующие изменения в кости: без видимых изменений 1; обнажение синуса 4; обширное разрушение отростка 15; гной в нем 21; грануляции 16; уплотнение кости 7; свищи наружу и в слуховой проход 3 и в полость черепа 1.

При менее резком падении слуха (выше 20" с А): без видимых изменений 2; обнажение синуса 5; разрушение почти всего отростка 8; гной в нем 7; грануляции 10; уплотнение кости 2; свищи в наружный слуховой проход 1 раз.

VII. *Седьмой симптом*—явление раздражения лабиринта—отмечен в 12-ти случаях, причем патолого-анатомическая картина представлялась в следующем виде: обнажение синуса в 1-м случае; значительное размягчение кости 7; гной в ячейках 12; грануляции 7; уплотнение кости 4; свищи 3—в полость черепа 1 раз и наружу—2 раза.

При отсутствии этого симптома: без видимых изменений 3 раза; обнажение синуса с разрушением его костной стенки 8; значительное размягчение отростка 16; гной в клетках 16; грануляции 19; уплотнение кости 5; свищи наружу 2 раза.

VIII. *Восьмой симптом*—односторонние головные боли, отмечен в 4-х случаях, причем патолого-анатомическая картина была: сильное размягчение отростка 1 раз; гной в ячейках 1 раз; грануляции 1 раз (все у одного лица).

Следовательно все остальные находки в 52-х случаях почти такие же, что отмечено при рассмотрении первого симптома.

Х. *Десятый симптом*—тяжелое общее состояние—имелся в 16-ти случаях, при этом в 1 случае видимые изменения в строении отростка отсутствовали; 4 раза было обнажение синуса с разрушением его костной стенки; 9 раз значительное разрушение отростка; 11—гной в клетках, грануляции в клетках 13 раз; уплотненные кости 5 раз.

При отсутствии этого симптома: без видимых изменений 2 раза; обнажение синуса 5 раз; значительное размягчение кости 14 раз; гной в клетках 17; грануляции 13 раз; уплотнение кости 4 раза; свищи наружу 4 и в полость черепа 1.

К сожалению, приходится воздержаться от сравнительной оценки 9, 11 и 12 симптомов по причине недостаточно аккуратного их занесения в историю болезней.

Несоответствию между пульсом и t^0 мы придавали очень важное значение, как свидетельству сильной вирулентности микробов и слабой сопротивляемости организма. Меньше значения субъективным жалобам со стороны *proc. mastoideus*, так как при группно-клеточном строении процесс быстро распространяется в глубину и без субъективных жалоб, тогда как при компактной кости процесс сопровождается высокой температурой, болью и чувствительностью при давлении.

Таким образом значение каждого отдельного симптома для определения степени поражения отростка и определения времени операции не велики.

Когда же операция называется ранней?

Neuman и разделяет вмешательство на *proc. mastoideus* на три срока: 1. Ранняя операция, которая производится в первые 2 недели острого воспаления. 2. Своевременная—от 3 до 4 недель. 3. Поздняя после 4-х недель.

Barwich и Naardt дают несколько иное деление. Они все оперативные случаи делят на три группы: 1) случаи, оперированные в первые 6 дней, 2) случаи, оперированные до конца 3-й недели, 3) случаи, оперированные после 3-й недели.

При некоторых обстоятельствах операция и на второй неделе м. б. поздней, если особые условия сделали воспалительный процесс в соседнем отростке широко распространенным. Поэтому нельзя точно определять понятие „ранней операции“, т. к. в каждом отдельном случае играет роль степень вирулентности возбудителей и анатомические условия.

Итак, нет единого мнения и о сроках оперативного вмешательства. Мы не можем и не должны строить точную схему для нашего вмешательства. Болезненный процесс, с одной стороны, и живой организм—с другой, не так легко укладываются в рамки, в которые их хотелось бы заключить. Комбинации того и другого—крайние границы их—могут быть чрезвычайно различны. Ведь каждый организм по своему реагирует на инфекцию, а последняя, в свою очередь, м. б. очень разнообразной.

Поэтому решающим моментом в постановке показаний к трепанации *proc. mast.* должна быть не продолжительность заболевания, не отдельные симптомы, но сам процесс в целом, принимая во внимание и реакцию на него всего организма. Возраст пациента, его конституция, этиология воспаления влияют на этот процесс не меньше, чем анатомические условия и вирулентность и резистентность возбудителей.

Каждый отдельный случай следует строго индивидуализировать, обращая внимание на тяжесть инфекции, интенсивность и устойчивость симптомов, анатомическое строение отростка и конституцию самого заболевшего. Только при тщательном взвешивании всего этого мы будем в состоянии избежать ошибок и во времени операции.

Из Трахоматозного института имени проф. Е. В. Адамюка при Государственном институте для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.
(Врид. директора проф. В. Е. Адамюк).

„Операция заворота век по способу проф. В. П. Иванова“¹⁾.

Д-ра А. Б. Коленько.

Говоря о трахоме, нельзя не говорить о тех осложнениях, которые она вызывает, т. к. трахома страшна не столько сама по себе, сколько своими осложнениями. Среди осложнений трахомы наиболее часто, повидимому, встречаются завороты и трихиазисы. На 11815 первичных больных, прошедших через амбулаторию Казанского Трахоматозного института в 1928 г., было 1926 человек трахомных, из них с осложнениями на веках 317 человек, т. е. 16,5%. По Рельману²⁾ завороты осложняют трахому во II-й стадии в 30%, в III-й в 50%, и на материале нашего Института на 743 человека с диагнозом трахомы III было 312 человек (т. е. 42%) с заворотом. Это осложнение весьма тягостно для больного, т. к. завернутые ресницы трут по глазу и дают ощущение инородного тела. Без лечения заворот, вызывая паннозный кератит с последующим помутнением роговицы, ведет часто к неизлечимой слепоте, вот почему пытливая мысль окулистов так много отдает времени и энергии отысканию новых способов радикального устранения этого осложнения. Еще в 16 веке до нашей эры египтяне предлагали лечить заворот век ресницами к глазу их вырыванием и прикладыванием состава из мирры, крови ехидны и летучей мыши. Индийская каста браминов уже за много веков до нашей эры лечила заворот, вырезывая полоски кожи в нижней трети верхнего века и сшивая рану волосными швами, а если это не помогало, то выжгали луковцы ресниц^{3, 4)}. Не желая загружать нашу краткую заметку потоком дат и имен, мы не будем упоминать о тех многочисленных старых и новых, порой весьма остроумных способах, которые в разное время различными авторами предлагались для оперативного устранения заворота. Заметим только одно, что целый ряд новых операций, о которых мы без преувеличения читаем почти в каждом новом томе нашей специальной литературы, служат показателем, что существующие операции не вполне удовлетворяют окулистов и этот же факт является прекрасной иллюстрацией к мысли, высказанной проф. Одиновым на заседании Московского о-ва глазных врачей еще в 1925 году, что при трихиазисе „нет на одной вполне удовлетворительной операции..., которая бы радикально устранила изменения, гарантировала от рецидивов и давала бы совершенный косметический эффект“⁵⁾.

¹⁾ Доложено на заседании Казанского офтальмологического о-ва 1 ноября 1930 г.

²⁾ Рельман Е. «Основы терапии при трахоме».

³⁾ Пр. Швановский А. Ф. «О сущности трахомы».

⁴⁾ Проф. Гиршман Л. Л. «Трахома, как народное бедствие».

⁵⁾ Проф. Одинов В. П. «Наблюдение над операцией Вlas k o w i c s'a при трахоматозном завороте век». Р. О. Ж. т. V.

Обилие новых операций, так щедро предлагаемых до нельзя перетруженному практическому врачу, заставляют иногда забывать старые испытанные способы. Так сказать, реставрировать, напомнить товарищам по работе об одном из таких незаслуженно забытых способов оперативного устранения трихиазмы мы и хотели бы этой краткой заметкой.

Обобщать отношение окулистов к практикуемым ныне операциям весьма трудно, т. к. почти каждая из них имеет как своих горячих сторонников, так и лиц, относящихся к ним более или менее сдержанно. Все же, повидимому, среди широко практикуемых в настоящее время операций устранения заворота наиболее популярны операции Hotz'a, Snellen'a, Chronis'a и их модификации; Lagleyz'a, Spenser-Watson'a, Panas'a и von Mellingen-Сапечко. Все эти операции, кроме последних 2, обычно применяются для устранения небольших и средних степеней заворота. Опер. Panas'a действительно может устранить любую степень заворота, но после нее неоднократно описывалось в литературе, и мы наблюдали лично, последующее омертвение края века, что может повлечь за собой даже lagophthalmus со всеми его последствиями. Прекрасная, дающая почти неизменно хороший последующий эффект, операция Сапечко, технически несколько кропотлива, а самое главное — мучительна для больного. Недаром целый ряд авторов предупреждает: если хотите делать пересадку слизистой в несколько мест — делайте это сразу, т. к. на повторные операции пересадки большой обыкновенно не соглашается.

Еще в 1896 г., тогда еще земский врач бывш. Казанской губ., ныне проф. Иркутского университета В. П. Иванов предложил свою модификацию операции трахоматозного заворота. По имеющимся у нас сведениям эта операция не нашла себе широкого применения (работа в И-те для усовершенствования врачей дает нам возможность общения с целым рядом окулистов различных мест и школ). Как это часто бывает, заграничные окулисты даже не знают о ней, во всяком случае мы не нашли о ней даже упоминация в таких капитальных монографиях, как Czermak „Augenärztliche Operationen“¹⁾ и Elschinig „Augenärztliche Operationslehre“²⁾.

Все операции, предложенные для устранения рубцового заворота, пытаются добиться этого одной из следующих манипуляций: 1) манипуляцией с кожей и мышцей века, 2) манипуляциями с хрящем (частичное и полное иссечение, переворачивание, пересечение и т. п.), 3) кожные, мышечные и хрящевые пластики. Модификация, предложенная проф. Ивановым, является остроумным соединением первого и второго способа. Техника самой операции следующая³⁾ (мы будем придерживаться описания самого проф. Иванова. Те небольшие изменения, которые обычно вносит каждый оператор, у нас были настолько незначительны, что мы даже не предполагаем их оговаривать):

Анестезия конъюнктивальная и инъекция около 1 ст.³ 1—2% раствора новокаина в толщу века по передней поверхности хряща и иногда у наружного угла. 1 момент — канотомия в случаях сильно запущенных (швов не накладывается), в обыкновенных же случ. начинаем с 2-м. мом. — выворачиваем веко надпластинкой Егг-

¹⁾ Изд. 1908 г.

²⁾ Изд. 1922 г.

³⁾ Вести. Офтальм. т. XIII, стр. 350—357, за 1896 г.

ра. Веко захватывается либо 2 фиксационными пинцетами, у самого края века, вблизи углов, либо выворачивается на возжах—толстых лигатурах, проведенных там же. Выворачивать над пластинкой удобней, т. к. над ней можно лучше вывернуть веко, на твердой подкладке лучше произвести последующий разрез. 3 м.м. Отступа 1—2 м.м. от края века (по sulcus sub tarsalis) разрез конъюнктивы хряща и самого хряща, приблизительно на $\frac{1}{2}$ его толщины (обращать внимание на углы!). Автор рекомендует в тяжелых случаях производить такой же дополнительный разрез хряща миллиметра на $\frac{1}{2}$ выше первого, но мы ни разу не видели необходимости в этом втором дополнительном разрезе. 4 момент—снятием провизорные швы, и дальше операция идет как операция Hotz'a: веко захватывается в пинцет Snellen'a (или под него подводится пластинка Егера). Разрез кожи и мышцы отступа 4—5 м.м. от ресничного края и отсепаровка их вверх до бранши пинцета и вниз до корня ресниц. 5 момент.—Удаление мышц шириной в 2—3 м.м., а иногда и полоски кожи. Швы: выкол в верхний край кожной раны—fascia tarso-orbitalis—верхний край хряща. Выкол между ресниц. Обыкновенно 5 швов. В тяжелых случаях можно подтянуть концы лигатур ликами пластырем на лоб. Рана смазывается подной настоеккой, в конъюнктивальный мешок ung. collargoli 3%. Швы снимаются на 4—5 день, еще через день повязка и больной отпускается домой. После операции отмечается небольшая отечность век, которая быстро проходит. В отдельных случаях отмечалось небольшое утолщение края век, которое исчезало через $1\frac{1}{2}$ —2 недели.

Только что описанный способ быстро привился среди врачей нашего И-та, и за один только прошлый год в Трахоматозном и-те было сделано 40 операций по этому способу (5 операций сделали ассистенты И-та, 8 командированные в И-т врачи и 27 операций сотрудники И-та. Здесь же, пользуясь случаем, выражаю свою товарищескую благодарность за предоставление случаев). Кроме того летом 1930 года в глазном отряде Татнаркомздрава, которым я заведывал, мы совместно с интерном Трахоматозного и-та д-ром Исмагиловой проделали 44 операции по этому способу. Всего, таким образом, проделано нами 84 операции, из них 50 операций проделано амбулаторно и 34 операции стационарно (последние, главным образом, в Трахоматозном и-те). Женщинам произведено 50 операций, мужчинам 34. Подавляющее большинство было в возрасте от 20 до 50 лет. Детям произведено 5 операций и в возрасте после 50 лет—8 операций. Во всех случаях оперировали на верхнем веке и только 2 раза, с неизменно хорошим результатом, на нижнем. В послеоперационном течении мы не видели никаких осложнений, хотя автор отмечает, что иногда в ране хряща вырастают грануляции, которые он рекомендует удалить ножницами. Но на наших случаях мы таких осложнений не видели. Проф. Иванов ряд оперированных им случаев проследил до 4 лет—эффект операции почти неизменно стойкий. Мы отдельные случаи проследили до года и можем отметить отличный как косметический, так и терапевтический эффект. Небольшое утолщение края век, о котором мы упоминали, быстро исчезало, рост ресниц правильный, лишь иногда мы отмечали небольшой гиперэффект. Зрение почти неизменно подымалось на 2—3 десятиях.

В заключение мы хотели бы кратко остановиться на показаниях и противопоказаниях к этой операции.

Операция Иванова своим первым актом несколько походит на операцию Ammon-Esche-Pana's'a. Отличается от них она тем, что при ней не может наступить омертвление части века, что нередко описывалось после производства операции по Pana's'y, т. к. в операции Иванова отсекается только $\frac{2}{3}$ толщины хряща и остающаяся $\frac{1}{3}$ достаточно мощна, чтобы питать выворачиваемую часть. От операций Hotz'a, Snellen-

Notz'a, на которые она походит своим 2 актом, эта операция отличается тем, что вышеуказанные операции обычно устраняют небольшой заворот, в то время как опер. Иванова устраняет заворот любой интенсивности.

Как видно из изложенного, абсолютных противопоказаний нет. Случай с тонким хрящем, незначительно пораженным процессом, не вполне подходящи для нее. Вследствие незначительности ширины хряща нижнего века, эта операция несколько затруднительна и при сильно сморщенном конъюнктивальном мешке. Повторяем еще раз, все это не является абсолютным противопоказанием, и мы с успехом применяли ее при всех случаях.

Все это—несложная техника операции, доступная и начинающему, широкие показания к ее применению, возможность применять ее при самых запущенных случаях, легкость послеоперационного периода,—все это, на основании нашего небольшого опыта и прекрасных отзывов товарищей по работе, широко применявших ее, дает нам право рекомендовать практическим работникам офтальмологии применять операцию проф. Иванова шире, чем она применялась до сего времени.

С курорта „Озеро Горькое“, Челябинского округа. Консультант проф. М. Ф. Фридланд.

Плоскостопие и курорты.

Д-ра Н. Д. Киптенко.

Старш. ассистента Ортопедич. клиники Госуд. института для усоверш. врачей имени Ленина в г. Казани.

Несмотря на огромную распространенность плоскостопия, доходящую среди некоторых профессий до 70—80 процентов, этому страданию по сравнению с другими социальными болезнями уделяется сравнительно мало внимания.

Причиной такого отношения к плоскостопию является слабое с ним знакомство широкого круга врачей, просматривающих плоскостопие в проходящих мимо него с такими трафаретными диагнозами, как хронический суставной или мышечный ревматизм, невралгия, ишиас и т. п. заболевания. Ошибка происходит, главным образом, от упускания из виду того обстоятельства, что плоскостопие не есть заболевание только с местными симптомами, а сопровождается часто болем иррадиирующего характера, достигающими сплошь и рядом позвоночника.

Что касается местных болей, то причиной их является смещающаяся кнутри и книзу ладьевидная кость. Это вызывает напряжение прикрепляющегося к ней связочного аппарата, что ведет к болям во всех частях стопы. Наиболее выражена болезненность у внутреннего края стопы, именно у *tuberositas ossis navicularis*; отсюда болевые ощущения распространяются на подошву по направлению *lig. calcaneo-naviculare*, на средину тыла стопы в область соприкосновения ладьевидной кости с головкой таранной кости и впереди от наружной лодыжки голени, вследствие давления тела таранной кости. Иногда болезненна вся

пяточная область и плюсно-фаланговые суставы. Одновременно стопа представляется уплощенной, пронированной и удлинненной. Часто плоскостопию сопутствуют потливость ног, *hallux valgus* и вращение ногтевого большого пальца. Походка у плоскостопных неэластичная, тяжеловатая, неуклюжая.

Очень часто одновременно с местными проявлениями плоскостопия имеются расстройства раздражающего характера. Нередко они даже выдвигаются на первый план. В таких случаях жалобы бывают самые разнообразные. Прежде всего на быструю утомляемость при ходьбе и стоянии, что зависит от перегрузки отдельных мышечных групп голени. Особенно сильные боли испытывают области *m. m. tibialis antici et postici*, на долю которых выпадает непосильная работа сохранить привычное положение стопы, несмотря на выключение всех других вспомогательных аппаратов (костей и связок стопы). В дальнейшем течении болезни перевесение центра тяжести тела ведет к образованию *genu valgum*, а это вызывает боли в широкой фасции бедра вследствие ее длительного перенапряжения. Точно также может наступать компенсаторное образование *scorbuta* и появление болей в спине вследствие компенсаторного лордозирования поясницы. Если плоскостопие, как это обычно и имеет место, длится долго, годами, то могут наступить воспалительные изменения в суставах: синовиты с выпотом и болями.

В некоторых случаях, наоборот, даже при ясно выраженном плоскостопии не отмечается абсолютно никаких субъективных расстройств. Это имеет место почти исключительно у лиц, плоскостопие которых развивается исподволь, равномерно и незаметно, так что ткани тела успевают приспособиться к изменяющимся статико-динамическим условиям стопы и вышележащих частей конечности.

Диагностика плоскостопия оказывается особенно трудной в тех случаях, когда свод еще сравнительно хорошо выражен, так что получается впечатление нормальной стопы, а также в тех случаях, когда подошвенная жировая подушка слабо развита. Виолне понятно, что при таких условиях плоскую стопу легко принять за хронический ревматизм.

Происхождение плоскостопия различное, но в данном случае нас интересует только статическое плоскостопие, т. е. самый распространенный его вид.

Статическая плоская стопа развивается чаще всего у представителей профессий, принужденных работать в стоячем положении, особенно, если при этом работа связана еще со значительной физической нагрузкой. Сюда, следовательно, прежде всего относятся: плотники, столяры, слесари, кузнецы, пекари, приказчики; далее врачи, особенно зубные врачи, и некоторые другие профессии. У перечисленных профессий частота плоскостопия доходит до 80—85 процентов. Прочие профессии, у которых работа не связана со стоянием, дают значительно меньший процент плоскостопия. Реже всего плоскостопие наблюдается у канцелярских служащих, свободных от физической нагрузки и землепашцев, у которых относительно малый процент плоскостопия, повидимому, зависит от того, что летом они ходят без обуви, причем свод у них подпирается выпуклостью почвы, на которую нога ступает. Особенно быстро развивается плоскостопие у лиц физического труда, если они приступают к нему в молодом возрасте до окончания роста скелета, т. е. в период

наиболее благоприятный для развития статических деформаций. Статическая форма плоскостопия является наиболее болезненной и типической формой, тогда как при прочих формах плоскостопия (врожденная, рахитическая, паралитическая, травматическая, ревматическая, подагрическая и т. д.) болезненные явления зависят, главным образом, от основного страдания. При врожденном плоскостопии, являющимся так сказать конституциональной формой для имеющих его лиц, обычно никаких расстройств не наблюдается.

Насколько часто просматривается статическое плоскостопие неспециалистами, можно судить на основании того материала, который был обследован мною в качестве заведующего санаторием хирургических и ортопедических больных на курорте „Озеро Горькое“, Челябинского округа, в летнем сезоне 1929 года.

Стопы были измерены у 135 человек мужского пола. Для измерения стоп я пользовался упрощенным стопометром и методом професс. Фридлянда. Сущность этого метода, как известно, заключается в установлении процентного отношения (индекса) высоты свода стопы к ее длине, причем индекс выше 33 характеризует резкую экскавацию; индекс от 33 до 31—повышенный свод; индекс от 31 до 29—нормальный свод; индекс от 29 до 27—умеренное уплощение, находящееся на границе с патологией; индекс от 27 до 23—плоскую стопу и наконец, индекс ниже 23—резкое плоскостопие.

Таким образом из 135 человек, присланных на курорт для лечения с различными диагнозами, но только не с диагнозом плоскостопия, и обследованных мною по вышеуказанному методу, плоскостопие (т. е. стопы с индексом ниже 27-ми) было найдено у 83 человек, причем в 44 случаях плоскостопие было не статического происхождения, а развилось вторично вследствие ревматического полнартрита или других хронических болезней, которые по своему характеру, действительно, требовали курортного лечения.

В остальных 29 случаях, т. е. в 21,5% обследованных больных при самом тщательном ортопедическом исследовании, проверенном в сомнительных случаях консультацией с невропатологом, было найдено исключительно статическое плоскостопие. Из этого количества трое больных уже проделали безуспешно курортное лечение в предыдущие годы по одному разу и один-два раза.

По профессии эти 29 человек распределяются так:

Металлисты	14	Столяр	1
Горняки	7	Текстильщик	1
Железнодорожник	1	Крестьянин	1
Чернорабочие	2	Служащие	2
		Итого	29 ч.

Отсюда видно, что подавляющая масса плоскостопных приходится на представителей стоячего тяжелого физического труда, т. е. перед нами случаи типического профессионального плоскостопия.

Что касается картины болезни, то лишь в одном случае она проявлялась исключительно местными симптомами в виде характерных болей на типических пунктах стопы (у внутреннего края ладьевидной косточки и в пяточной области), причем особенно сильные боли были по утрам

при вставании с постели. Одновременно имелся резко выраженный hallux valgus на обоих ногах. Индекс для правой стопы был 26,2, для левой 26,8.

В 21 случае местные симптомы плоскостопия сопровождались иррадирующими болями в мышцах голени, в широкой фасции бедра, в коленных суставах, а 4 раза и поясничными болями. Никаких данных, говорящих за хронический ревматизм не было. Измерение стоп дало: в 20 случаях индекс от 27 до 23 и в одном случае индекс ниже 23. 8 раз плоскостопию сопутствовал hallux valgus.

В 3-х случаях местных проявлений плоскостопия совсем не было, а были боли в мышцах голени, в широкой фасции бедра, в пояснице, а также жалобы на ломоту в коленных и тазобедренных суставах без объективных в них изменений. Индекс у одного больного был 24,6, справа и 24,9 слева, а у двух ниже 23,0. У двух больных одновременно наблюдается hallux valgus.

Наибольший интерес представляют последние 4 случая, так как в них преобладали симптомы заболевания седалищного нерва. При исследовании обнаружен pseudoischias, сопровождавшийся слабыми болями по ходу седалищных нервов, главным образом в нижнем его отделе и в области икроножных мышц; прием Lasègue'a давал неясную боль в подколенной впадине и на голени, прием Nègi вызывает боль не на типичном месте, а в грудном отделе позвоночника; в одном же случае вовсе не давал боли. Одновременно во всех этих случаях имелись явные местные симптомы плоскостопия (индекс стоп в одном случае был 24,2 для правой стопы и 25,4 для левой стопы, во втором случае 23,9 и 23,5 и в двух случаях ниже 23). 3 раза плоскостопие сопровождал hallux valgus.

Борьба со статическим плоскостопием заключается прежде всего в профилактике. На первом месте стоит вопрос относительно правильно сконструированной обуви. Последняя должна быть удобна, достаточно длинна, особенно с внутренней стороны, для чего ее делать следует по valgus'ной колодке, а не по valgus'ной, как обычно принято это делать. Свод стопы должен поддерживаться еленичной частью ботинка, достаточно выгнутой с медиальной стороны. Для большей прочности в еленичную часть следует вставлять стальную пластинку, выгнутую по своду стопы, длиной от задней части пятки до головок метатарзальных костей.

Задник ботинка, сделанный из плотной кожи, должен плотно облежать пятку сзади и с боков и заходить вперед, чтобы поддерживать еленичную часть. Этим достигается прочное удерживание поперечного свода стопы. Каблук должен быть средней высоты и достаточной ширины. В тех случаях, когда стопа принимает пронационное положение, рекомендуется внутреннюю сторону ботинка приподнимать несколько выше.

Из других профилактических мероприятий укажем на укрепление мышц свода стопы и супинаторов посредством корректирующей гимнастики, заключающейся в хождении на цыпочках, приседаниях на ввораченных внутрь носках и т. п. упражнениях, а также периодическое стояние во время работы на наружных краях стоп при ввораченных внутрь носках и лазанье на столб.

Собственно лечение плоскостопия преследует две цели: 1, восстановить силу сгибателей и супинаторов стопы и 2, поднять оседающий свод стопы.

Для укрепления мускулатуры прибегают к массажу: поглаживанию, разминанию и поколачиванию свода стопы, а также мышц передней и внутренней половины голени. Перед массажем рекомендуется местная водяная ванна с температурой воды в 30° — 32°R , продолжительностью 10—15 минут.

После массажа целесообразны гимнастические упражнения, состоящие из описанных выше упражнений.

Курс подобного лечения должен продолжаться не менее 6 недель.

Одновременно больному необходимо избегать продолжительного стояния на ногах и вырабатывать походку со ступнями, обращенными вперед и слегка повернутыми внутрь.

В течение курса лечения больному следует изготовить по специальному гипсовому слепку „супинаторы“, т. е. ортопедические стельки, поддерживающие свод и супинирующие стопу.

В особенно запущенных случаях, где консервативное лечение оказывается бессильным, показано оперативное вмешательство, в подробности которого входить здесь мы не можем.

Что же мы могли сделать на курорте для страдающих плоскостопием больных в течение того месячного срока, на который они были присланы? О правильной постановке механотерапии не могло быть и речи, так как для этого не имелось специального штата: две массажистки курорта были по горло заняты и отрывать их для кропотливого лечения плоскостопных было совершенно невозможно. Точно также не было необходимого оборудования для изготовления супинаторов. Да и не представлялось целесообразным обзаводиться этим на дорогом стоящем курорте, раз лечение плоскостопных можно с таким же успехом проводить на месте постоянного жительства больных. Отсылать, однако, больных назад было также нерационально. Поэтому мы применяли то, что было на курорте возможно, — грязелечение в виде местных грязевых ванн, так называемых „сапог“, комбинированных с ортопедическим массажем и гимнастикой по указанному выше плану.

Методика лечения была такова. В начале сезона больной получал 4 входных рапных полуванны с восходящей от 28° до 32°R температурой. Если входные ванны переносились больным легко, то переходили к грязевым местным ваннам с постепенно повышающейся температурой от 34° до 37° — 38° по R продолжительностью в 20 минут. После двух грязевых ванн следовали две рапных полуванны. Такое чередование грязевых ванн и рапных полуванн заканчивалось 4-мя выходными рапными полуваннами с нисходящей до 28°R температурой. В течение 35 дней больной получал по 12 грязевых „сапог“ и 18—19 рапных полуванн. Через $1\frac{1}{2}$ —2 часа после ванны больной получал сеанс массажа и гимнастики продолжительностью в 15—20 минут.

Для контроля результатов, полученных от применяемого на курорте лечения, я пользовался как субъективными ощущениями больного, так и колебаниями индекса стоп до и после лечения. Кроме того в 18 случаях были определены колебания высоты свода стоп под влиянием их функциональной нагрузки в течение одного дня до лечения и по окончании лечения.

У большинства больных, а именно в 18 случаях, произошло субъективное улучшение в большей или меньшей степени в виде уменьшения

болей и исчезновения чувства усталости ног. В 9 случаях никаких перемен не было и лишь в 2-х случаях—полное субъективное выздоровление. Если обратиться к индексам стоп до и после лечения, то оказывается, что в тех двух случаях, где произошло полное прекращение болей, индекс значительно увеличился. Так, в одном случае, в котором до лечения индекс имелся для правой стопы 25,3%, для левой 26,2%, после лечения стал 27,4 и 27,9, т. е. высота свода значительно приблизилась к норме. В другом случае индекс до лечения был 24,4 и 25,2—после лечения 25,6 и 26,1, т. е. тоже произошло значительное повышение свода стоп.

В тех случаях, где произошло только субъективное улучшение, не было такого значительного повышения индекса (не превышало единицы), а в некоторых случаях произошло даже незначительное уменьшение индекса.

У больных, закончивших лечение без улучшения, индекс в большинстве случаев оказался ниже, чем до лечения.

С целью выяснения колебания высоты свода стоп под влиянием физиологической их нагрузки, в течение дня до и после лечения, производилось измерение стоп первый раз в первые дни по приезду больных на курорт утром в 9—10 ч. и вечером в 6—7 ч. и второй раз по окончании лечения незадолго перед выпиской из курорта в те же часы. Полученные результаты представлены на таблице.

Абсолютный индекс по Фридауну	Какая нога	Колич. набл.	До лечения					После лечения					Разница индексов суточного колебания высоты свода стопы до и после лечения
			Средний индекс утром	Средний индекс вечером	Разн. меж. ут. и веч. выс. св.		Средний индекс утром	Средний индекс вечером	Разн. меж. ут. и веч. выс. св.				
					для к. стопы отдел.	в ср. для об. ст.			для к. стопы отдел.	в ср. для об. ст.			
21—23	пр.	4	22,61	22,31	—0,30		22,94	22,56	—0,38		—0,14	+0,18	
	лев.	4	22,52	22,18	—0,34	—0,32	22,41	22,51	+0,10			—0,2	
23—27	пр.	14	25,21	24,60	—0,61		25,38	25,01	—0,37		—0,25		+0,23
	лев.	14	25,53	24,98	—0,55	—0,58	25,70	25,37	—0,33				

Из этой таблицы видно, что утренняя высота свода в общем несколько повысилась, а величина оседания свода к вечеру уменьшилась, дав, в среднем, уменьшение суточного оседания (повышение) свода стопы, равное индексу 0,2. Однако цифры настолько незначительны, что о серьезном улучшении говорить не приходится.

Ради таких скромных, как объективных, так и субъективных результатов, конечно, не стоит больных, страдающих статическим плоскостопием, посылать на дорогое стоящее курортное лечение. Особенно это относится к тем случаям, а таковых большинство, когда по окончании лечения нет возможности снабдить больного супинатором для закрепления полученных результатов.

Подводя итоги сказанному, мы можем свести их к следующему выводу.

1. Статическое плоскостопие представляет из себя весьма распространенную социальную болезнь, типичную профвредность, в борьбе с которой необходима профилактика и механико-физиатрическое лечение, могущее и долженствующее быть проводимым на местах и, поскольку дело касается изготовления супинаторов, следует направлять такого рода больных в центры ортопедической помощи, а отнюдь не на курорты.

2. Посылка больных со статическим плоскостопием на курорты нецелесообразна потому, что не дает больному прочного клинического эффекта и тем самым не оправдывает затрат государства на лечение такого больного.

3. А между тем среди курортных больных отмечается весьма высокий процент (на нашем материале 21,5%) статически плоскостопных, ошибочно присланных для курортного лечения.

4. Врачи, ведающие посылкой больных на курорты, должны повысить свои знания, касающиеся симптоматиологии и диагностики статического плоскостопия.

Литература: 1) Августинов и Алексеева-Кузьмина. Ортопедия и Травматол. 1927, кн. 1.—2) Герасимова и Кочев. Каз. мед. журнал 1927, № 9.—3) Герасимова и Кочев. Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie. 1928, Band 26/4.—4) Герасимова и Кочев. Сборник трудов Казанского гос. ин-та им. Ленина. 1929, т. 1.—5) Киптенко. Каз. мед. журн. 1928, № 5.—6) Кочев. Теория и практика физкультуры. 1927, № 6.—7) Кочев. Военно-санит. дело. 1929.—8) Кочев. Каз. мед. журн. 1929, № 12.—9) Фридланд. Вестн. хир. и погр. област. 1926, кн. 17—18.—10) Фридланд. Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie. 1926, Band XXIV/1.—11) Фридланд. Ортопедия и Травматология. 1927, № 1.—12) Фридланд. Ортоп. и Травм. 1927, № 2—3.

Из Дермато-венерологической клиники Ленинградского медицинского института (Заведующий—проф. А. А. Сахновская).

Toxidermia nodosa (Erythema nodosum) ex usu kalii jodati.

Д-ра А. А. Штейна.

Помимо известных Aspe jodica и jododerma tuberosum наблюдались также разнообразнейшие кожные высыпания, обязанные своим существованием различным препаратам йода. К ним относятся, напр., высыпания, похожие на Pemphigus, описанные—Besnier, Szadek, Gémy, Feuillard, Russel, Трапезников, Hynes и др., Pemphigus vegetans—Hallopeau, Arnozan, du Castel, Hallopeau et Fouquet. Далее наблюдалась Urticaria (Besnier, Gémy и др.), Purpura—(Fournier, Besnier, Duffey, Lemoine и др.), Dermatitis herpetiformis (Dühring-Danglos), Mycosis fungoides (Rosin и др.), hydroa (Hutchinson), туберкулоподобные экзантемы (Hallopeau et Lebret), множественная диссеминированная гангрена кожи (Ch. Andry), высыпания, напоминающие корь (Gerson), скарлатину (Lipmann-Wolf), Erythema exudativum multiforme (Welauder), сибирскую язву (Besnier).

К редко встречающимся высыпаниям, вызванным подистыми препаратами, относятся формы клинически вполне сходные с Erythema nodo-

sum. Отмеченный впервые еще в 1842 г. Ricord, этот вид кожных поражений описан Casoli, Jadassohn, Kaempfer, Lesser, Pellizari, Schidaschi, Talamon, Vörner. Надо сказать, что несколько более часто приходится наталкиваться на описание различных случаев „knotigen Jodexanthem“ (Steiner) или „nodosités rappelant l'erytheme noueux“, не вполне отвечающим при более детальном ознакомлении представлению об Erythema nodosum, наприм., крупные, фолликулярно расположенные узлы с пузырьками, пустулами; эти случаи резко отличаются от наблюдавшегося нами, почему мы и считаем, что таковой не лишен интереса, т. к. в русской литературе и доступных мне источниках не удалось найти ни одного подобного описания.

Собственное наблюдение. 27/XII 26 г. Е. К., 33 л., поступила в клинику по поводу гумы правой малой половой губы. Больная заболела сифилисом в 1918 г., лечилась—получила 33 инъекции 100% салпициловой ртути, 3 вливания новосальварсана, принимала внутрь подистый калий в различной дозировке. Других каких-либо достойных внимания указаний в анамнезе не имеется. *Status praesens.* Больная выше среднего роста, правильного телосложения; подкожная жировая клетчатка развита умеренно. На коже туловища имеются многочисленные коричневые пятна и линейные расчесы, покрытые кровянистыми корочками *pediculosis et melano-dermia*. Видимые слизистые бледноваты.

На внутренней стороне правой малой губы имеется большая, в 2 см., округлой формы язва, глубиной в 1,5 см. с неровными, обрубленными краями и грязным дном. Вся правая малая губа а также односторонняя большая увеличены, пастозны. Кожа между большой губой и бедром экзематизирована. Со стороны внутренних органов отклонений не обнаруживается. *RW* и *S-G*++++. В крови: гемоглобин—80%; эритроциты—3.900.000; лейкоциты—7.000. Моча—ничего патологического. Температура нормальна. Больной назначено ртутно-сальварсанное лечение, при одновременном приеме *KJ* 2% с постепенным увеличением дозы: 3/1—небольшой, болезненный *инфильтрат* в правом локтевом сгибе. Боль задержалась до 23/1, *инфильтрат* рассосался, осталась незначительная чувствительность при давлении. 30/1 больная чувствовала головную боль, усталость, недомогание; 31/1 в сгибе *правого локтевого сустава*, несколько кнаружи, появился величиною с яблоко, воспалительно-красного цвета, *плотный узел*, с незначительной болью при движениях. При пальпации чрезвычайно сильная болезненность. Узел малоподвижен. Такого же характера *воспалительные узлы* имеются на *левом бедре* (два в верхней и один в нижней трети) и на *правом*—один узел. Назначение: Буровский компресс; 2/II боль усилилась в области узлов левого бедра. Жалобы на общую слабость, сердцебиение, 3/II посев крови—стерильн. 5/II воспалительная краснота кожи в области узлов исчезла. Инфильтрация значительно меньше. *Новые узлы* в подколенных ямках и на наружной поверхности средней трети голени, а также в наружной стороне левого предплечья. 8/II инфильтрация узлов в области локтевого сгиба и бедре уменьшилась. Узлы на левой голени в подколенных ямках увеличились; кожа над ними красна, натянута. Вообще узлы болезненны, особенно в подколенных ямках. Появились боли в левой подвздошной области, болезненность при пальпации по ходу *fl. sigmoidea*, язык обложен, стул жидкий 3—4 раза в сутки. По заключению терапевта—острый колит? Слабительные, дезинфицирующие, *KJ* отменен.

9/II новый узел на левом бедре. 12/II уменьшение воспалительных явлений и инфильтратов во всех узлах. 15/II на местах наиболее старых узлов пигментация кожи коричневого цвета. На правом бедре на месте бывшего узла шелушение. 19/II *узлы* рассосались.

27/II вновь дан *KJ* 4%. 2/III насморк, слезотечение, головная боль. Стул жидкий два раза в день. *KJ* отменен. 3/III сильное недомогание.

3/III сильное недомогание, беспокойство, сердцебиение. 4/III очень плохое самочувствие, сильная головная боль, слабость, раздражительность, бледность лица. 5/III птоз левого верхнего века. 7/III птоз почти исчез.

8/III. По заключению невропатолога—явления пареза п. oculomotorii; назначено *KJ* 4%. 11/III птоз незначительный. 15/III резкая бледность лица, сла-

зистых. Болезненность по ходу толстой кишки и в подложечной области. На внутренней поверхности правой голени плотный, величиной с яйцо узел, воспалительно-красного цвета, безболезненный, при пальпации резкая чувствительность. 16/III *новый узел* над правым коленом. 19/III уменьшение воспалительных явлений и инфильтратов. 21/III *новый узел* на ягодице вдали от мест инъекции сулемы, 23/III увеличение воспалительных явлений. *Новые узлы*: 23/III на внутренней поверхности правого коленного сустава, 29/III на правой ягодице в месте последнего укола (23/III); 30/III на правом предплечье. 30/III КЛ 6%. *Новые узлы*—31/III на наружной поверхности правого бедра, 2/IV на голени с внутренней стороны правой икры. 2/IV КЛ 8%. 5/IV обратное развитие узлов, кроме последнего, в котором воспалительные явления резко увеличились; инфильтрат стал больше. В центральной части узла появились два синюшного цвета пятна, диаметром в 1 см. — кровоподтеки. 6/IV в центре узла на икре две гематомы. *Новый узел* на левой голени. Больная не может ступить на правую ногу. Посев крови — опять стерилен. 8/IV одна из гематом узла на голени размялась. *Новый узел* на задней поверхности бедра. 9/IV гематомы слились вместе и вскрылись, удалена омертвевшая часть ткани. В центре узла глубокое небольшой величины отверстие с остатком некротизированной ткани. Посев гноя абсцесса — стерилен. *Новые узлы* 12/IV на наружной поверхности правого бедра: *после КЛ 10%* 13/IV *новые узлы* на левой голени, 15/IV на левой подъягодичной складке. 19/IV в области правого коленного сустава, 20/IV правой лопатки, 25/IV левой ягодицы, 29/IV задней поверхности бедра, 30/IV левого бедра—3 узла, 3/У внутренней поверхности правой голени, левой голени и обоих локтях. 4/У слабость, бледность, понос—КЛ отменен.

9/У воспалительной реакции нет, 10/У узлы почти рассосались, 16/У *остатки инфильтратов рассосались*, 1/VI 6-ой прописан КЛ 6%. 4/VI насморк, 5/VI недомогание, позабывание, 6/VI на левом бедре 2 *больших узла*. КЛ отменен. 7/VI узлы *увеличились*, 10/VI воспалительные явления исчезли. 11/VI узлы быстро уменьшаются, 14/VI *узлы рассосались*, 5/VI, 17/VI, 22 VI—инъекция Bism. Sal. 10%. Больная выписалась ¹⁾.

Как видно из вышеприведенного описания, впервые интересующее нас высыпание появилось у 6-ной 31/I—11 дней спустя после не совсем удачно сделанного вливания в месте бывшего незначительного инфильтрата, успевшего к этому времени почти совсем рассосаться. Одновременно с этим узлом в локтевом сгибе появлялся ряд других, что, конечно, заставило нас призадуматься, не имеем ли мы здесь дела с особым видом реакции на данный препарат. Поэтому дальнейшее введение новосалварсана, а также и биохинола было прекращено. Несмотря на прекращение введения указанных медикаментов, возможность токсического действия которых мы прежде всего должны были исключить, состояние 6-ной осталось без перемен; *появлялись новые узлы*, что заставило нас наряду с появившимся 8/II желудочно-кишечным расстройством отменить прием КЛ и произвести посев крови. Однако на следующий за отменой КЛ день появился узел; лишь в последующие дни *резко уменьшились* воспалительные явления других узлов. Процесс быстро пошел на улучшение; через 10 дней по рассасывании всех узлов, перенесших характерные для Erythema nodosum изменения в окраске кожи, мы вновь назначили КЛ, от которого в виду наступивших на следующий день признаков подизма пришлось отказаться.

В виду невыясненной этиологии первого высыпания мы не воспроизвелись назначенному невропатологом 8/III вследствие появившегося па-

¹⁾ Считаю своей приятной обязанностью выразить благодарность товарищу по клинике д-ру Д. К. Дмитриеву, любезно согласившемуся вести больную во время моего отпуска (с 14/V), а также, по моей просьбе, назначившему КЛ, вызвавшему новое высыпание, и этим лишний раз подтвердившему этиологию данного процесса.

реза п. oculomotorii К.Л. Одновременно б-ной, общее состояние которой было удовлетворительным, был продолжен курс инъекций *bijochinol'a*. Через 6 дней с начала нового приема К.Л. мы получили совершенно идентичную с первым высыпанием клиническую картину. В виду необходимости лечения основного гуммозного процесса, который, кстати сказать, очень хорошо поддавался терапии, больная была переведена на инъекции сулемы (1%). От растворимых препаратов в виду общего состояния б-ной пришлось отказаться (см. выше 15/III). Процесс высыпания узлов, однако, продолжался: один из узлов размягчился: посев гноя, как и вторичный посев крови, остались стерильными. *Непрекращающееся высыпание узлов при нарастании воспалительных явлений при одном лишь медикаменте К.Л. когда у б-ной уже не было симптомов сифилиса, убедили нас, что именно К.Л. является виновником данного высыпания.* Вслед за отменой К.Л. узлы совершенно исчезли. Через 12-дневный промежуток, для окончательной проверки этиологии данных образований, б-ной вновь назначили К.Л. давший опять через 6 дней высыпание, напоминающее *Erythema nodosum*. Вслед за немедленной отменой К.Л. и при возобновленных инъекциях *bijochinol'a* прежние узлы продолжали рассасываться, но на следующий за отменой К.Л. день появился новый узел.

Троекратно вызванная одна и та же клиническая картина после приема одного и того же медикамента достаточно говорит сама о себе, чтобы отбросить предположения о возможном совпадении с *Erythema nodosum idiopathicum*. *Erythema nodosum syphiliticum* (Mauriac, Hoffmann, Winternitz, A. К. Штейн и др.) вполне излечивается лишь К.Л., что в нашем случае не имело места. Таким образом вопрос об К.Л. как этиологическом факторе является бесспорным.

Позволю себе теперь несколько остановиться вкратце на некоторых деталях клинической картины.

Узлы этого вида токсидермии заложены подкожно, имеют различную величину от лесного ореха до яблока, как это было в нашем случае, величина их может как увеличиваться, так и оставаться без изменения при дальнейшем введении К.Л. При обратном развитии узлы претерпевают характерные для *Erythema nodosum* изменения в цвете, причем в некоторых узлах бывают значительные кровоизлияния. Изменение цвета узлов помимо нас наблюдалось и Schidaschi в противоположность Talamon, отрицающему таковое. Форма узлов чаще круглая или овальная, иногда полоскообразная (Talamon, Schidaschi). Число узлов обыкновенно незначительно. Во время второго особенно ярко выраженного высыпания мы могли отметить одновременное существование незначительного количества таковых, причем прежние всасывались, а новые образовывались. Здесь же следует указать и на нетипичную для *Erythema nodosum* локализацию узлов. В нашем случае первый узел появился в локтевом сгибе; затем узлы появлялись, помимо конечностей, и на других частях тела: ягодицах, спине. На конечностях, помимо типичной для *Erythema nodosum* локализации, узлы наблюдались в подколенных ямках; Vörner описал даже таковые на голове, а Schidaschi в области затылка (II-ой случай). Исход их при подистой токсидермии также может отличаться от исхода узлов при *Erythema nodosum*. При последней они никогда не размягчаются. В нашем случае наб-

людался именно такой исход, что, однако, повидимому, является величайшей редкостью: некоторые (Montgomery и Hyde, Hallopeau, Thibierge, Brocq et Wolf) даже не предполагают такой возможности, Schidaschi ни в одном из своих 5 случаев не наблюдал такого исхода. Из всех описанных случаев почти за целое столетие такое размягчение наблюдалось лишь в одном из случаев Pellizatti; повидимому, наш случай является вторым.

Относительно дозировки медикамента необходимо сказать, что она является весьма различной. В нашем случае первое высыпание появилось после довольно значительного количества принятого КJ, как и в случае Kaempfer после 80,0 гр. КJ. Последующие высыпания как и у Kaempfer появлялись при меньших дозах (в нашем случае 14,0 и 16,0 гр. КJ). В нашем случае при продолжавшемся приеме медикамента привыкания не наблюдалось, как и Schidaschi, Talamon, Kaempfer, а наоборот, высыпание становилось интенсивнее, появлялись новые узлы.

К нашему величайшему сожалению, б-ная категорически отказалась от биопсии. По работам Jadassohn-Schidaschi в этих узлах имеются явления флебита и главным образом перифлебита.

Теперь интересно было бы постараться объяснить действие йода, выяснить, каким образом он может дать такую картину. Тот факт, что под и как таковой может дать отмеченные выше изменения был уже давно доказан экспериментальными исследованиями Freundweiler. Он впрыскивал в вены кроликам, в определенные участки, выключенные из общего круга кровообращения зажимами, 0,05% раствор КJ, какому представлялось воздействовать на данный участок в течение 1 минуты (в других опытах и дольше), после чего зажимы снимались, и данный отрезок вены опять включался в общую кровеносную сеть. Через различные промежутки времени (до нескольких дней) после восстановления кровообращения бывшие под опытом участки вырезались и подвергались исследованию. Оказалось, что столь слабый раствор КJ в такой короткий срок дает первичные поражения эндотелия, выражающиеся увеличением клеток и их числа. Затем наступают изменения в media и adventitia, причем здесь процесс выражен резче всего. Как видно, экспериментальные данные вполне совпадают с явлениями, описанными при узловой токсидермии подистого происхождения (Jadassohn-Schidaschi). Здесь также получается флебит с доминирующим перифлебитом. Указанными явлениями установлен факт возможности локального поражения сосудистой сети подом.

Уже давно исследователи, интересовавшиеся явлениями подизма, старались объяснить таковой недостаточным выделением йода почками (Ehlers и др.). Последующими работами Briquet и в особенности Lipschütz установлено, что явления подизма наступают даже при достаточной функции почек, т. е. без задержки йода. В случаях Schidaschi не наблюдалось задержки выделения йода при узловой токсидермии подистого происхождения.

Введенный в человеческий организм йод поглощается, как известно, в наибольшем количестве щитовидной железой (Baumann, van der Velden, Takemura, Loeb, Lesser, Oswald, Jolin, Marine, H. Müller и др.). Щитовидная железа животных в течение нескольких

дней может во много раз увеличить содержание йода (до 10 раз). Blum, v. Fellenberg, Welauder обнаружил йод в щитовидной железе больного, умершего после подпестых впрыскиваний. Как известно, в зимнее время щитовидная железа животных содержит йода в 3 раза меньше чем летом: и сама железа при этом имеет большие размеры (Seidel u. Fenger, Martin, Herzfeld u. Klinger). На животных Adler доказал изменение щитовидной железы в зависимости от температуры. В теплых помещениях „Hitzekulturen“ животные имеют небольших размеров нормального строения щитовидную железу, наоборот, животные в холодных помещениях „Kältekulturen“ имеют большую щитовидную железу. Под влиянием тепла щитовидная железа уменьшается, при последующем охлаждении (Kälteperioden) растет; гистологически же она дает картины либо эндемического зоба, либо struma Basedowii; у человека деятельность щитовидной железы также изменяется от времени года, функционируя интенсивнее летом и осенью, когда содержит больше йода, чем зимой и весной (Fenger u. Canon, Veil u. Sturm). Интересно отметить, что те случаи узловых токсодермий водистого происхождения, где удается найти даты высыпаний (Kaempfer, Talamon, Pallizari, Arndt и др.) падают на период с пониженой функцией щитовидной железы, также и наш случай, и предоставленный мне ассистентом кафедры д-ром С. А. Крастелевской¹⁾. Лишь случай Lesser'a падает на начало подъема деятельности щитовидной железы. При явлениях подизма, угрожающего жизни, Werter, исследуя кровь по Abderhalden'y, установил гипофункцию щитовидной железы. Следует, далее, подчеркнуть, что все случаи Schidaschi были из местности — эндемического очага поражений щитовидной железы (Бери). Наши случаи наблюдались в Ленинграде, являющиеся по новейшим исследованиям также эндемическим очагом (Eggenberger).

В связи с вышесказанным должен указать на некоторые особенности, наблюдавшиеся в нашем случае при каждом новом назначении йода. За сутки до высыпания — недомогание, усталость, головная боль, резкий скачек температурной кривой вверх. Все последующие назначения йода сопровождалось раздражительностью, слабостью, бледностью, падением веса и один раз дрожанием и сердцебиением. Столь правильное появление и исчезновение указанных симптомов в зависимости от приема и отмены КJ не оставляют сомнения в том, что они вызваны йодом. Ускорение пульса при введении йода наблюдали: Müller, v. Romberg, Fleischmann, Krehl, повышенные температуры: Ward, Schereschewsky, Малаховский. Исследования Kocher Jn., Теод. Kocher, Krehl, показали, что введение йода может дать картину так наз. (Genfer u. Troussseau 1859 г.) конституционального подизма, т. е. тиреотоксические симптомы. Интересно,

¹⁾ Пользуюсь здесь случаем выразить глубокую признательность д-ру С. А. Крастелевской за представленные сведения: 6-ная А. В. 28 лет, Lues III, 20/I поступила в клинику по поводу узла на плече, появившегося в конце курса специфического лечения. 6-ная получала 40% КJ, при дальнейшем приеме КJ воспалительные явления увеличились, 31/I отмена КJ и затем уменьшение воспалительных явлений, 9/II КJ — вновь усиление воспалительных явлений, 15/II новый узел на голени, 18/II КJ отменен, 27/II узлы рассосались.

²⁾ Заимствовано из работ Eggenberger, Handb. d. inn. Sekret. Bd. III; L. 3, S. 718.

что в Берлине, не являющемся эндемическим очагом заболеваний щитовидной железы, Fleischmann наблюдал явления тиреодизма у людей, у которых не могло быть и речи о каких либо поражениях *gl. thyroidea*. Иногда прежде хорошо переносивший под человек страдает впоследствии тиреодизмом—Krehl. Установлено, что явления тиреодизма постепенно падают по прекращении приема иода. Итак, наличие явлений тиреодизма от иода может быть объяснено либо поражением щитовидной железы, либо понижением ее функции. Это подтверждается повышением содержания иода в крови и явлениями тиреодизма у нормальных людей в период пониженной функции (декабрь) после приема под содержащих соединений (Eggenberger, v. Fellenberg). В нашем случае после отмены КJ наблюдалось немедленное падение температуры, но общее состояние б-ной лишь постепенно выравнивалось (7—8 дней), узлы появлялись еще и на следующий день.

Быть может некоторую роль в патогенезе данного заболевания играет и строение стенки подкожных вен, особенно в конечностях, так как, по мнению Philipsson, Hoffmann, Duval и др., особенности стенок их имеют значение в патогенезе *Erythema nodosum idiopathicum*. Замедленность кровообращения в особенности при стоянии на ногах создает условия, способствующие более резкому воздействию содержащей иод крови на стенки вен. Этот же момент мог служить (благодаря сдавлению тканей—лежание, сидение) поводом к возникновению узлов в области лопаток, ягодиц и т. п. в нашем случае.

По исследованиям Loeb, Michaud, Blumenthal, Pincus, Löhe и др. патологические ткани (туберкулез, абсцессы, вызванные скипидаром, саркомы, карциномы и пр.) поглощают введенный в организм иод и стоят на втором месте после *gl. thyroidea*. Отсюда становится понятным образование узлов у нашего больного в участке почти уже рассосавшегося *post*-сальварсанного инфильтрата; на месте инъекции сулемы. Это соображение с большой вероятностью подтверждается понижением температуры накануне наиболее обильных высыпаний, так как иод из крови поглощается в это время патологической тканью и поэтому уменьшается его раздражающее влияние на щитовидную железу.

Введенный в виде неорганической соли иод обнаруживается в сифилитических тканях главным образом в виде органических соединений, тогда как в туберкулезных тканях откладываются неорганические соединения (Loeb). Может быть наличие в крови неиспользованных неорганических соединений иода в несколько иных соотношениях вызывает обострение воспалительных явлений в уже существующих у гумозных сифилитиков поражениях сосудистых стенок (Т. П. Павлов, А. К. Штейн), что также, повидимому, имеет значение при данном страдании, тем более что все описанные случаи, кроме одного артериосклеротика (Galamon), а также и все демонстрированные больных были гумозные сифилитики. Теперь, вопреки работам XIX в. (Ricord и др.), когда предполагали о невосприимчивости к иоду больных сифилисом, установлено, что большое количество иода (при специфическом лечении) вызывает нарушение деятельности *gl. thyroidea*, напр., увеличение Базедовой болезни среди сифилитиков (Engel-Reimers, Leonard)—30%, случаи Базедовой болезни при супружеском сифилисе (J. Koortmann), комби-

нации *Tabes dorsalis* и Базедовой болезни (Aschard, Brissaud, Charcot, Mendel и др.).

В заключение необходимо отметить, что данная форма токсидермии не сопровождается, как это было и в нашем случае и в описанных в литературе, образованием столь частых аспе *jodica*. Повидимому, кровь доходит до фолликулов, являющихся, по исследованиям Giovanini, исходным пунктом образования аспе *jodica*, значительно освобожденной от большей части пода, благодаря поглощению его патологической тканью в узлах подкожной клетчатки.

Употребляемая различными авторами самая разнообразная номенклатура для данной формы, в особенности таковые со включением *Erythema nodosum* кажутся нам мало подходящими, они создают подчас неясное представление о данном страдании, почему нами и принято обозначение: *Toxidermia nodosa ex usu kali jodati*.

Литература: 1) Павлов Т. П. Больничная газета. 1895.—2) Штейн А. К. Дисс. В. М. Ак. 1911.—3) Он же. Врачебная газета. 1922, № 12—14.—4) Adler, Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol. 1916, Bd. 164.—5) Arndt. Ztbl. f. Haut u. Gesch. 1921, Bd. I. 6) Audry. Journ. d. mal. cut. et syph. 1898, H. 1—6.—7) Briquet. La semaine médicale 1896.—8) Casoli. По реф. в Ann. d. Derm. 1895, т. VI.—9) Danglos. Ann. de Derm. 1898, т. IX.—10) Он же. La semaine médicale. 1898.—11) Deutsch. Handb. d. inn. Sekr. Bd. III, L. 1.—12) Ehlers. Ann. de Derm. 1890, т. I.—13) Eggenberger. Handb. d. inn. Sekr. Bd. III, L.—14) Giovanini. Arch. f. Derm. u. Syph. 1898, Bd. 45.—15) Gundelrow. Arch. f. Derm. u. Syph. 1905, Bd. 77.—16) Fleischmann. Münch. med. Wschr. 1911, № 4.—17) Freudweiler. Virch. Arch. 1895, Bd. 141.—18) Hallopeau. Union méd. 1885, № 88.—19) Hallopeau et Tessière. Ann.-d. Derm. 1905, т. VI.—20) Hoffmann. Deutsch. med. Wschr. 1904, № 51.—21) Holler u. Singer. Bioch. Zeitschr. 1923 Bd. 139.—22) Jaquet. Ann. de Derm. 1898, т. IX.—23) Jadassohn. Berl. klin. Wschr. 1904, № 37, 38.—24) Он же. Deutsch. Klin. X, 2.—25) Liebesny. Wien. klin. Wschr. 1904, № 20.—26) Lipschütz. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 75.—27) Lesser. Deut. med. Wschr. 1888, № 14.—28) Loeb. Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1912, Bd. 69.—29) Kaempfer. Ztbl. f. d. ges. Med. 1890.—30) Krehl. Münch. med. Wschr. 1910, № 47. 31) Pellizari. По р. ф. Ann. de Derm. 1885, т. VI; Arch. f. Derm. u. Syph., 1884.—32) Polland. Wien. klin. Wschr. 1905, № 12.—33) Sainz de Aja. По реф. Ztbl. f. Haut u. Gesch. 1925, Bd. 16. 34) Seidell u. Fenger. The Journ. of Biol. chem. 1912—1913, v. 13. 35) Schidaschi. Med. Klin. 1907, № 17.—36) Stein. A. K. Virch. Arch. 1913, Bd. 216.—37—38) Steiner. Wien. med. Wschr. 1899.—39) Szadek. По реф. Ann. d. Derm. 1894, т. V.—40) Tachau. Handb. d. Haut u. Gesch. 1928, Bd. 7.—41) Talamon. France méd. 1884, т. I, № 7; Ann. de Derm. 1885. 42) Taylor. Monatsch. f. prakt. Derm. 1888, Bd. 7.—43) Thibierge. Prakt. Derm. (Brocq, Jasquet etc.) 1900, т. II. 44) Veil u. Sturm. Arch. f. klin. Med. 1925.—45) Vörner. Arch. f. Derm. u. Syph. 1905, Bd. 77.—46) Wechselmann. Monatsch. f. prakt. Derm. 1909, Bd. 49.—47) Walker. Monatsch. f. prakt. Derm. 1892, Bd. 14, № 7, 26.—48) Winternitz. Arch. f. Derm. u. Syph. 1906, Bd. 79.—49) Werter. Ztbl. f. Haut u. Gesch. 1924, Bd. 16.—50) Wolf. Lehrb. f. Haut u. Gesch. 1893.—51) Zondek. Klin. Wschr. 1916, № 17, S. 791.

Из кабинета судебной медицины Казанского государственного медицинского института
(Заведующий проф. А. Д. Гусев).

Реакция Манойлова при венерических болезнях.

Врача А. Медведь,

ординатора Казанского центрального вендиспансера.

Реакция определения пола, предложенная Манойловым в 1923 году, до сих пор привлекает внимание исследователей. Здесь мы не будем касаться техники реакции, так как это подробно разбирается у Соловцевой, и химизма ее, что разработано Перевозской, Гальвяло и Гусевым. Укажем только, что реакция Манойлова, повидимому, зависит от разницы в окислительных процессах у мужчин и женщин, которая в свою очередь связана как с гормонами, так и с различным содержанием в крови белков и железа.

Исследования были перенесены в клинику и было отмечено, что при известных заболеваниях реакция Манойлова (Р. М.) дает извращения. Так, Попов отмечал извращение у лихорадящих, у туберкулезных, при базедовой болезни, при раковых заболеваниях. Тот же автор наблюдал изменение реакции после экспериментальной кастрации (у кроликов) и при пересадке половых желез.

Нами была исследована кровь здоровой женщины, у которой 6 лет тому назад по поводу кисты были удалены оба яичника и матка. Р. М. получилась типично женская. Ясно, что здесь не может быть и речи о половом гормоне.

Лявшиц получала нетипичную мужскую или женскую реакцию у мужчин, страдавших нервными и душевными заболеваниями; мужскую реакцию у женщин, страдавших истерией, ранним слабоумием, при инфантилизме, гипоплазии яичников и пр. Автор больных неврастениями подвергала лечению, освещая половые железы рентгеном. В результате оказалось, что там, где лечение давало благоприятный результат, Р. М. из извращенной становилась нормальной. Поэтому Лявшиц считает, что Р. М. может служить как диагностическим методом, так и контролем результатов терапии.

Имея дело с венериками, нам было интересно выяснить, не отражается ли такое серьезное заболевание, как сифилис, на Р. М. По предложению проф. Гусева нами была проделана эта реакция у 92 сифилитиков: у 60-ти женщин и у 32-х мужчин. Затем исследовалась также у 90 женщин и 46 мужчин больных триппером. Всего обследовано 219 человек, из их числа у 10 человек был триппер и сифилис.

Р. М. из 219 человек у 6-ти получилась извращенная, а у 19-ти нетипичная, т. е. 88,6% правильных ответов, что получил и Манойлов у здоровых людей.

Больные распределялись следующим образом: с первичным сифилисом был один человек, со вторичным — 43, с третичным 25, с нервным сифилисом 9 и с висцеральным сифилисом 4.

Неправильные ответы получились у 3-х сифилитиков: у 2-х с третичным сифилисом с скрытой формой, получающих 3-й и 5-й курс лечения, и у 1-го с вторичным рецидивным, получающего 5-й курс.

Нетипичные реакции получались с lues III latens у получающего 1-й курс у одного человека. У 3-х, получающих IV курс (lues II latens), и у одного, получающего 2-й курс. У 2-х человек (lues III latens), получающих 5-й курс и у одного, получающего 4-й курс и у одного с сифилисом нервной системы, получающего 5-й курс.

У 38-ми сифилитиков кровь не исследовалась, у 54-х сифилитиков была исследована на RW., из их числа у 29-ти была положительная реакция, у 25-ти была отрицательная.

По возрастам больные располагались следующим образом:

до 16 лет	2 чел.
16—20	2 чел.
20—25	27 чел.
25—30	20 чел.
свыше 30	41 чел.

Из 136 ч. трипперитиков мужчин и женщин у 41 человека был только один уретрит без осложнений. У 95-ти были осложнения (prostatitis, epididymitis, endocervicitis). Неправильные ответы получались у 2-х женщин 28 и 36 лет с инфантилизмом матки, перожавших, с уретритом без осложнений и у одного мужчины 32-х лет с уретритом без осложнений.

Нетипичные ответы получались у 11-ти человек.

По возрастам больные трипперитики располагались следующим образом:

до 16-ти лет	1 чел.
от 16—20	16 чел.
» 20—25	70 чел.
» 25—30	26 чел.
свыше 30	23 чел.

Таким образом мы видим, что венерические болезни не отражаются особенно на ходе реакции Манойлова.

Когда наша работа была окончена, в печати появилось сообщение Шапиро. Он ставил реакцию с кровью, дававшей по Вассерману 4—. Из 282 случаев правильных ответов получилось 100, извращенных 138. Он пытается объяснить подобные явления тяжестью процесса. На своем материале мы не видим этого: у нас извращенная реакция из 92-х случаев свдильса получалась у 3-х человек: у 1-го сифилитика 32-х лет (lues III latens), получающего 3-й курс и у 2-х женщин: у одной 27-ми лет (lues II recidiva), получающей 5-й курс, и у другой 33-х лет (с lues III latens), получающей 5-й курс.

Шапиро брал кровь с резкоположительной RW, что как раз не указывает на тяжесть процесса, как мы это знаем из практики, что особенно злокачественные формы сифильса дают отрицательную RW.

Литература: 1) Пр. Гусев А. Д. Архив криминологии и Судебной мед. 1926—1927 г. Том I.—2) Пр. Гусев А. Д. Казанский медицинский журнал 1927 г.—3) Лившиц. Врач. газета 1925 г., № 15—16.—4) Манойлов. Врач. газета 1923 г., № 15—21—22.—5) Macaggi. Deutsche Zeitschrift f. ger. Med. 1925 г. Bd. № 1, H. 4.—6) Попов. Münch. Med. Wochenschr. 1925. № 50.—7) Соловцова. Реакция Манойлова, ее биологическое значение и перспективы. Ленинград 1927 г.

Из клиники кожно-венерических болезней медфака НГУ (зав. проф. И. А. Левин)

Ulcus vulvae acutum Lipschütz-Чапина¹⁾.

Проф. И. А. Левина.

На наружных женских половых органах изредка встречаются язвы, которые без бактериоскопического исследования диагностируют или как мягкий шанкр, или как гангренозную язву. Не находясь в прямой связи с сношением, они чаще поражают девочек старшего возраста, девиц и лишь изредка молодых женщин. Впервые обратил внимание на

¹⁾ Доложено в Ниж. науч. об. пр. при НГУ 11/IV 1930 г.

эти язвы в 1904 г. Lipschutz в клинике Finger'a; при бактериоскопическом исследовании мазков с язв в лейкоцитах и вне их, одиночно или группами, им были найдены Грам-положительные короткие палочки с круго обрубленными концами; позднее их назвали *bac. crassus*; аутоинокуляция была отрицательна. Lipschutz назвал эти язвы ложновенерическими; дальнейшие наблюдения 4-х случаев в 1907—1909 г.г. позволили ему в 1912 г. установить особую нозологическую единицу, которой он дал название—*ulcus vulvae acutum*. Ряд появившихся в печати наблюдений, а главное 20 собственных дали возможность автору резко отграничить это заболевание от других венерических и невенерических язвенных процессов, как например, от описанных в 1895 году Neumann'ом афг женских половых органов, или от описанных Welande'ом поверхностных язв заднепроходного отверстия и половых органов у женщин; язвы эти, несмотря на сходные черты—болезненность, развитие у девиственниц—отличались развитием из пузырьков на соприкасающихся местах и т. п.

Почти одновременно с Lipschutz'ем подобные язвы наблюдал и наш соотечественник Д. С. Чаппин; 25/X 1907 г. в заседании врачей Калининской больницы он сделал сообщение, которое и опубликовал в Рус. жур. кож.-вен. бол., т. 15 за 1908 г. под заглавием „Невенерические язвы на половых частях у женщин“.

Lipschutz, собрав всю литературу до 1923 г., считает, что много случаев, описанных другими авторами, особенно там, где язвы развивались на почве *herpes simplex*, не относятся к разбираемому им процессу, и категорически возражает против взгляда Sachs'a, Oelze Rheinboldt'a, Meta и др., что диагностика *ulcus vulvae acutum* затруднена тем, что *b. crassus* не всегда является возбудителем этой болезни.

Перейдем к описанию нашего случая; 1/VI 1928 г. в заведомую мной клинику поступила кр. Балах. уез. Нижегород. губ. М-а Пр. Тих-а 60 л. девиственница, с жалобой на поражение половых органов и боль при глотании; больна с 22/V—появился зуд наружных половых органов, подмывалась теплой водой, зуд усилился в лишь 30/V только из-за жжения языка и боли при глотании обратилась в уездную больницу, откуда как страдающая «венерическим заболеванием», была направлена к нам.

Больная среднего роста, правильного телосложения; слепа с 3-х лет после натуральной оспы; кожные покровы чисты; по краю больших и малых губ, больше слева, ряд кругловатых язв (6—7) от просыного зерна до бронзовой монеты величиной, с обильным, густым, желтовато-зеленоватым отделяемым своеобразного запаха, с неправильными слегка приподнятыми краями, с небольшим, розовым, воспалительным ободком по периферии, с ровным гладким дном; язвы слегка болезненны при прикосновении, боль резко усиливается при мочеиспускании; кожа у заднего прохода резко гиперемирована, но не эрозирована. На кончике языка, на левой задней дужке, на мягком небе, поверхностные, изолированные, круглой формы язвочки с малую горошину величиной, сероватого цвета, особенно на мягком небе; язвочки полости рта сравнительно мало беспокоят больную, она испытывает боль лишь во время приема пищи. Паховые и подмышечные железы не увеличены; температура нормальна; со стороны внутренних органов отклонений от нормы не наблюдается.

При бактериоскопическом исследовании мазков с язв половых органов ни спирохет Schaudinn'a, ни палочек Петерсен-Discrey-Унна не обнаружено; имеется большое количество прямых, по краям перпендикулярно усеченных, толстых Грам-положительных палочек; расположены они частью свободно—одиночно или группами, частью фагоцитированы многоядерными лейкоцитами—картина типичная для *b. crassus*. В мазке с язв языка—скудная микрофлора, Грам-положительные кокки. Желая проследить естественное течение язв и изучить их

связь с наличием *b. crassus*, мы от биопсии отказались и назначили лишь примочки из физиологического раствора поваренной соли; отделяемое уменьшилось, язвы быстро очистились, воспаление исчезло и к 12/VI наступило полное заживление ровным, гладким, слегка углубленным рубчиком.

При ежедневном бактериоскопическом контроле мы могли констатировать, что уже к 8/VI момент очистки язв, число бактерий, расположенных внутриклеточно, резко пало, 9/VI внутриклеточных совсем уже нет, число внеклеточных значительно уменьшилось, появились редкие кокки; 10/VI исчезли и внеклеточные палочки. Мазки из влагалища давали следующую картину: наряду с типичным *b. crassus* были тонкие типа *b. vaginalis ordinarius*, и немного типа *b. longus*, иногда в виде длинных цепочек разной толщины.

Посевы 7/VI и 9/VI на асцит-агаре, сахарном бульоне и среде Sabouraud не увенчались успехом, возможно, потому, что материал для посева был взят поздно, в периоде начинающегося заживления.

На основании литературных данных и личного наблюдения мы должны согласиться с Lipschütz'ем, что *ulcus vulvae acutum*—отдельная нозологическая единица, резко очерченная клинически, патолого-анатомически и бактериологически; отличают 3 ее формы: 1) *Гангренозная*—более редкая—при злобе, жаре и жгучих болях в 12—24 часа развиваются язвы с резким воспалительным ободком, дно покрыто фибринозным налетом или грязноватосерым, иногда, синева-то-черным струпом; через 48 часов захвачены и более глубокие слои, дело может доходить до перфорации малых губ; под наблюдение обычно попадают уже вполне развитые случаи; заживление происходит в 2 недели. 2) *Венерическая*—более частая, но менее бурная форма; имеется сходство с мягким шанкром—болезненные язвы разной формы, величины и глубины с резко отграниченными, круто подрытыми, часто зубчатыми краями с гладким, но не изрытым дном, покрытым серо-белым густым своеобразного запаха гноем; язвы болезненны при давлении; дополнительные высыпания по периферии затягивают заживление до месяца. 3) *Миллиарная*—разновидность—обычный спутник венерической формы—чаще по краям больших губ развиваются за ночь с булавочную головку язвочки, покрытый гноем центр углублен, воспалительный ободок приподнят; быстро развиваясь, они не имеют периферического роста и имеют тенденцию быстро заживать.

Резко выраженное воспаление наружных половых органов не обязательно: запах отделяемого неприятный, но не гангренозный; боль при прикосновении и усиление ее при мочеиспускании характерны для этих язв; болезненная реакция со стороны паховых желез наблюдается редко; излюбленная локализация—внутренняя поверхность малых губ, затем свободный край больших и малых губ, всего реже промежность и препуций клитора; язвы то строго изолированы вплоть до заживления, то сливаются. Бактериологически эти язвы характеризуются наличием толстых, неподвижных, усеченных под прямым углом палочек 0.5 μ ширины и 1.5–3.0 μ длины; реже они слегка изогнуты; красятся по Граму положительно, располагаются то изолированно, то короткой цепочкой как вне, так и внутри полинуклеаров, в которых они подвергаются изменениям—плохая окрашиваемость, тени, обломки и полный распад палочек; на высоте процесса в мазке точно чистая культура; при нечистоплотности, при сильных влагалищных выделениях присоединяются Грамположительные стафилококки и ложнодифтерийные палочки.

Патологоанатомические изменения локализируются, главным образом, около сосудов, реже около сосудов сосочков, где сильная инфильтрация.

трация легко ведет к некрозу и образованию язв; капилляры и вены, реже артерии, расширены, переполнены лейкоцитами, эндотелий их припух, выступает в просвет; в более резких случаях, стенки сосудов отечны, инфильтрованы лейкоцитами; скопление лимфоцитов и фибробластов вокруг сосудов иногда так сильно, что о сосудах можно догадаться лишь по общей конфигурации—сходство с *periarteritis nodosa*; в наружных частях вокруг сосудистого инфильтрата образуются иногда милиарные ложные абсцессы; при поражении мелких артерий отмечается инфильтрация лейкоцитами лишь их адвентиции; коллагенная и особенно эластическая ткань разрежена, беспорядочно пронизана лейкоцитами, полинуклеарами, эозинофилами, тучными клетками и фибробластами.

В верхних слоях разреза *b. crassus* расположен единично или кучками, чаще вне-клеточно: их нет в инфильтрате—последний, видимо, является реакцией тканей на токсины, диффундирующие сверху вглубь, в толщу тканей.

Данное страдание встречается в возрасте от 3—38 лет; случаи старше 50 л. единичны: Stryker'a и наш; чаще поражаются девственницы, но описаны они и у молодых женщин, даже продолжающих жить половой жизнью, многорожавших, беременных (Dreyer, Carol und Ruys); склонность к рецидивам отметил Grosz—за 4 года 5 раз и Lipschutz за 9 лет 7 раз. Mc. Donay, не решая вопроса о связи этих язв с климактерием, в 3 случаях из 5 отметил прекращение месячных с появлением язв.

Большинство авторов считают это страдание чисто местным заболеванием половых органов—оно обычно встречается у здоровых, но описаны случаи и при брюшном тифе (Lipschutz, Scherber), при туберкулезном апиците, при волчанке лица (Brunhauer), при афтозном поражении полости рта (Lipschutz, Carol und Ruys, Delbano и наш случай). На одновременное развитие острой язвы вульвы и афтозного процесса во рту обращает внимание и Kummer в своем докладе на XVI Съезде нем. дерм. в Кенигсберге в августе 1929 г.

Острая язва вульвы заболевание не контагиозное: в случае Dreyer'a муж, несмотря на сношение, остался здоров.

Постоянное нахождение *b. crassus* в секрете язв позволяет признавать его за возбудителя заболевания; но нужно было еще получить культуру и экспериментально вызвать язву. Первая задача удачно решена в 1918 г. Scherber'ом, а вскоре, после повторных пересевов на аспитическом агаре, и Lipschutz'ем, но штамм последнего оказался непатогенным для человека, Scherber'у же удалось привить их только кролику на нежной коже наружных половых органов.

Остается без объяснения факт, почему содержащий *b. crassus* секрет, не прививается ни самому больному, ни другому здоровому человеку, а также подмеченный рядом исследователей факт, что *b. crassus* может, как сапрофит, жить в кислом секрете влагалища при воспалении наружных половых органов у детей, молодых девушек, при негонорейных уретритах, цервицитах, при язвенных процессах половых органов другой этиологии, напр., при брюшном тифе.

Только Monacelli считает *ulcus vulvae acutum* не местным страданием, но местным проявлением общего заболевания, мысль, высказанная еще в 1908 г. покойным Чапиным, но большинством не разде-

ляемая, так как чаще данное заболевание от начала до конца протекает без каких бы то ни было общих явлений. Большинство авторов, за исключением Scherberg'a, который допускает в экзогенную инфекцию, признает аутоинфекцию, но необходимо, видимо, особое, нам пока неизвестное, состояние тканей наружных половых органов, чтобы невинный сапрофит, став патогенным, вызвал *ulcus vulvae acutum*: за это говорит также, помимо нахождения его у здоровых, длительное иногда существование микроба после заживления язв и способность давать рецидивы.

Дифференциальный диагноз надо проводить с мягким шанкром и, особенно, с гангренозными язвами, за которые их чаще всего и принимали раньше; по их течению более доброкачественно, распад редко идет глубоко, нет гнилостного запаха, а дно по удалении нежного фибринозного налета гладко, розово. Другие эрозии и язвы половых органов — сифилитические, афтозные, герпетические, гонорейные, тифозные, при сахарном мочеизнурении, лейкомии, цинге, пролежнях — не представляют трудностей для диагноза; бактериоскопическое исследование окончательно решает вопрос, что важно для прогноза лечения, а часто и с судебно-медицинской точки зрения: прав, по нашему, Lipschutz, когда он заявляет, что там нет *ulcus vulvae acutum*, как бы клинически язва не походила на таковую, где нет *b. crassus*.

Лечение язв несложно: они обычно легко и быстро заживают при местном индифферентном лечении, и лишь в редких случаях гангренозной формы приходится прижигать карболовой кислотой; при рецидивах — стимулируют организм вакцинацией *b. crasso*, протейнотерапией, *Salvarsan*ом и т. п.

Литература. 1) Werther. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 17.—2) Глайберсон. Derm. Woch. 1928, № 46.—3) Delbanc. Ibid. 1926, № 44.—4) Frommer. Ibid. 1925, № 30.—5) Carol und Ruys. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 27.—6) Gougerot, Burnier и Uhry. Реф. P. B. D. T. VIII, 1930 г., стр. 91.—7) Kummer. Реф. Ibid. т. VII, 1929 г., стр. 893.—8) Lipschutz. Handbuch der Haut-und Geschlechtskr. Berlin. 1927, Bd. 21.—9) Matras. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 28, S. 523.—10) Mc. Donay. Ibid. Bd. 26.—11) Monacelli. Ann. des mal. vénér. 1927.—12) Roederer et Sloimover. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 27.—13) Schugt. Zbl. f. Gyn. 1925, № 39.—14) Strucker. Реф. В. и Д. 1927, S. 291.—15) Уманский. P. B. D. 1927, т. V.—16) Чапин. P. Ж. К. и В. Б. 1908, т. XV.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургического отделения (Завед. Г. М. Герштейн) Московской больницы имени Н. А. Семашко (Главврач Н. Г. Лучевский).

К казуистике доброкачественных опухолей желчного пузыря¹⁾.

Д-ра А. Я. Пытель.

Доброкачественные новообразования желчного пузыря встречаются чрезвычайно редко (по Ф и н к е л ь с т е й н у в $\frac{1}{200}$ всех оперативно леченных случаев) и обнаруживаются, почти как правило, случайно при операциях или аутопсиях. Чаще всего в желчном пузыре наблюдаются папилломы, которые иногда перерождаются в рак (Pels-Leusden, Нгузика и др.); в европейской литературе их

¹⁾ Сообщено с демонстрацией макро-и микроскопических препаратов в 22-й научной хирург. конференции 6-цы им. Семашко.

описано около 15 случаев. Значительно реже встречаются фибромы, фибромиксомы, миомы, (фибромииомы, папиллярные фиброзителломы, подсерозные липомы, аденомы, цистаденомы и аденомиомы. Этиология этих новообразований по своему неизвестна; по мнению ряда авторов (Savv, Mayo, Флянкельштейн и др.) не исключена возможность развития их в результате хронического раздражения стенки пузыря камнями либо инфекцией. Клинически доброкачественные опухоли желчного пузыря довольно часто протекают под видом хронического, рецидивирующего холецистита либо холелитиаза.

Большая редкость доброкачественных опухолей желчных путей и в особенности пузыря побуждает меня вкратце сообщить нижеследующий случай аденомы дна желчного пузыря, имевший место в нашем Хирургическом отделении.

Мария И., 23 лет, дом. хозяйка (ист. бол. № 123), переведена 15/1—1930 г. из рожисто-флегмонозного отделения, где находилась на излечении по поводу рожи лица. Со стороны наследственности ничего особенного отмечено не было. С конца декабря 1929 г. появились тупые боли в животе, понос и тошнота при субфебрильной температуре. Эти явления продолжались до 4-го января, когда было констатировано рожистое воспаление лица. При поступлении в больницу 5/1 помимо симптомов рожи было отмечено вздутие и напряжение живота, особенно справа сверху; область правого подреберья при пальпации резко болезненна; поноса нет. С 13/1 появилась интенсивная желтушная окраска склер и кожных покровов; прежде желтухи никогда не было (год назад находилась на лечении в одной из городских больниц по поводу холецистита). 15/1—сильные схваткообразные боли в правой половине живота. Резкая болезненность и *défense musculaire* в правом подреберье. Желтуха. Стул задержан. Пульс 108 в мин., уд. нап. Озноб; температура 38. 4. Испражнения обесцвечены. Все эти явления продолжались 6 дней, после чего постепенно начали исчезать. С 23/1— вновь сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в область лопатки, со рвотой и высокой температурой. Объективно та же картина, что и 15/1. С 27/1 боли начали утихать, температура падать и постепенно исчезать все острые явления. Желтушная окраска склер и кожи с каждым днем стала быстро уменьшаться и 3/II отмечено полное ее исчезновение. В области желчного пузыря оставалась небольшая резистентность. Со стороны органов грудной полости, кишечника и мочеполовой системы изменений не было найдено. Анализ крови от 30/1: Hb—56%. Эритроцитов—3.630.000. Лейкоцитов 7.840. Index—0.77. Лейкоц. формула: эозинофилов—5%; нейтрофилов—палочк.—5%, сегментир.—62%; лимфоцитов—22%, моноцитов—6%. Реакция Wassermann'a отрицательна. В моче—реакция на желч. пигменты положительная.

12/II под эфирным наркозом косым разрезом вдоль края ребер по Кослсг'у вскрыта брюшная полость (Герштейн). Печень увеличена, выстает из-под реберья на 3—4 см. Желчный пузырь обычной величины и формы, не напряжен, серозная его слегка инъецирована. Сращений нигде нет. Выделение желч. пузыря, начиная от дна: *arteria et duct. cysticus* после перевязки перерезаны, холедукстомия. В желчных протоках камней не обнаружено. Брюшная рана зашита наглухо. В послеоперационном течении—правосторонняя катарральная пневмония. Рана зажила первичным натяжением. Выписалась 5/III в хорошем состоянии.

Препарат. По вскрытии удаленного желчного пузыря обнаружена прозрачная, желтого цвета желчь. Камней в пузыре нет. На слизистой в области дна имеются две опухоли, сидящие рядом друг с другом, каждая на небольшой ножке. Одна опухоль, большая, величиною с горошину ($\frac{3}{4} \times \frac{3}{4}$ см.), другая, меньшая—в чечевицу. Макроскопически они напоминали собой папилломы. В окружности этих образований, на слизистой, мелкие кровоизлияния. Стенка области дна пузыря заметно утолщена.

При микроскопическом исследовании (проф. Могильницкий) этих опухолей обнаружена *аденома*, состоящая из множества пузырьков, выстланных цилиндрическим эпителием; единичные пузырьки, более крупные, выстланы кубическим эпителием и содержат секрет, представляющийся однородным и окрашивающийся в розовый цвет при окраске препарата гематоксилин-эозином. Со стенкой желчного пузыря эти образования связаны соединительнотканной, довольно широкой ножкой. В стенке желчного пузыря мелкоклеточный пролиферат, состоящий из плазматических клеток, гистиоцитов, эозинофилов и лимфоиднообразных элементов. Атипических разрастаний ни в опухолях, ни в стенке пузыря не обнаружено.

Таким образом, в данном случае мы имели типичную картину аденомы желчного пузыря, клинически протекавшей при явлениях острого холецистита.

Аденома желчного пузыря, насколько нам известно, описана следующими авторами: Ribbert'ом (3 сл.), Keir'ом (4 сл. на 2.000 операций), Meta-Fischer'ом (1 сл.), Evans'ом (1 сл.), Risak'ом (1 сл.), Biancalana (1 сл.) и в нашей литературе Романцевым (1 сл.).

Аденомы пузыря, также как и папилломы, по Aschoff'у, Mayo-Mac-Carty и др. авторам, нередко перерождаются в рак; вот почему при нахождении их, равно как и прочих доброкачественных опухолей, показана холецистэктомия.

Еще о „Lumbago“.

(Из амбулаторной практики терапевта).

П. Зубова (Прит).

Не первый уже год Ирбитская центральная амбулатория ведет наблюдения над сборной группой Lumbago. Заметка д-ра Щербачко в отделе „Из практики“ в № 11 Вашего журнала дает повод высказаться.

По материалу амбулатории чаще всего в понятие Lumbago входило изменение фиброзной ткани поясничной области. В случаях рецидива нередко удавалось прощупать различные утолщения, узелки, иногда целые рядки узелков в фиброзной ткани. С этой стороны материал амбулатории совпадает с клиническими данными из книги „Хронич. ревмат. заболевания“ Томсона и Гордона. За последние годы амбулатория нашла даже практически удобным при некоторых поясничных болях ставить диагноз фиброзита.

Точных данных о прямом положении спины в поясничной части при наклоне вперед в материале Ирбита не имеется, но есть некоторые указания на различное положение поясничного сегмента спины при наклоне в зависимости от времени болезни. Между прочим в начале, середине и конце заболевания положение не всегда бывает одинаково. Кроме того вопрос о симптоме доски может находиться в зависимости от целого ряда условий. В дальнейшем желательно, чтобы д-р Щербачко и поделился своими наблюдениями в связи с конституцией больного, с полом, возрастом, профессией а также в связи с локализацией процесса, с его силой и продолжительностью.

В момент наклона вперед приходится обратить внимание на моторное поведение больного—сгибание колен, расстановка ног, искание опоры руками, отведение туловища вправо или влево. При сравнении болезненных участков с нормальными бывает неравномерное распределение периферического кровенаполнения с неодинаковым временем для его восстановления после давления ладонью или средними фалангами согнутых пальцев руки. Конечно, в каждом случае характер будет зависеть от индивидуального тонуса вегетативной нервной системы, но та или иная разница все равно наблюдается почти постоянно. Из более общих воздействий на организм при действительной наличии поясничной боли отмечается неровность пульса и замечаются некоторые изменения в акте дыхания. Довольно часто оценка всех совместных и приходящих данных приближает к установке правильного диагноза.

Из Гинекологического отделения Ярцевской городской больницы.

Hdenocarcinoma uteri у девочки 1 г. 6 мес.¹⁾

Д-ра К. Ф. Морозова.

28-го октября 1925 г. в Гинекологическое отделение поступила 6-ная Кузнецова Надя 1 г. 6 мес. (ист. бол. № 3512/256), дочь железнодорожного служащего, по поводу кровавистых выделений из влагалища. По словам матери, у больной 1½ мес. т. наз. показались сперва грязноватые бели в небольшом количестве.

¹⁾ Сообщено в Научном мед. о-ве Ярцев. уезда 12/XII 27 г.

а спустя 2 недели они приняли характер кровянистых выделений с примесью как бы гноя, что и заставило мать показать мне больную.

У больной пониженное питание, бледность кожи, общая вялость; из влагалища в значительном количестве кровянистые выделения сгустками, разъедающие кожу. При исследовании *per abdomen*—брюшные стенки довольно податливы и легко позволяют проникнуть к малому тазу, где никакой опухоли не обнаружено; легкие в сердце N; стул правильный. Бактериологический анализ влагалищных выделений (№ 8603/3713): гонококки *Neisseria* не обнаружены, среди гнойных клеток и слизи попадаются единичные и группами диплококки Грам-положительные. Анализ мочи (№ 8974/4084): белка нет, реакция кислая, уд. вес 1925.

Больной назначено постельное содержание, *Hydrastis* и спринцевание с *Acet. pyrog.* *crudum*. Временами кровотечение останавливалось, а потом вновь появлялось и 17/XI при исследовании больной *per rectum* при надавливании пальцем на заднюю стенку влагалища из последнего через *hymen* показалось значительное количество (со столовую ложку) тканевого распада, грязноватого цвета, который тотчас же был собран и отослан для микроскопического исследования д-ру Кушнир в гинекол. клин. 1-го Москов. университета. Матка подвижна, несколько увеличена, придатки нормальные. По сообщению д-ра Кушнир от 12/XII 25 г. у больной оказалась *adenosarcoma uteri*.

22/XII 25 г. больная по желанию матери была взята домой, а 9-го января 26 г. вновь поступила в б-цу с № 38, сильными болями при мочеиспускании и кровянистыми выделениями из влагалища, темного цвета с сильным запахом. Больная резко похудела и ослабела. Состояние ее настолько было серьезно, что после письменного консультирования с проф. А. П. Губаревым решено было удалить матку *per laparotomy*. С согласия и даже по настоятельной просьбе матери больной 10-го января 1926 г. была произведена мною *laparotomy*.

Наркоз хлороформ. По вскрытии брюшной полости, несмотря на то, что больная перед операцией самостоятельно мочилась, наталкиваясь на сильно растянутый мочевой пузырь со спайками с передней брюшной стенкой; спайки рыхлые, довольно легко отделяются; моча выпущена катетером (совершенно чистая, прозрачная, шла по каплям); придатки—N, матка несколько увеличена и свободна от сращений. Матка и часть влагалища, пораженные раком, удалены обычным способом; через культю во влагалище выведен марлевый дренаж; в брюшину непрерывный кетгутовый шов, на апоневроз узловатый шелковый, на кожу—скобки. На вторые сутки больная при нарастающем упадке сердечной деятельности умерла.

Матка мною была отослана д-ру Кушнир для микроскопического исследования и 17/V 26 г. мною был получен ответ: «Презал Ваш препарат вдоль и поперек и обнаружилось, что опухоль в виде полипа, повидимому, сидела на ножке в полости матки, откуда и вывалилась. По крайней мере оставшиеся изменения в слизистой говорят за то, что здесь сидела аденома, следы которой имеются в стенке матки». К великому сожалению, микроскопические препараты не получены мною от д-ра Кушнир, т. к. матка и микроскопич. препараты им утеряны (сообщение д-ра Кушнир 27/IV 27 г.).

Оперировать больную в таком возрасте мне пришлось впервые. Должен отметить чрезвычайную нежность тканей и просвечиваемость брюшины. С технической стороны операция представляла некоторые трудности в виду крайне мелкой работы и поразительной нежности тканей. Даже при весьма осторожном наложении швов последние прорезывались. В доступной мне литературе случая поражения матки *adenosarcoma* в таком возрасте нет и, по сообщению д-ра Кушнир от 12/XII 25 г., в гинекологической литературе за последние 10 лет такого случая не было, а потому я и решил, как редкий казуистический случай его описать.

Из больницы Днепрогострой.

Случай беременности при целости девственной плевы.

Г. И. Евтушенко.

4/IX 1929 года ко мне обратилась молодая интеллигентная женщина Н. 18 л. от роду с тем, чтобы я ее осмотрел и сказал, по какой причине у нее отсутствуют менструации в течение 7½ месяцев.

Из опроса выяснилось следующее: первые месячные пришли 15 лет от роду, сразу установились и всегда идут по типу 3/28 безболезненно и обильно. Категорически отрицает coitus. При осмотре ее найдено: женщина среднего роста, умеренной упитанности, органы дыхания и кровообращения и пищеварения уклонений от нормы не представляют; груди развиты хорошо; около-сосковые кружки сильно пигментированы, из груди выдавливается молозиво, белая линия пигментирована. Живот немного выступает и через наружные покровы ясно прощупывается головка и мелкие части плода. Сердцебиение плода отчетливо прослушивается слева на 1 поперечный палец ниже пупка. Дво матки на 3 поперечных пальца выше пупка. Наружные половые органы развиты нормально. Волосистость по женскому типу. Связистая входа во влагалище цианотична. Пупок целиком сохранен. При внутреннем исследовании девственный плева пропускает только кончик пальца и дальнейшее продвижение пальца вызывает резкую болезненность. Все же удается одним пальцем прощупать влагалищную часть матки. Длина влагалища до portio vagin. 6 сантиметров; шейка конической формы, своды свободны, зев закрыт. Рег гестум исследование не производилось. Пациентке после осмотра было сообщено, что у нее имеется семимесячная беременность. Сообщение о беременности произвело на нее удручающее впечатление. Вода с большой втечение получаса разговор, я все же никак не мог выяснить, каким образом она могла забеременеть. Посоветовавшись с своей родственницей, пациентка решила доносить беременность.

Спустя месяц она снова явилась в консультацию для осмотра, и на этот раз в разговоре с беременной удалось выяснить следующее: Около 7½ месяцев тому назад она была в Ленинграде, где участвовала в физкультурных занятиях. Во время занятий ей стало дурно и наступило обморочное состояние. Ее перенесли в отдельное помещение, и через сколько времени она пришла в себя — не помнит. Придя в себя, она обратила внимание на то, что рейтузы были приспущены до колен и кроме того один из молодых людей, участвовавших в занятиях вместе с ней, смущенно отскочил от нее. Вскоре молодой человек оправился от смущения и стал рассказывать ей о том, что она была в бессознательном состоянии втечение получаса и что он с товарищем перенес ее в это помещение. После этого продолжать занятия она не могла в виду общей слабости и ушла домой. Никакой болезненности в области наружных половых органов ни в тот день, ни после она не ощущала; кровянистых выделений не было.

5/XI 1929 года гр. П. разрешилась в нашей же больнице живым ребенком женского пола, весом 3600 грамм. Во время родов произведено два надреза hymen'a. Разрыва влагалища и промежности не было. Последовый и послеродовой периоды прошли гладко.

Из всего сказанного видно, что coitus в данном случае не имел места, а что была только попытка к этому со стороны молодого человека и, вероятно, эякулят попал между ног вблизи половой щели, а оттуда уже сперматозоиды попали во влагалище и дальше. Случай этот представляет тот интерес, что он еще раз подтверждает возможность зачатия при подобных обстоятельствах без наличия coitus'a.

К фармакологии и физиологии вен¹⁾.

Проф. Г. А. Малова (Астрахань).

В передвижении крови по венам играют роль многочисленные факторы. Остаточная сила сердца, отрицательное давление в грудной полости и правом сердце вот те моменты, которые создают разницу в начальном и конечном давлении в венах и которые обеспечивают в них явления сифона. Не надо забывать при этом также о той роли, которую играет атмосферное давление и благодаря которому возможны явления сифона (Вогомолец). Из числа других факторов, способствующих передвижению крови по венам, следует указать на венозные клапаны и сокращения скелетной мускулатуры (Tigerstedt, Burton-Oritz). Значение последних можно видеть хотя бы из того, что при введении лекарств в вены нередко заставляют больного попеременно сжимать пальцы в кулак и разжимать их. Однако значение мускульных сокращений в последнее время подвергается некоторыми авторами известному сомнению. Так, по Jones Wood'у, мускульные сокращения могут способствовать току крови только в том случае, если они идут равномерно от сегмента к сегменту; но если бы даже это и имело место в идеальном случае, то и тогда мог бы наступить застой и переполнение кровью поверхностных вен, не подвергающихся, по мнению автора, действию мускульного пресса.

Lindhard показал, что при статической работе наступает увеличение минутного объема сердца, несмотря на то, что статически сокращенные мышцы представляют механическое препятствие для прохождения кровяного тока. Вериге в своих «Основах физиологии человека и животных» писал: «Несмотря на всю важность мускульных сокращений в смысле устранения вредных последствий вертикального положения тела²⁾, очевидно их одних еще далеко недостаточно для полного объяснения того приспособления к стоячему положению, какое мы находим у человека... Чрезмерное растяжение сосудистой системы тяжести крови должно быть устранено каким-либо иным способом. Тут, повидимому, возможно только одно допущение, что действие тяжести крови на сосудистую систему уничтожается активным сокращением мышечных стенок этой последней», т. е. надо думать, тонусом вен. Об этом последнем, т. е. тонусе вен и будет у нас идти речь.

Что вены действительно обладают известным тонусом, способным к активным сокращениям — можно видеть из появившихся за последнее время довольно многочисленных работ, посвященных физиологии и фармакологии вен (Besckmann, Franklin, Gollwitzer-Meier, Snyder and Martin, Ebbecke, Mautner, Horiguchi, Аничков, Donegan, Hochrein, Roncato и др.) Из этих работ можно видеть, что разнообразнейшие химические и нервные воздействия, — будь то яды, раздражения нервов, изменения температуры, — все они так или иначе влияют на вены. Насколько вены могут быть чувствительными к химическим раздражениям, показывают опыты с Н-ионами и адреналином: незначительные изменения в концентрации водородных ионов в 0,1—0,8 вызывают изменения в просвете вен, адреналин в концентрации 1:100,000,000 вызывает сокращения у. sarpheae (Besckmann). Микхалевская недавно показала, что вены изолированной печени лягушки способны при известных условиях опыта реагировать даже на триллионные концентрации адреналина. Besckmann полагает, что in vivo вены вообще обладают не меньшей чувствительностью, чем артерии.

Целый ряд ядов — циокарпин, адреналин, хлористый барий, питуитрин, питуитгандоль, гликоколь, хлористый калий, кальций, холевая кислота, дигиталин, кофеин, эрготоксин, никотин, строфантин, пептон, нитриты, углекислота, свиные жирного ряда, сыворотка крови, экстракты тканей, скополамин, ацетил-холин, физостигмин, антипирин, хлороформ, алкоголь, эфир, кокаин, хинин, резорцин.

¹⁾ Из доклада на 3-м Поволжском съезде врачей.

²⁾ Т. е. застоя крови в венах.

морфин, хлористый натр, арселин—оказывают на вены то или иное действие (Березин, Бриккер, Connel, Seto, Sachs, Brouha, Busquet et Wischniac, Franklin, Ischigami, Малов, Сиверцев, Sandor, Harada, Михеев, Махалевская, Вайнштейн, Eyster и Henderson, Disselhorst, Poulsen, Gunn и Chavasse, Snyder and Martin, Luisada, Ryb, Meyer, Snyder, Wells and Culley и др.). Если некоторые яды действуют на артерии сильнее, чем на вены, то другие, наоборот, сильнее влияют на вены. Адреналин, напр., никотин и хлористый барий, по данным Ochiai и Сидоровой-Колосовой, сильнее действуют на артерии; физостигмин же, пилокарпин, стрихнин, *natrium nitrosum*, гистамин в опытах Ochiai, Hochreith'a и Meyer'a интенсивнее влияли на вены (см. также Natus, Ebbecke).

Но и чувствительность различных вен на одни и те же агенты неодинакова: так, наименьшая концентрация адреналина, которая по Beckmann'у вызывает сокращения, для *v. saphena* равна 1:100.000.000, для *v. iliac* 1:30.000.000, для *v. cephalica* 1:80.000.000, а для *v. jugularis* 1:10.000.000. Beckmann полагает, что здесь играет роль разница в автоматическом строении и разница в физиологических отношениях.

Неодинаковую чувствительность сосудов мы встречаем и у артерий: гистамин, напр., сильно суживающий сосуды изолированного кроличьего уха, слабее действует на кишечные сосуды (Петровский); сосуды 12-перстной кишки по сравнению с прочими отвечают слабее на пропускания адреналина (Михеев).

Весьма большое значение придается венам, в особенности венам печени, при изучении т. н. Schockgife: гистамин и пентон вызывают резкое сужение вен, в частности печеночных и легочных, и тем самым вызывают резкие изменения в кровообращении (Mautner, Mautner и Pick, Simonds and Brandes и др.). Что вены способны к длительным и резким изменениям своего тонуса видно также из опытов Михеева: длительные пропускания адреналина, пилокарпина, холлина, физостигмина и др. ядов через вены печени вызвали в его опытах достаточно сильно выраженные изменения в количестве протекавшей через органы Ringel'овской жидкости.

О способности вен отвечать на местные раздражения говорят и опыты Аничкова, показавшего, что наложение на кожу изолированного кроличьего уха одной капли водной настойки вызывает расширение вен. Но еще большее расширение, как показал тот же автор, наступает при пропускании подогретой до 40° Lock'овской жидкости. В связи с этим небезынтересно указать, что, по Уппа и Mautner'у, разницу в наполнении кровью холодной и теплой руки следует объяснять не только различным наполнением вен со стороны артерий, но и непосредственным изменением тонуса вен: это видно из того, что в то время, как большие кожные вены невидимы, мельчайшие вены *cutis* сильно расширены.

Что вены способны к самостоятельным сокращениям, видно из давних наблюдений Jones, Schiff, Luchsinger'a, а в более позднее время Kunkell и Hess (последний кинематографировал), изучавших венные пульсации на крыльях летучих мышей. Kopsato наблюдал тонические и ритмические с частотой 15—20 в минуту стигмания переживающей *v. porta*; нам иногда приходилось видеть самостоятельные сокращения вен легочечей печени. Если сокращения, наблюдаемые у летучих мышей, могут способствовать передвижению крови, то в отношении вторых трудно думать, чтобы сокращения *v. portae* могли бы активно способствовать кровяному току (Fleisch). Все же самостоятельным сокращениям мезентеральных вен, наблюдавшимся в опытах с полосками из этих вен, Franklin склонен придавать известное значение в деле передвижения крови. Здесь же можно указать, что Weil считает характерным для центральной надпочечниковой вены присутствие в ней продольного мышечного слоя, сокращение которого способствует быстрому оттоку крови.

Хотя по Henderson, Barringer, Harvey центральная нервная система и периферические нервы не оказывают влияния на давление в венах, все же ряд авторов удалось с несомненностью показать, что вены подвержены нервным влияниям. Так, раздражение н. splanchnicus вызывало сокращение ветвей воротной вены и уменьшение объема печени у теплокровных (Mall, Pall, Schmidt, Bayliss и Starling, а также Francois-Franck, Savazani и Manca, Jahrsch и Ludwig, Удинцев, Цейтлин). Тоже недавно было показано и в отношении печени лягушки (Малов и Бурди). Раздражение седалищного нерва у собаки и кошки вызывало сокращение поверх-

ностных вен конечностей (Thompson, Barckroff, Diceseschi). Hooker и Donegan показали, что раздражение правого симпатикуса вызывает сокращение *v. mesenterica superior et inferior*. Присутствие веноконстрикторов доказано ими также и в венах передней конечности и *v. jugularis externa*.

С другой стороны, после перерезки нервов наблюдается расширение вен (Donegan). После перерезки *n. p. splanchnicorum* падение тонуса вен, по Богомольцу, бывает столь значительным, что работа сердца становится невозможной. По Ebbeske, в падении кровяного давления после перерезки спинного мозга играет роль не только расширение артерий, но и потеря тонуса венами.

Расширение вен (*v. saphena magna et mesenterica inferior* у собак, вен печени у лягушек) наблюдалось также при раздражении слабыми токами соответствующих нервов (Horiguchi, Малов и Бурдя).

В связи со сказанным о влиянии нервов на тонус вен уместно указать и на опыты Михеева, в которых целый ряд ядов, оказывающих характерное влияние на концы нервов вегетативной нервной системы, оказывал действие и на вены. Эти опыты позволяют думать, что в иннервации вен принимают участие не только симпатические волокна, но и парасимпатические. Такое предположение находит себе подтверждение в опытах Байнштейн, показавшей что ареолин—яд, показывающий элективное действие на парасимпатические нервы—суживает (при известных условиях) вены изолированной лягушечей печени; это суживание легко устраняется меньшими дозами атропина—яда, который, как известно, парализует концы парасимпатических нервов.

Из числа других данных, указывающих на влияние нервов и нервной системы, можно привести следующее. При раздражении центрального конца *n. ischiadicus* наблюдается при повышении кровяного давления сокращение мелких вен, при падении кровяного давления расслабление (Ebbeske). Раздражение задних корешков от *Lvi* до *S₁*, *S₂* ясно расширяет вены конечностей (Donegan, Horiguchi). Вдыхания углекислоты вызывают через веномоторы сокращения *v. femoralis*, причем параллелизм между состоянием кровяного давления и интенсивностью венозной реакции отсутствует (Fleisch). Адреналин, вырванный в вену *jugularis* кошки, вызывает рефлекторно сокращение *v. femoralis* на 2—20 процентов (Fleisch).

Весьма интересен опыт Goltz'a. Если после перевязки мезентериальной вены у лягушки производить опыт поколачивания, то вена расширяется—старинный опыт, показывающий, что при известных условиях вены могут терять свой тонус. При нетронутой центральной нервной системе тонус вены по истечении некоторого времени восстанавливается вновь, при нарушенной—расширение остается.

Гипотеза о влиянии вазомоторного центра (а может быть, в особого веномоторного), помимо только что приведенных данных перерезки нервов, раздражения *ischiadicus'a*, опыта Goltz'a и др., находит себе подтверждение в недавно опубликованных исследованиях Gollwitzer-Meier, показавших, что у кураризированных собак при известных условиях опыта можно наблюдать ритмические колебания венозного давления несомненно центрального происхождения. Эти колебания венозного давления не зависят от дыхания, периодических изменений сердечной деятельности и колебаний в артериальной системе.

Клиницисты также перестают смотреть на вены, как на пассивную часть системы кровообращения, в которой обязательно должны отражаться колебания в другом отделе этой системы—сердце и артериях.

По Romberg'y, напр., цианоз может отсутствовать даже при крайне выраженной картине удущия при некоторых декомпенсированных пороках сердца: с другой стороны, раннее появление синюхи при этих заболеваниях некоторыми авторами объясняется отчасти и падением венозного тонуса (Вальдман).

Хотя Вилларэ утверждал, что всякий застой в малом кругу кровообращения ведет к быстрому повышению давления в периферических венах, все же, по Вальдману, венозное давление при недостаточности правого сердца может оставаться низким, если ослаблен венозный тонус (напр., при алкогольном отравлении). Что венозное давление не есть мерило недостаточности сердца, можно видеть из работ Kroetz'a. По этому автору, среди прочих факторов тонус венозной системы отражается до известной степени на высоте венозного давления.

Redisch заметил, что у вазоневротиков, у которых малейшее воздействие холода вызвало цианоз рук, артериальные колена капилляров при сильной ок-

раске кожи были сужены, а венозные расширены. Обращает на себя внимание и тот факт, что в клинической литературе последнего времени стали употребляться выражения: первичная венозная гипотония и венозная гипертония (Вальдман). Возможно, что в происхождении варикозных расширений вен венозная гипотония играет известную роль (см. Magnus, Вальдман).

В заключение нашей статьи мы бы хотели остановиться еще на одном почти совершенно не изученном факторе, отражающемся, как нам кажется, на способности вен реагировать на те или иные воздействия; мы имеем в виду внутрисосудистое давление.

Что изменение внутрисосудистого давления не остается без влияния на стенки сосудов, известно из опытов Bayliss'a: при раздражении чревного нерва плетизмограмма лишенной первов конечности не идет вполне параллельно кривой кровяного давления и при возвращении после раздражения нерва кровяного давления к прежнему уровню можно наблюдать сужение сосудов конечности. Высота давления отражается и на действии многих лекарственных веществ. Так, Кузнецов и Правдин, а также и Михалева-ка могла констатировать разницу в действии физостигмина, адреналина и хлористого бария в своих опытах на изолированных легких и почках при разных давлениях. Fritz нашел, что при высоком давлении понижение кровяного давления от малых доз адреналина проявляется резче, чем при низком. Если же кровяное давление падает ниже известного уровня, те же малые дозы адреналина действуют сосудосуживающе (Ebbecke, см. также Cannon и Lushan, Hartmann). Vogt наблюдал, что при более высоком кровяном давлении дериваты барбитуровой кислоты вызывают более сильное понижение кровяного давления. (См. также Kauffmann — о влиянии кров. давления на действие мидов и др. факторов у человека).

Специально в отношении вен данные скудны, но имеющиеся указания позволяют говорить о том, что и в венах внутрисосудистое давление не является безразличным агентом. Так, Михалева-ка могла констатировать, что при высоком давлении адреналин и хлористый натр слабее действовали на вены изолированной лягушечей печени, при низком же — наоборот сильнее. То же наблюдается и при раздражении чревного нерва: сужение вен печени при низком давлении в этих случаях выражено резче, при высоком же — слабее (Малов и Бурдв). Эти данные, а также ведущиеся в нашей лаборатории дальнейшие наблюдения над другими ядами (физостигмином, кальцием и др.) заставляют думать, что высота внутрисосудистого давления отражается так или иначе на способности вен реагировать на нервные и химические воздействия.

Нам думается, что изложенное позволяет сказать, что «вены из трубок только распределяющих» должны быть «признаны трубками и двигающими, хоть и несовершенно, кровь» (Шор). Больше того, но Богомольцу, венозный тонус имеет едва ли меньшее значение, чем тонус артерий.

В чем же следует искать значение венозного тонуса? Ответ на этот вопрос, нам думается, вытекает из всего сказанного: тонус вен, наряду с прочими факторами, играет известную роль в деле обеспечения сердца кровью и поддержании правильного кровообращения. Пусть вены не обладают столь сильной сократительной способностью, как артерии, все же даже небольшие изменения их просвета, при большой емкости вен, не могут не отразиться на изменении распределения крови.

Литература: 1) А. А. Богомольц. Медико-биологический журнал, 1929, вып. 1.—2) Tigerstedt. Scand. Arch. Physiol., 22, 141 (1909).—3) Burton-Opitz. Amer. J. Physiol., 9, 175 (1909).—4) Jones Wood. Прив. по R. Beckmann, Pflügers. Arch., 1929, B. 223, H. 4/5.—5) Lindhard. Scand. Arch. Physiol., 40, 145 (1920).—6) Б. Вериго. Основы физиологии человека и животных, 1905, т. I, стр. 762.—7) R. Beckmann, Pflügers. Arch. f. d. ges. Physiolog., B. 223, H. 4/5.—8) K. J. Franklin. Physiological Reviews, Vol. VII, № 3, 1928, p. 346.—9) K. Golwitzer-Meier, Pflügers. Arch. f. d. ges. Physiolog., B. 222, H. 1/2, S. 104; S. 124 (1929).—10) Snyder C. D. and L. E. Martin. Amer. Journ. of physiolog., 62, № 2, p. 185 (1922).—11) U. Ebbecke. Erg. d. Physiologie, B. 22, S. 401, 1923.—12) H. Mautner und E. P. Pick. Biochem. Zeitschr., B. 127, S. 72 (1922) и др.—13) K. Horiuchi. Zeitschr. f. d. ges. exp. Medizin, Bd. 206, S. 473 (1924).—14) С. В. Аничков, Pflügers. Archiv f. d. ges. Phys., B. 202, H. 1/2, S. 139 (1924).—15) Donegan J. F. Journ. of physiol., 55 (1921).—16) M. Hochrein. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmacolog.,

- B. 146, S. 265 (1929).—18) A. Roncato. Ber. über d. ges. Physiol. u. Pharmakolog., B. 17, S. 370.—19) Михалева П. В. Неопубликованные данные.—20) В. И. Березин. Русский врач, 1914, № 23.—21) Бриккер Ф. М. Zeitschr. f. d. ges. exp. Medizin, B. 42, H. 46, S. 434 (1924).—22) Снелл. Прив. по Tigerstedt's. Physiologie des Kreislaufes, 1923, т. IV, стр. 74.—23) Seto. Japanese Journal of medical sciences, IV. Pharmakologie, Vol. II, № 2, стр. 24; 1928.—24) Seto. Там же, Vol. III, № 2, стр. 137; 1929.—25) B. Sachs. Ber. über d. ges. Physiolog. u. Pharm., B. 31, S. 640.—26) L. Brouha. Cpt. rend. des séances de la soc. de biol., 1925, 92, № 3, стр. 204.—27) Busquet H. et Ch. Wischniac. Ber. über d. ges. Physiol. u. Pharmakol., B. 35, S. 557.—28) Franklin, K. J. Journ. of pharmacol. u. exp. therapeut., 26, № 3, p. 215; 1925.—29) J. Ischigami. Ber. über d. ges. Physiol. u. Pharmakol., B. 43, S. 624; 1928.—30) Малов Г. А. Астраханский мед. вестник, 1922, № 1—2. 31) Малов Г. А., Pflügers. Arch., B. 205, S. 205.—32) Малов Г. А., Pflügers. Arch., B. 208, S. 341.—33) Малов Г. А. Мед. обзор. Н. Поволжья, 1927, № 1—2.—34) Сиверцев И. И. Журн. Эксперим. биол. и мед., 1927, № 19, стр. 142.—35) Sandar G., Pflügers. Arch., B. 213, S. 429; 1926.—36) Y. Harada. Japanese J. of med. sciences: IV. Pharmacology, Vol. I, № 3, стр. 22 1927.—37) Н. А. Михеев. К фармакологии диоксibenзолов. (Рукопись).—38) П. В. Михалева. Zeitschr. f. d. ges. exp. Medizin, 1930, B. 71, S. 489.—39) Ц. И. Вайштейн. Русский физиолог. журнал (наход. в печати).—40) Eyster. Physiolog. Rev. 6, 281 (1926).—41) Henderson. Amer. J. Physiol. 21, 143 (1908).—42) Disselharst. Прив. по Heffters Handbuch. d. exp. Pharmakologie; глава о кокаине, стр. 120.—43) Gunn и Chavasse. Прив. по № 12, стр. 439.—44) A. Luisada. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol., B. 132, H. 5/6, S. 313 (1928).—45) Ryd, Kanscho. Ber. über d. g. Physiol. u. Pharm., B. 46, S. 278, 1928.—46) Прив. по № 15.—47) Snyder C. D., Wells H. S. and P. G. Culley. Americ. Journ. of physiol., 66, № 3, p. 484 (1923).—48) A. Ochiai. Japanese J., IV. Pharmakologie, Vol. II, № 3, 5 (1928); Ber. ü. d. g. Physiol., B. 49, S. 548—549.—49) С. Г. Сидорова. Колосова. Ученые записки Казанск. гос. ун-та, 1926, кн. 2, стр. 214.—50) Hochrein u. Meier. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol., B. 153, H. 5/6, S. 309 (1930).—51) M. Natus, Virchows. Archiv, B. 199, S. 1; 1910.—52) См. № 12, стр. 440.—53) Петровский В. В. Мед. обзор. Н. Поволжья, 1924, № 3.—54) Михеев Н. А. Ibid., 1926, № 9—10. 55) Н. Мautner. Wiener Arch. f. innere Medizin, B. VII, S. 251; 1924.—56) Simon and Brandes. Amer. J. Physiol., 72, p. 320; J. of Immun., 13, p. 11 (1926).—57) Н. А. Михеев. Опыты с желчеотделением. Доклад на 3-м Поволжском съезде.—58) Прив. по № 12, стр. 440.—59) Прив. по № 67, стр. 1075. 60) Г. А. Малов и И. С. Бурди. Русский физиолог. журнал (в печати).—61) A. Fleisch. Handbuch d. normal. u. patholog. Physiolog., von A. Bethe, Bergmann u. a. 1927, B. 7, H. 2, S. 1075.—62) Franklin K. J. Journ. of physiol., 59, № 6, p. LXXIV, 1925.—63) A. Weil. Внутренняя секреция. Берлин, 1922, стр. 19.—64) Прив. по № 22, стр. 188.—65) Mall. Arch. Anat. u. Physiol., 4, 57 (1890).—66) J. Schmidt, Pflügers Archiv, 126, 189 (1909).—67) Pall. Med. lb., 67, 1888.—68) Прив. по Burton-Opitz, Pflügers Arch., B. 124, S. 470 и Ebbecke (№ 12), стр. 477.—69) Tigerstedt. Physiologie des Kreislaufes, 1923, B. IV, S. 188.—70) A. Jahrsch u. W. Ludwig. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol., 1927, B. 124, S. 102.—71) А. И. Удинцев. О сосудодвигателях печени. Экспериментальное исследование. Казань, 1912.—72) Д. Цейтлин. Колебания объема печени в связи с изменениями кровообращения. Дисс. Москва, 1911.—73) Thompson Arch. f. Anat. u. Physiol., Physiol. Abt., 1893, S. 102.—74) Прив. по № 6, стр. 1034, том I.—75) Hooker. Americ. Journ. of physiol., 46, p. 591 (1918).—76) См. № 12, стр. 477.—77) A. Fleisch, Pflügers Archiv f. d. ges. Physiolog., B. 225, H. 1, S. 26.—78) Goltz, Fr. Virchows Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Bd. 29, S. 394; 1864.—79) Kl. Gollwitzer-Meier, Pflügers. Arch., B. 222, H. 3, S. 245; 1929.—80) Romberg. Lehrb. d. Krankh. d. Herzens u. d. Blutgef., 1925, S. 161.—81) В. А. Вальдман. Тонус сосудов и периферическое кровообращение. 1928.—82) Прив. по Пинкус, Ган и Смыслову. Медико-биолог. журнал, 1929, № 2.—83) Kroetz. Dtsch. Arch. klin. Med., 1922, B. 139, S. 325.—84) Redisch. Kl. Woch., 1924, № 24.—85) Magnus, Прив. по № 12, стр. 440.—86) В. Вериге. Основы физиологии, 1905, т. I, стр. 1029.—87) Кузнецов и Правдин. Русский физиолог. журнал, 11,

вып. 3.—96) П. В. Михалевская. Мед. обзор. Н. Поволжья, 1930, № 1.—97) Fritz. Verhandlungen der deutsch. Pharmakolog. Gesellsch., Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmacolog., B. 147, H. 1/3, S 75.—98) См. № 12, стр. 431.—99, 100) Прив. по P. Trendelenburg, Heffters Handbuch d. experim. Pharmacolog., B. 2, H. 2, S. 1199; 1924.—101) M. Vogt. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm., 1930, B. 152, H. 5/6, S. 343.—102) Fr. Kauffmann, Bethes Handbuch d. normal. u. patholog. Physiol., B. 7, H. 2, S. 1395 и сл.—103) Г. В. Шор. О смерти человека. Введение в танатологию. Ленинград, 1925, стр. 99.—104) А. А. Богомолец. Патологическая физиология, 1929, т. 2, стр. 151—152.

Библиография и рецензии.

Проф. Г. Г. Гентер. *Акушерский семинарий*. Том II, с 144 рис. в тексте. Издательство «Практическая медицина», Ленинград. Стр. VI—310—616. Цена 5 руб.

2-ой том «Акушерского семинария» проф. Г. Г. Гентера содержит разбор 43 случаев из разных отделов патологического акушерства. Разбираются следующие вопросы: многоплодные роды, неправильности родовых болей, неправильности со стороны пуповины, неправильности со стороны околоплодных вод, неправильности мягких частей матери, разрывы матки, неправильности со стороны плода, неправильности выстуления, предлежания тазовым концом и неправильное положение. Во всех этих отделах, после краткого описания случая, ставится предположительный диагноз, разбирается, насколько он соответствует действительности, выводится окончательный диагноз, устанавливается способ лечения, например, способ ведения родов, отмечаются затруднения, возникающие при этом, описываются происходящие в подобных случаях ошибки. Способ изложения такой, при котором слушатель должен принимать активное участие в обсуждении случая! Наиболее важные положения выражены в виде кратких выводов. Этот 2-ой том является не менее ценным, чем 1-й. Для предположенного тома остается эклампсия и узкий таз.

М. Яковлев.

P.-A. Carrié. *Les syndromes icériques*. Стр. 448. Paris. G. Doin & C^{ie}. Цена 85 фр.

Вопрос о желтухе всегда интересовал французских ученых, и автор книги справедливо указывает, что многие современные взгляды имеются, правда еще в зачаточном виде, в трудах Trousseau, Jaccoud, Napot, Hayem'a, Gilbert'a, Chaulfard'a, Widal'a, которые предвидели заразное происхождение многих желтух. План работы нельзя не признать очень удачным. Сначала рассматривается билигenez (возникновение желчи) и в частности пигментогenez, холалигenez и холестериногenez; затем небольшой отдел посвящен уробилиногenezу. Желтуха рассматривается с точки зрения задержки пигментов, солей и холестерина. Ее физиопатология делится на следующие формы: механическую, а именно внепеченочную и внутрипеченочную (ангиохолит, изменения состава желчи, нарушения в области междольковых канальцев), печеночную (от недостаточности печени и от гипергепатии), гемолитическую и смешанную. Затем в клинической части подробно рассматриваются следующие формы: механическая желтуха вследствие закупорки больших выделительных путей, заразные и токсические желтухи, желтуха в течение некоторых болезней печени и желчных путей, гемолитические желтухи, семейная холемия и желтуха новорожденных. Во всех этих отделах большое внимание уделено и лечению. В изучении желтухи французская школа занимала одно из первых мест, и такое тщательное объективное изложение этого вопроса, какое мы имеем в книге Carrié, надо приветствовать.

Проф. М. И. Брейтман.

Pathologie und Therapie der Zirkulationsstörungen. VI. Fortbildungs-Lehr-gang in Bad Nauheim 18.-20 September 1929. Стр. 215 с 86 рисунками. Georg Thieme, Leipzig.

Уже в шестой раз в Науегейме были проведены курсы по усовершенствованию врачей. В этот раз в сборнике, который является отчетом об этих курсах, мы находим 17 сообщений на следующие темы: о функциональном строении со-

судистой стенки (Petersen), высокое кровяное давление и патологическая анатомия (Perxheimer), успехи физиологии и патологии сердца (Weizsäcker), новые исследования о наперстянке (Straus), миокард (Strickland-Goodall), функциональное исследование органов кровообращения (Einthoven), о лечении применением постели (Graenkel), лекарственное лечение хронической недостаточности сердца (Brugsch), расстройство кровообращения и циркулирующее количество крови (Erpinger), сифилис аорты и сердца (Leschke), терапия эндокардита (Freu), гипертония у юношей (Schellong), диагностическое значение графического изображения сердечных тонов (Groedel), клиническая и электрокардиографическая картина тромбоза венечных артерий (Frank), оперативная гинекология и сердечно-сосудистый аппарат (Jaschke), действие спортивной мышечной работы на органы кровообращения (Rautmann), и наконец физико-химические факторы, обуславливающие величину пузырьков углекислоты в ваннах (Dede). Большинство этих статей излагает новейшие достижения в области изучения кровообращения. Внешность издания не оставляет желать ничего лучшего. Следует лишь отметить, что в статье Leschke все внимание уделено сифилису аорты, а о сифилитическом миокардите не сказано почти ничего. Наиболее центральной и богато иллюстрированной работой является статья Groedel'я.

Проф. М. Я. Брейтман.

R. Leriche, A. Policard, *Physiologie pathologique chirurgicale*. Inflammations, effet des traumatismes, reparation des plaies, greffes, maladie des os, des articulations, des vaisseaux et des nerfs. Стр. 212. Masson et C^{ie} Paris. II. 26 фр.

Имя обоих авторов хорошо знакомо русскому медицинскому читателю. Авторы задались целью выяснить основные биологические процессы жизни тканей и механизм их биологических изменений. С этой точки зрения рассматриваются следующие вопросы: прежде всего, физиология соединительной ткани, мышц, сухожилий, костей (здесь уделено большое внимание обмену известкой, суставов, артерий, вен и нервных стволов. Небольшой отдел посвящен пересадкам. Книга может служить введением для студента, начинающего изучать хирургию. М. Б.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Хирургическая секция.

Заседание 21 ноября 1930 г.

Открывая собрание, председатель секции проф. В. Л. Боголюбов сообщил о предстоящем 25 ноября с. г. 50-летнем юбилее научно-педагогической деятельности проф. Василия Ивановича Разумовского, охарактеризовал высоко полезную работу проф. Разумовского для русской хирургии и предложил поздравление маститому юбиляру. Предложение было принято.

1. Др. Панкратьев. *Luxatio genu bilateralis congenita per rotationem*.

Докладчик наблюдал и оперировал в Рязанской городской больнице девочку 2-лет, у которой был врожденный ротационный вывих обоих коленных суставов. Статистические данные указывают на то, что подобного рода заболевание встречается очень редко. Мать больной девочки указывает, что во время беременности (4½ месячной) этим ребенком она упала. Ребенок развил удовлетворительно и ходит самостоятельно, несмотря на то, что стопы его повернуты почти на 180° по сравнению с нормой, а именно: пятки у него расположены вперед, а пальцы назад. Это обуславливается тем, что в коленных суставах произошла ротация костей голени в утробной жизни, и кости голени расположены так, что fibulae как на правой, так и на левой ноге, находятся медиально, а tibiae—латерально; кроме того, имеется еще искривление обеих tibiae. Для исправления этой формы вывиха и имеющегося искривления большеберцовых костей была на tibiae произведена как справа, так и слева сегментарная остеотомия по Springer-Putti с хорошим функциональным и косметическим результатом. Демонстрируются рентгеновские снимки и фотографии больной до и после операции.—Прения проф. М. О. Фридлянда указал на чрезвычайную редкость случая и вместе с тем отметил, что в виду того, что в представленном случае ротация произошла главным образом

за счет голени, коленные же суставы очень мало деформированы и функция их нормальна, то в качестве оперативного метода можно было бы удовлетвориться простой остеотомией голени. Сегментарная остеотомия в данном случае возможно была излишней. Д-р Панкратьев отвечает, что если бы была произведена только простая остеотомия, то это не дало бы успеха, так как здесь был не только вывих, но и искривление tibiae как на правой, так и на левой ноге. Это обстоятельство и побудило прибегнуть к сегментарной остеотомии по Springer-Butti, давшей хороший результат. Проф. Боголюбов отмечает очень хороший результат операции, особенно принимая во внимание условия работы уздой больницы.

2. Д-р Б. В. Огнев, *Два случая пересадки мочеточников в S-образную кишку*. 1-й случай касается больной Н. Г., 30 лет, татарки, поступившей в Хирургическое отделение Набержно-челюстной б-цы с диагнозом fistula vesico-vaginalis; atresia vaginae post partum. У больной было трое нормальных родов, четвертые роды 5 месяцев тому назад, плод был извлечен мертвым, после чего из влагалища шел гной и моча. S/VII 30 г. пересадка правого мочеточника в пределах Бэнда S-romanum по принципу Wiltz'а, 5/VIII 30 г. пересадка второго мочеточника. 27/VIII 30 г. больная выписалась в хорошем состоянии. 2-й случай касается больной А. М., 32 лет; имела двое нормальных родов, третья роды один год тому назад, когда ребенок был извлечен мертвым, в результате образовалась fistula vesico-vaginalis. Ушивание свища результатов не дало. 25/VIII 30 г. была сделана пересадка мочеточников в S-romanum по тому же способу. Смерть на 21 день от двухстороннего пилзита. Препарат демонстрируется. *Прения:* проф. П. В. Соколов, отмечая хороший результат операции, указывает на то, что процент успехов от операций пересадки мочеточников в значительной мере зависит от производства профилактических вакцинаций bact. coli как в дооперационный, так и в послеоперационный период.

3. Д-р В. А. Гусынин. *Демонстрация больного с cancer'ом recti, оперированного наложением искусственного ануса по Lambret*. *Прения:* Проф. Боголюбов указал, что операция по Lambret очень хороша по своей идее и имеет целый ряд достоинств, но для выполнения она не особенно легка, т. к. ее обычно приходится производить больным с пониженным питанием, и результаты не всегда бывают столь блестящи, как у демонстрируемого больного.

4. Д-р Панкратьев. *Пластика черепа мертвой человеческой костью*. Докладчик разбирает и дает критическую оценку различных способов закрытия дефектов черепа, как аутопластических, так и гомо-и гетеро-пластических, со свежей и мертвой костью. Приводит четыре своих наблюдения, где была произведена пересадка чужой мертвой человеческой кости для закрытия дефектов черепа после предварительной обработки мертвой кости кипячением в 2% растворе двууглекислой соды и затем в физиологическом растворе хлористого натрия. В первом случае произведена была операция по поводу свежего ранения черепа, во втором случае—по поводу старого дефекта черепа и травматической эпилепсии, в третьем случае—по поводу опухоли черепа, в четвертом случае—по поводу мозговой грыжи. Одно наблюдение прослежено на протяжении около 1 $\frac{1}{2}$ лет, другое—около 1 $\frac{1}{2}$ года, четвертый случай оперирован недавно; в третьем случае—наблюдался смертельный исход в связи с общим наркозом. Ведется дальнейшее наблюдение над судьбой пересаженной кости. *Прения:* проф. А. В. Вишневский сообщил о нескольких собственных случаях замещения дефектов черепа ауто- и аллотрансплантатом с хорошим результатом, прослеженных несколько лет. Стремление заполнить дефект ауто- и аллотрансплантатом, однако, не всегда устраивает хирурга, и если для этой цели можно было бы использовать мертвую кость, то это иногда было бы хорошим выходом из положения. Наблюдения, сообщенные автором, не длительны и не дают права делать выводы, но во всяком случае правильна попытка освежить этот вопрос. Др. Огнев указал на то, что при пересадке кости следует учитывать близость лучей роста и возраст больного. Если вблизи места пересадки есть лучи роста, то живление идет успешнее. При закрытых мозговых грыжах следует оставлять мозговую мешок, не резецируя его, т. к. твердая мозговая оболочка является эндостом. Др. Гусынин считает, что несмотря на то, что результаты, достигнутые автором, очень хороши, все же преждевременно еще делать выводы о преимуществах мертвой кости, как материала для закрытия дефектов черепа. Вряд ли можно ожидать, что результаты закрытия мертвой костью будут прочны. В лучшем случае она инкапсулируется и будет иметь значение

протеза, в худшем—она рассосется. Пока что клинические наблюдения показывают нам, что мы должны с большим доверием относиться к аутотрансплантату, дающему полную регенерацию живой кости. Др. Ратнер находит, что при малых дефектах черепа не следует предпринимать такую сложную операцию. При больших дефектах черепа можно признать показанным внесение инородного тела в виде мертвой кости, но наблюдения докладчика еще очень кратковременны, и трудно говорить о преимуществах этого метода. Проф. Фридланд указал на важное значение живых костных клеток трансплантата. При вживании трансплантата часть живых костных клеток сохраняется, меняет свое положение и становится центром для новых отложений извести. При замещении больших поверхностей важно и большое количество живых костных клеток, в виду этого при мертвом трансплантате положительный результат ожидать трудно. Проф. Боголюбов в заключительном слове отметил, что интерес доклада состоит в тех прениях, которые он вызвал, и что накопление подобных опытов в дальнейшем может дать ценный материал. Длительность наблюдений у докладчика не велика и трудно судить о конечных результатах. Не отрицая, что иногда, при больших дефектах черепа, пересадка мертвой кости может найти применение, проф. Боголюбов все же считает, что современным и лучшим методом замещения дефекта черепа является метод пересадки живой кости.

Рино-ларинго-отитатрическая секция.

33-е заседание 11 ноября 1930 г.

1. Д-р Д. Н. Матвеев. *Случай паралича левой голосовой связки после эзофагоскопии* (демонстрация). Больной Н., рабочий личного склада, явился на прием по поводу инородного тела пищевода (рыбья кость). После нескольких неудачных попыток произвести эзофагоскопию была замечена резкая охриплость голоса. При ларингоскопии обнаружена неподвижность левой голосовой связки при слабой подвижности области черпаловидных хрящей. Такая картина держалась 10 дней, после чего голос стал понемногу возвращаться. Причиной паралича голосовой связки, по видимому, нужно считать травму при эзофагоскопии.—*Прения:* д-ра Лебедевский, Чудносветов, Голанд и проф. Трутнев.

2. Д-р О. М. Мукасева. *Случай neuritis retrobulbaris sin.* (демонстрация). У б-го одновременно имелось хроническое восп. Гайморовой пазухи справа. До операции: *vis. os. dex.*—1,0, *vis. os. sin.*—0,04. После операции: *vis. os. dex.*—0,9, *vis. os. sin.*—0,1. *Прения:* д-ра Лебедевский, Герасимов и проф. Трутнев.

3. Д-р Р. И. Мошин. *Случай анкилоза черпало-перстневидного сустава* (демонстрация).

4. Проф. В. К. Трутнев. *К вопросу об эзофагоскопии.* В начале доклада автор осветил современное состояние эзофагоскопии, коснувшись методов обезболивания, положения б-го во время операции, способов экстракции екс. В дальнейшем был разобран материал клиник Казанских мед. ВУЗ'ов. На 30000 амбулаторных б-ных было сделано около 300 эзофагоскопий. В музее сохранилось 40 экстрагированных из пищевода инородных тел. За все время произведено около 150 эзофагоскопий по поводу предполагаемых инородных тел.—*Прения:* Д-р Лебедевский отметил чрезвычайное разнообразие жалоб больных с инородными телами пищевода, и большую толерантность пищевода. Он считает сидячее положение при эзофагоскопии наилучшим, но в некоторых случаях приходится менять его на лежащее. Д-р Д. Н. Матвеев указал, что опыты Павлова с крупными инородными телами на собаках доказали чрезвычайную приспособляемость пищевода и кишечника. Но и мелкие инородные тела иной раз бывают чрезвычайно опасны, и в подтверждение приводит случай, когда долго нельзя было найти рыбью кость даже при многократной эзофагоскопии. Кроме того выступали д-ра Чудносветов и Вольфсон. В заключение проф. В. К. Трутнев отметил, что будущее эзофагоскопии—диагностика и лечение заболеваний пищевода вообще, а не только экстракция инородных тел.

Административная часть. Проф. В. К. Трутнев информировал собрание о предстоящем юбилее маститого русского хирурга В. И. Разумовского. Решено отправить приветствие, поручив составить его Президиуму секции.

34 заседание 21 ноября 1931 г.

1. Д-р С. П. Яхонтов. *К методике лечения отитов хлором.* Указав на литературные данные, касающиеся применения хлора с лечебными целями, докладчик ознакомил собравшихся с тем методом хлор-лечения, которым пользуются в научно-исследовательском ин-те физиологии верхних дыхательных путей в г. Саратове. По мнению автора, хлор прекрасно действует при ряде как острых, так и хронических воспалений слизистой оболочки носа, горла и ушей. Хорошо этому лечению поддается и коклюш. Во время своей командировки в г. Саратов докладчик познакомился с методом хлор-лечения и занялся разработкой его. Пользуясь методом иодометрии, он определял концентрацию и количество хлора, поступающего в уши больных, причем выводы, сделанные им во время своих исследований, дали основание для принятия мер, делающих метод лечения ушей хлором более рациональным. — В оживленных *прениях* принимали участие д-ра: Чудносов, Машин, Вольфсон, Никитин, Шайтуров, Алексеева, Касторский, Мясников, Мукосеева, Голанд, Ряполов и проф. В. К. Трутнев. Последний отметил, что хлор-лечение верх. д. п. и ушей в СССР применяется проф. Цитовичем впервые. Главное действие хлора видит в бактерицидности его.

2. Д-р Громов. *Развитие гортани человека.* Докладчик изучал на 17 трансверсальных и фронтальных срезах развитие гортани человека у эмбрионов от 13 до 156 мм. Собственные наблюдения всюду сопоставлены с данными ранее работавших исследователей по этому вопросу, часть которых совпадает между собой. Особенно интересными представляются наблюдения о фаринго-трахеальном и вестибуло-трахеальном каналах. Для облегчения изучения была приготовлена по методу пластических реконструкций восковая модель 78 мм. эмбриона. — *Прения:* д-р Матвеев и проф. В. К. Трутнев, отметивший, что работа д-ра Громова является большим вкладом в науку и представляет не только теоретический, но и практический интерес.

3. Проф. В. К. Трутнев. а) *Случай с рожистым воспалением глотки* и в) *Случай паралича m. postici laryngis.* (Демонстрация).

Административная часть. 1. Председатель Секции проф. В. К. Трутнев в сообщении, что секция до сих пор не выполнила след. пункты соц. соревнования: 1) организовать одно заседание секции на фабрике или заводе совместно с рабочими и 2) обследовать вредный цех одного из производств. Необходимо принять меры к ликвидации прорыва. Высказались: д-ра Герасимов, Голанд, Бобровскый, Вольфсон, Матвеев. *Постановлено:* 1) Во исполнение пункта соцдоговора решено провести одно заседание на заводе им. Вахитова по программе: а) О значении верхнего отрезка верхних дыхательных путей — проф. Трутнев; б) Результаты обследования рабочих гидрогенизационного цеха — д-р Чудносов и в) Данные обследования пивоваренного завода — д-р Голанд. Организацию собрания возложить на д-ров Голанд и Чудносова.

2) Предложить д-рам Петрулевич, Бобровскому и Ряполову приступить к обследованию вредного цеха текстильной фабрики и к разработке амбулаторного материала рабочей поликлиники. 3) Избрать комиссию в лице д-ров Мухамедова и Мукосеевой для самопроверки соцдоговора.

Хроника.

1) 19-го января в Академическом Татарском театре в Казани состоялось торжественное собрание по поводу выделения Института из Университета и первого выпуска врачей Института. 5 февраля Казанский Институт оканчивает 190 врачей.

2) Как сообщают бюллетени здравоохранения САСИ (бюл. G. 14 от 15/X 30), число случаев менингококкового менингита в САСИ за последние пять лет заметно прогрессирует: в 1925 г.—1859; в 1926 г.—2226; в 1927 г.—3204; в 1928 г.—5780 и в 1929 г.—9660.

3) 12—13 декабря 1930 г. состоялось собрание Высшего германского гигиенического совета для окончательного суждения по поводу причин Любекской катастрофы с прививками BCG. Кроме официальных экспертов проф. Людвиг Ланге и Бруно Ланге были приглашены также профессора Нейфельд.

Прауснитц, Задек, Гендель, Кирхнер, Бушмани и др. Как это известно из предварительных сообщений экспертов от 8 июля, 30 сентября и 3 ноября 1930 г., причиной смерти детей явилось загрязнение культур BCG в Любекской лаборатории вирулентной культурой (be humani, к счастью слабой вирулентности (из всех привитых 261 детей умерло 73 чел.). Исследование крайне затруднялось тем, что как только были получены первые сведения о смерти детей после прививок, все вакцинальные эмульсии и культуры были персоналом Любекской лаборатории уничтожены, и эксперты могли использовать для исследования лишь случайно оставшиеся у акушерки ампулы. О результатах исследования экспертов подробно сообщено в Ztschr. d. Tuberkulose Bd. LVII и LIX. Совет согласился с докладом экспертов. Кроме того решено вновь подтвердить, что никакие прививки живых бактерий человеку в Германии допускаться не должны.

4) *Обследование калек Германии в возрасте до 21 года* показало, что несчастные случаи служат причиной калечения в 30% всех случаев, 70% несчастных случаев среди девочек падают на ожоги, обваривание кипятком и т. п. Среди мальчиков значительно преобладают увечья от уличного движения или соприкосновения с электрическими проводами. Наибольшее количество несчастных случаев падает на возрасты от 6—10 л.

5) *В Америке (САСШ) усиленно развивается, особенно среди женщин, специализация в Университетах по вопросам массового питания.* Целевая установка—подготовка кадров по вопросам рационализации питания с обращением особого внимания на постановку питания в больницах и профилактических учреждениях. В круг ведения специалистов по питанию входит консультация домохозяек, работа в промышленных и торговых пищевых предприятиях, просветительная работа в области питания.

6) Все продолжающееся падение рождаемости в Западной Европе послужило поводом к интересному выступлению в печати известного германского сексолога Маркузе, который вкратце формулирует свою точку зрения в этом вопросе следующим образом: «сперва охрана материнства и детей, затем увеличение рождаемости, сперва жилище и питание, затем многочисленность семьи, сперва работа, затем увеличение народонаселения».

7) Организационное бюро по созыву 2-го Всесоюзного съезда Офтальмологов извещает, что окончательно намечен созыв съезда в г. Киеве на август 1932 г.

Утверждены следующие программные циклы. Цикл I. 1) Диалектический материализм в медицине и офтальмология. *Цикл II.* 2) О профилактическом направлении в офтальмологии; 3) Борьба с глазной заболеваемостью, особенно трахомой, через единый диспансер; 4) Организация глазной помощи в условиях колхозного строительства. *Цикл III.* 5) О подготовке кадров в области офтальмологии. *Цикл IV.* 6) Заболевания глаз в связи с симпатической нервной системой. 7) Лечение атрофий зрительного нерва. *Цикл V.* 8) Значение филогенеза и онтогенеза в происхождении рефракций; 9) Профессия и рефракция. *Цикл VI.* 1) Ulcus serpens и борьба с этим заболеванием; 11) Золотушные керато-конъюнктивиты. *Цикл VII.* 12) Производственный бытовой и сельскохозяйственный травматизм и борьба с ним.

В качестве рекомендованных выдвинуты следующие темы: 1) Застойные соски, их происхождение и лечение. 2) Роль рассеянного склероза и этиологии ретробульбарного неврита. 3) О зрительных центрах. 4) Методы определения аномалий рефракций. 5) О снабжении населения очками. 6) О соотношении между аномалиями рефракции и остротой зрения. 7) Светолечение при болезнях роговицы. 8) Пересадка роговицы. 9) Лечение отслойки сетчатки. 10) Эйдетизм в зрительной сфере. 11) Глазная помощь в окраинных республиках Союза.

Кроме вышеуказанных тем могут быть представлены также и индивидуальные доклады.

Порядок представления тезисов и авторефератов в Оргбюро следующий: Программные темы поручаются офтальмологическим научным обществам и разрабатываются ими. Что касается рекомендованных и индивидуальных докладов, то желательно, чтоб эти доклады по возможности предварительно обсуждались в научных коллективах и после одобрения представлялись в Оргбюро. Окончательный срок представления докладов, тезисов и авторефератов будет сообщен дополнительно.

По всем вопросам Съезда просят обращаться: к профессору А. Г. Васютинскому (Киев, Кудрявская ул., № 10, кв. 2) и к д-ру Г. Д. Поляку (Киев, ул. Ворошилова 9, кв. 3).

8) VII Всесоюзный научно-организационный съезд по курортному делу состоится в Москве 25-го февраля с. года. В программе Съезда 1) доклад Наркома В л а д и м и р с к о г о — о задачах здравоохранения. 2) Задачи курортного дела в реконструктивный период. 3) Лечение профзаболеваний на курортах. 4) Влияние курортного лечения на обмен веществ.

Оргкомитет решил сделать Съезд переломным пунктом в деле развития курортного дела с тем, чтобы в результате Съезда добиться, чтобы практическая и научная деятельность курортов в еще большей мере служила целям обслуживания широких рабочих и колхозных масс и стала действительным фактором подъема производительности труда и тем самым способствовала скорейшему выполнению поставленных перед страной 5-ти летним планом задач. Для этого к участию в Съезде привлекаются представители рабочих и колхозников, для чего разворачивается широкая предсъездовская кампания в крупнейших промышленных центрах.

2-ой задачей является стремление связать курортное лечение со всей системой лечебно-профилактических мероприятий в отношении данного больного, поэтому на Съезде должны принять участие представители учреждений, направляющих больных на курорты, и проработана система мероприятий, обеспечивающая эту увязку.

9) 25—30 июня с. г. во Франкфурте на Майне состоится 22-й конгресс немецких гинекологов. На этом конгрессе программными вопросами будут: охрана материнства (докладчик известный социолог-гинеколог М а к с Г и р ш); противозачаточные средства (докл. проф. Л. Френкель Бреславль). О положении дела в СССР по этим вопросам предположено выступление д-ра М а р ь я н ч и к а (Киев).

10) Издание журнала „Современная Психоневрология“ переносится из Киева в Харьков (адрес редакции: Харьков, ул. Артема, 8) и реорганизуется. Редакционная Коллегия в 1931 г. будет состоять из профессоров: В. М. Г а к к е б у ш а, А. И. Геймановича, А. М. Г р и я ш т е й н а, В. Н. М а н ь к о в с к о г о, В. П. П р о т о п о п о в а и А. И. Ю щ е н к о.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

1. Прошу сообщить, откуда можно выписать выставку по трахоме и другим глазным заболеваниям.

Подп. № 2421.

Ответ. Плакаты, рисунки для выставок по трахоме можно приобрести в Гос. Медич. издательстве в Москве. Украинский Госмедиздат имеет свои издания (Харьков, изд. «Научная мысль»), Муляжи могут быть изготовлены в Казани по 25 р. за штуку. Заказать можно через Трахоматозный ин-т.

Проф. В. Адамюк,

Письмо в редакцию.

Государственный институт клинической и экспериментальной гематологии и переливания крови им. А. А. Богданова просит редакцию поместить ниже следующее письмо:

Товарищи!

Едиственный в СССР Институт клинической и экспериментальной гематологии и переливания крови стремится собрать всю русскую литературу по вопросам крови (отдельные статьи, монографии), разбросанную по разным журналам. Поэтому Институт обращается ко всем авторам с товарищеской просьбой прислать по одному экземпляру своих работ по означенным вопросам в адрес Института (Москва, Б. Якиманка, 43).

Зам. директора—д-р А. Багдасаров.
Зав. клиническим отд.—пр.-доп. Владос.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Казанского Общества врачей

Орган Казанского медицинского института и Казанского института
для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—проф. В. Л. Боголюбов,
И. П. Васильев, М. М. Гран, Е. М. Лепский, Р. А. Лурия, В. А. Энгельгардт,
д-ра З. Н. Блюмштейн (секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плешинер.

1931 г.

(Год издания XXVII)

№ 2

ФЕВРАЛЬ.

КАЗАНЬ.