

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

1928 г.

(Год издания XXIV).

№ 7.

И Ю Л Ь.



КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Главлит ТССР № 668.

Заказ № 2790.

Тираж 3500 экз.

Типография „Красный Печатник“ Татполиграфа, Казань, Казанская, 9.

К строению артериальной системы головного мозга у лиц, связанных кровным родством¹⁾.

В. И. Бика.

(С 6 рис.).

В настоящем кратком сообщении мне хочется поделиться некоторыми результатами, полученными при исследовании артериальной системы головного мозга лиц, связанных между собою кровным родством. Собирая материал по вопросу о расовых особенностях головного мозга, я, при любезном содействии судебного врача О. И. Корчажиной, в прошлом году получил мозг женщины, умершей на IX месяце беременности, а также и мозг ее плода. Такой материал является известной редкостью для нашего Института, в силу чего вполне естественно у меня явилось желание исследовать полученные мозги по возможности всесторонне; в частности была отпрепарована и зафиксирована артериальная система. При этом с целью сохранения головного мозга для дальнейшего исследования я воспользовался методом одновременного исследования и сохранения как мозга, так и его артериальной системы. Указанный метод был впервые опубликован проф. Stoeltzner'ом в 1911 году, а в дальнейшем—д-ром Гиндце, в 1925 году. При своей работе я несколько видоизменил методику вышеуказанных авторов, но главные моменты в ней мною были сохранены.

При сравнении артериальной системы обоих мозгов бросилось в глаза сходство формы Willisi'ева круга, а вместе с тем и сходство формирования артерий головного мозга. Эти результаты сравнения навели меня на мысль произвести исследование сосудов головного мозга близнецов и двойных уродцев, хранящихся в нашем музее. К сожалению, у двух дицефаликов и у двух близнецов, по вскрытии черепа, оказалось, что головной мозг, вместе с сосудами и оболочками, представлял из себя кашицеобразную массу, и лишь у одного торакোпага, хранившегося с 1845 года, удалось, хотя и с большим трудом, частично выделить сосуды. При сравнении полученных препаратов результаты получились те же, что и у первой пары,—сходство Willisi'ева круга имелось налицо.

Вначале текущего года, по моей просьбе, Анатомическому Институту были, далее, переданы два мозга, принадлежавшие двум двоюродным сестрам, зверски убитым в Казани. И в этом случае, хотя и мало доказательном, было обнаружено сходство в строении *circulus arteriosi*.

Описания подобных случаев в просмотренной нами литературе найти не удалось, хотя в литературе имеется целый ряд крупных работ, оста-

¹⁾ Доложено на III С'езде Зоологов, Анатомов и Гистологов в декабре 1927 г.

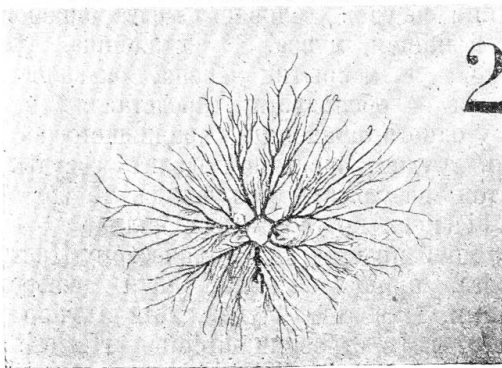
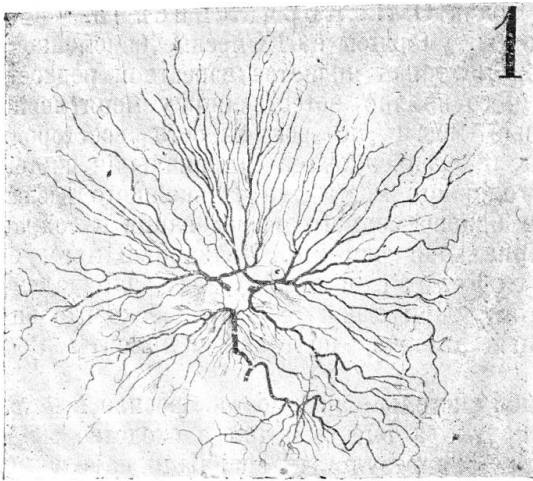
навливающих подробно на вопросе о сходстве рельефа головного мозга у людей, связанных кровным родством, — достаточно указать на работы таких исследователей, как Waldeyer, Spitzka, Karplus.

Опуская детальное описание борозд и извилин вышеупомянутых двух пар мозгов, имеющих много общих черт, равно как и детали распределения самих сосудов головного мозга, мы остановимся в настоящем сообщении лишь на характере строения Willisi'eva круга и начальной части главных артерий большого мозга, — тем более, что *circulus arteriosus*, этот своеобразный анастомоз, уже давно обратил на себя внимание исследователей и, по свидетельству главным образом италийских авторов (Mori, Parnisetti, Longo и др.), особенно часто дает варианты у преступников и психически-больных.

Относительно обладателей первой пары мозгов имеются следующие сведения: мать — татарка, 25 лет от роду, была беременна в первый раз, умерла от эклампсии беременных (?). Данные вскрытия: рост 159 см., наиб. длина головы — 17,6 см., наиб. ширина — 14,4 см. Швы между костями черепа сохранены, на костях черепа отклонений от нормы замечено не было. Вокруг кровеносных сосудов головного мозга — кровоизлияния, особенно обильные в области Sylvie'вой борозды, Wil-

lisi'eva круга и у ножек мозжечка. Вес головного мозга по извлечении из черепа — 1528,0. Каких-либо отклонений от нормы в органах грудной и брюшной полостей замечено не было. Плод мужского пола, длина тела 49 см., вес — 3580,0. При наружном осмотре каких-либо отклонений от нормы не замечено. Лобный родничок: длина — 4,1 см., ширина — 3 см., наибольшая длина головки — 9,1 см., наибольшая ширина — 8,2 см., вес головного мозга — 264,0.

С вещества головного мозга матери мозговые оболочки снимались довольно легко, но за то над сосудами, вокруг которых имелись кровоизлияния, снятие оболочек представляло большие трудности, — тем более, что препарат был сначала уплотнен в формалине, а затем перенесен в спирт. Артерии мозга (рис. 1) в местах без кровоизлияний были мягки, в местах с кровоизлияниями — легко рвались. Почти во всей артериальной сети имелась кровь, в силу чего препарат казался как бы окрашенным. Препаровка сосудов мозга плода (рис. 2) представляла еще большие трудности, т. к. вещество мозга было чрезвычайно мягко, а артериальные стенки сла-

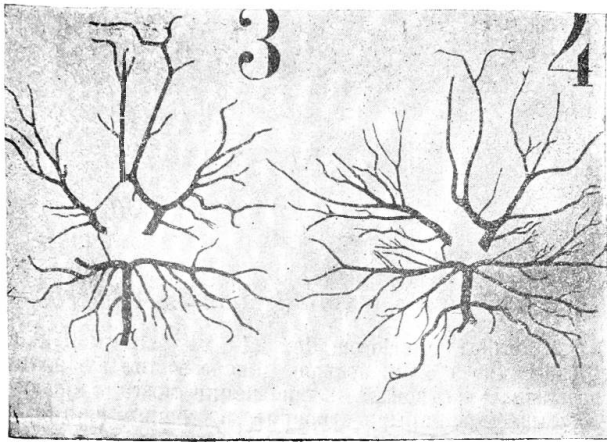


бы. У того и другого мозга, как видно на рисунках 1 и 2, *circulus arteriosus* представлял собою многоугольник, вернее — девятиугольник. Диаметры сосудов

правой и левой половины были различны. *A. basilaris* (3,2 мм., 2,1 мм.) почти целиком переходила в *a. cerebri posterior sin.* (2,9 мм., 1,9 мм.), а вправо шла сравнительно-незначительная ветвь (1,1 мм., 0,9 мм.), которая являлась как бы слабым анастомозом с *a. cerebri posterior dex.* (2,4 мм., 1,8 мм.), получающей кровь из *a. carotis interna dex.* (4 мм., 2 мм.). В силу этого *a. communicans posterior dex.* (2,2 мм., 1,5 мм.) была чрезвычайно сильно развита. На левой стороне артерия представляла из себя в обоих случаях довольно тонкую ветвь (0,6 мм., 0,8 мм.). От обеих *a. a. carotis interna* отходили приблизительно равные *a. a. cerebri anterior et medi* (2,8 мм., 2,1 мм.). Передние мозговые артерии были соединены между собой ши-рокой и короткой *a. communans ant.*

Два плода, спаянные только грудной клеткой (*thoracopagus*), были женского пола; один имел длину тела в 32,2 см., наибольшая длина головы у него равнялась 8 см., наибольшая ширина—6,2 см.; у второго длина тела равнялась 31 см., наибольшая длина головы—8 см., наибольшая ширина—6,5 см.

Артериальная система головного мозга этих плодов дала следующую картину (рис. 3 и 4): у обоих *a. basilaris* распадалась на две одинаковых *a. a. cerebri*

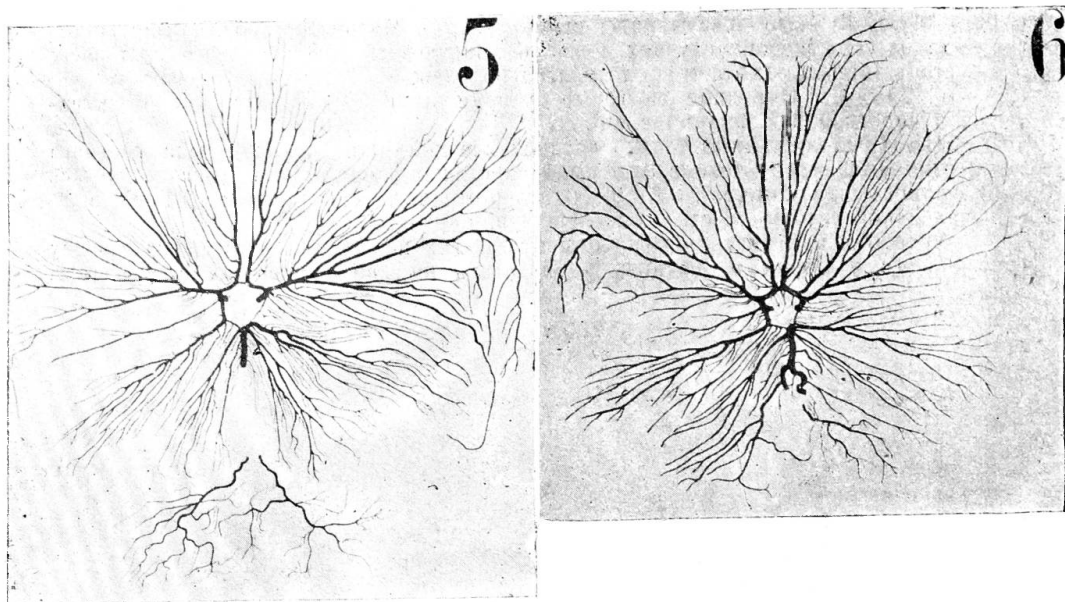


posteriores, *a. communicans post. dex.* вообще отсутствовала, *a. communicans post. sin.* была развита слабо; *a. carotis interna dex.* как у того, так и у другого плода распадалась на две ветви—*a. cerebri media* и *a. cerebri anterior dex.*, причем последняя, в свою очередь, через *a. communicans ant.* давала начало *a. cerebri anterior sin.* *A. carotis interna sin.* у первого плода (рис. 3) отдавала слабую ветвь к *a. cerebri ant. sin.*, а у второго (рис. 4) такой ветви не имелось,—весьма вероятно, что она была мною уничтожена во время препаровки; во всяком случае препарат не оставляет сомнения, что как у первого, так и у второго плода обе передние мозговые артерии получали кровь главным образом из *a. carotis interna dex.* в то время, как *a. carotis interna sin.*, будучи заметно слабее, продолжалась лишь в *a. cerebri media sin.* Таким образом у этих двух плодов мы видим прямую аналогию в формировании артериального круга.

Наконец, третья пара мозгов принадлежала, как я уже сказал, двум двоюродным сестрам (их матери были родными сестрами), по национальности русским. Первой было 27 лет от роду, рост ее равнялся 148 см., наибольшая длина черепа—17,5 см., наибольшая ширина—14,5 см., вес головного мозга, только что извлеченного,—1182,0. Вторая сестра имела 17 лет от роду, рост ее был 149 см., наибольшая длина черепа—16,8 см., наибольшая ширина—14,8 см. Вес головного мозга у ней тотчас по извлечении—1268,0. Каких-либо отклонений от нормы при вскрытии как первой, так и второй сестры обнаружено не было.

Circulus arteriosus (рис. 5 и 6) у обоих представлял из себя девятиугольник из артерий различной длины и различного диаметра. *A. basilaris* (2,3 мм. и 3 мм.) распадалась на две *a. a. cerebri posteriores* неравного диаметра,—*a. basilaris* почти целиком переходила в *a. cerebri posterior dex.*, причем у № 5 от деления ее до *a. communicans post. dex.* расстояние было 3 мм., а до *a. communicans posterior sin.*—9 мм., у № 6—3 мм. и 1 см. *A. cerebri posterior sin.* главную массу крови полу-

чала от *a. carotis interna sin.* *A. communicans posterior dex.* в обоих случаях была длиннее, чем *a. communicans post. sin.* (у № 5 на 6 мм., а у № 6 — на 2 мм.), *A. carotis interna dex.* (3,2 мм. и 3,1 мм.) в обоих случаях давала *a. cerebri mediam dex.*



(2 мм. и 1,3 мм.) и *a. cerebri anteriorem dex.* (1,8 мм. и 2 мм.), а *a. carotis interna sin.*, имея диаметр на 8 мм. и 6 мм. больше, давала такие же ветви и, увеличивая *a. communicans post. sin.*, участвовала в снабжении мозга кровью через *a. cerebri posterior sin.* У описываемой пары в строении *a. communicantis ant.* и *a. cerebri mediae dex.* имелось некоторое расхождение, а именно, у № 5 *a. communicans ant.* справа имела небольшой островок, у № 6 же *a. cerebri media dex.* существовала в двойном числе.

Вышеописанные формы *circulus arteriosus* встречаются неособенно часто. Fawcett и Blachford, анализируя свой обширный материал, обнимающий 700 наблюдений, нашли, что *circulus arteriosus* в 73% случаев был построен симметрично. Тихомиров, останавливаясь на вопросе о вариантах *Willisi'eva* круга, на основании своих наблюдений говорит, что наибольшее количество вариантов встречается в отношении задней соединительной артерии, которая чаще является утонченной. Среди 50 наблюдений de Vriese образование *a. cerebri posterioris* через посредство *a. communicans post.* имелось 8 раз, в том числе 5 раз справа и 3 раза слева. Longo среди своих 50 наблюдений встретил образование *a. cerebri posterioris* из *a. carotis int.* 5 раз—1 раз слева и 4 раза справа. Я на 42 своих препаратов имел 8, где одна *a. cerebri posterior* была образована за счет *a. carotis internaе*.

Одновременного наличия двух вариантов *Willisi'eva* круга, какие имели место у второй пары,—ни цитируемые авторы, ни я до сих пор не наблюдали. De Vriese считает, что уже одно отсутствие *a. communicantis posterioris* является редким вариантом. Д-р Гиндце, описывая артериальную систему головного мозга известного разбойника Комарова, у которого обе *a. cerebri anteriores* были образованы за счет одной из

a. carotis interna, считает этот вариант тоже редким явлением. Я в своей небольшой коллекции имею один подобный вариант.

На основании перечисленных литературных данных видно, что формы построения Willis'ева круга, имеющиеся у наших трех пар,—формы неполные обычные. При этом у каждой пары *circulus arteriosus* построен по одному типу. Мало того, пожалуй, то же можно было бы сказать и вообще о характере ветвления и отхождения большинства артерий. Для примера возьмем № 5 и № 6,—у обоих преобладает магистральный тип ветвления сосудов, т. е. отхождение ветвей от главного ствола самостоятельно и последовательно; у обоих находим крупную ветвь, отходящую от *a. carotis internasin*.

Все же с оценкой наших случаев надо быть очень осторожным, так как наблюдения наши немногочисленны и неоднородны. Конечно, наибольший интерес представляет первая пара, вторая все же—не близнецы, а урод, а третья пара—не родные сестры, а двоюродные.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Fawcett and Blachford. Journ. of anat. and physiol., 1905.—
 - 2) Гиндце. Сборн., посв. 40-летию проф. Россолимо. 1925.—
 - 3) Он же. Рус. Антропол. Журн., 1924.—4) Он же. Anat. Anz., 1926.—
 - 5) Karplus. Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere. 1921.—6) Longo. Anat. Anz., 1905.—
 - 7) Mori. Monit. zoolog. italiano, 1893. Цит. по Longo.—8) Parnisetti. Jahresber. der. Anat und Entwickl., 1901.—9) Он же. Ref. ibid.—
 - 10) Spitzka. Philad. med. journ., 1901.—11) Stoeltzner. Monat. f. Psychiat. und Neurol., 1911.—12) Тихомиров. Распределение и взаимное отношение артерий большого мозга у человека. 1880.—13) Waldeyer. Zeitschr. Ethnol., 1907.—14) De Vriese. Arch. de biol., 1905.
-

О влиянии ионов Mg и NH_4 на секреторную и моторную деятельность желудка ¹⁾.

Прив.-доц. А. В. Селезнева.

Вопросу о действии катионов на живую протоплазму уделяется все больше и больше внимания. Loeb'ом было доказано, что количественное соотношение одно-из двувалентных катионов имеет большое влияние на возбудимость живой ткани (коэффициент Loeb'a),—увеличение первых ведет к возбуждению, а вторых—к угнетению функции клетки. К первым относятся Na , K , NH_4 , а ко вторым— Ca и Mg . То, что применимо к мышце, нерву, может быть применимо и при испытании целого органа. В частности на желудок это действие катионов было испытано Правдич-Неминским в отношении изменения его моторной функции.

Движения желудка изучались как при его пустом состоянии (Павлов и его ученики), так и еще раньше—в фазе пищеварения (Ellenberg и др.). Основываясь на этих исследованиях, а также на факте неравномерного распределения аммиака в тканях и на работах Morgen'a и Schultze, наблюдавших сокращение гладкой мускулатуры под влиянием препаратов аммония, Правдич-Неминский изучал действие ионов NH_4 на моторную функцию желудка вне пищеварения. При этом автору удалось доказать, что коэффициент Loeb'a имеет полную силу и в данном случае: после введения в полость желудка растворов NH_4OH наступали реактивные движения с последующими ритмическими движениями („экстрапериодами“ по Правдич-Неминскому). Подобное же возбуждающее действие в еще большей степени автору удалось доказать и для хлористого аммония. Т. о. в солях аммония мы имеем возбуждающий, а солях магния—тормозящий агент на моторную функцию желудка. Из работ Павлова, Зимницкого, Правдич-Неминского и др. мы можем установить далее, тесную связь между моторной и секреторной функциями желудка. Примером этому могут служить кислотные движения последнего (Эдельман), улучшение моторной функции желудка в результате действия щелочей и щелочных минеральных вод и угнетение секреторной деятельности от магниезальных и кальциевых солей, напр., при употреблении Баталинской воды (Лорье).

На основании всего вышеизложенного мы, по предложению проф. А. С. Лебедева, занялись вопросом о действии катионов аммония и магния на секреторную и моторную функции желудка у людей. Методика исследования состояла во фракционном извлечении желудочного содер-

¹⁾ Доложено в Медицинском Обществе при Пермском Гос. Университете 13/IV 1927 г.

жимого натошак и после пробного завтрака, состоявшего из бульона. Последний приготавливался из 400,0 свежего тончего мяса и 1000,0 к. с. воды, кипятился 1 час и фильтровался по остыванию (для удаления жира и осадков). Для подкраски бульона мы пользовались 10% раствором карамели.

У каждого исследуемого по введении тонкого зонда производилось сперва выкачивание желудочного содержимого натошак, а затем, не выводя зонда, мы давали ему пробный завтрак из 400,0 к. с., бульона, подкрашенного 20,0 к. с. карамели. Такое количество бульона мы выбрали потому, что оно соответствует количеству жидкости в завтраке Voas-Ewald'a и в двойном завтраке Зимницкого. Исследование производилось три раза: 1) с чистым бульоном, 2) с бульоном и хлористым аммонием—от 1,0 до 3,0 и 3) с бульоном и хлористым магнием—от 1,0 до 3,0. Всего нами было сделано 42 наблюдения, т. е. 126 исследований.

В полученной жидкости определялись окраска, примеси слизи, желчи, крахмала, свободная HCl и общая кислотность. Кроме того натошак и в тех случаях, когда исследование затягивалось вследствие отделения сока на время до 4 часов, измерялось количество всего содержимого, полученного в последний раз. При этом нужно отметить, что слюна исследуемых собиралась отдельно.

Все исследованные могут быть распределены на 4 группы: с нормальной кислотностью (своб. HCl 25—40 и общ. кислотность 40—60)—14 чел., гиперацидных—22 чел., гипоацидных—2 чел. и анацидных (полное отсутствие свободной HCl)—4 чел.

Натошак в среднем мы извлекали 65,4 к. с. жидкости, причем желчь в ней обнаружена была в 22 случаях (27,5%), слизь—в 26 (41,67%) и крахмал—в 3 (4,29%). Среднее содержание свободной соляной кислоты выразилось в 15,61 и общая кислотность—в 24,33. Цифры свободной HCl и общей кислотности у лиц с нормальным желудочным соком были в среднем меньше—9 и 15,2, а у страдающих гиперацидозом значительно больше—23,7 и 34,3. В отдельных случаях эти цифры были очень высокими; так, в 6 случаях они колебались от 38—47 до 54,7—66.

В одном из наших случаев желудочный сок натошак выделялся в обильном количестве в течение целых суток. После полной эвакуации желудочного содержимого,—в количестве 1025,0 к. с. с 100,0 к. с. осадка, состоящего из крахмала,—в течение суток было добыто еще 2442,0 к. с. желудочного содержимого с 200,0 к. с. осадка (крахмала). Средняя цифра кислотности за сутки выразилась здесь для свободной HCl в 49 и общей кислотности—в 59. В данном случае, кроме большого количества желудочного содержимого с высокой кислотностью, поражает очень большая цифра осадка, состоящего из крахмала, который в большом количестве редко обнаруживается. В последний раз его можно было обнаружить в порции, добытой через 17 часов после начала эвакуации. Объяснить это явление можно только значительным удельным весом крахмала, который, будучи разбавляем желудочным соком, только постепенно мог быть вымыт.

После пробного завтрака (табл. I) у лиц с нормальной кислотностью время секреции—нормальной измерялось 3 часами, после NH_4Cl —2 ч. 30 м. и после MgCl_2 —2 часами, а у лиц с повышенной кислотностью время нормальной секреции—4 часами, после NH_4Cl —2 ч. 30 мин. и

$MgCl_2$ — 3 ч. 15 м. В общем наиболее длительная послесекреция (Bogendorfer и Weitz) в норме отмечалась после хлористого аммония и наиболее кратковременная — после хлористого магния. О длительности послесекреции при повышенной кислотности судить было нельзя, т. к. послесекреция во всех случаях продолжалась более 4 часов. Косвенным образом на силу секреции может указывать количество желудочного содержимого, полученного через 4 часа после дачи пробного завтрака, а также его кислотность. Количество его в среднем было при бульоне — 26,4 к. с., при бульоне и NH_4Cl — 28,67 и при бульоне и $MgCl_2$ — 48,4, а кислотность (своб. HCl — общая кислотность) — в 1-м случае 14,57 — 19,0, во 2-м 19,2 — 24,1 и в 3-м 20,38 — 25,38. Т. о. наиболее активным в данном отношении оказался магний, а потом — аммоний.

Время появления свободной HCl у лиц с нормальным составом желудочного сока равнялось у нас 29 мин., а нормальной кислотности — 46 мин.; при пробном завтраке и NH_4Cl цифры эти равнялись 29 и 47 мин., а при пробном завтраке и $MgCl_2$ — 29 и 37 мин.

У субъектов с hyperaciditas при чистом бульонном завтраке указанное время равнялось 21 и 37 мин., при завтраке и с NH_4Cl — 22 и 39 мин., при завтраке и $MgCl_2$ — 22 и 30 мин. Следовательно нормальная кислотность при магнезии устанавливается раньше.

Своего максимума кислотность достигала у нас, при нормальной желудочной секреции, с чистым бульоном — через 1 ч., с бульоном плюс NH_4Cl — 1 ч. — 1 ч. 15 мин. и с бульоном плюс $MgCl_2$ — 45 мин.; при повышенной кислотности во всех трех случаях срок этот равнялся 1 часу.

Если судить о моторной функции во время пищеварительной фазы на основании времени исчезания окраски, то окажется, что у лиц с нормальным желудочным соком окраска исчезала при чистом бульоне через 54 минуты, при бульоне плюс NH_4Cl — через 65 мин. и при бульоне плюс $MgCl_2$ — через 56 минут, у страдавших же гиперацидозом в первом случае срок этот равнялся 59 м., во 2-м — 57 мин. и в 3-м — 59 мин. Следовательно, при нормальном желудочном содержимом мы могли отметить небольшое понижение моторной функции в случае введения хлористого аммония, что противоречит литературным данным (см. работу Правдич-Неминского).

Средняя двухчасовая кривая желудочного сока показывает у нас в нормальных и гиперацидных случаях уменьшение кислотности при NH_4Cl и увеличение — при $MgCl_2$ (табл. II).

Существенного влияния на отделение слизи ни хлористый аммоний, ни хлористый магний, по нашим данным, не оказывают. В общем ее меньше при нормальном составе желудочного сока и больше — при повышенной кислотности. Что касается желчи, то обе соли, повидимому, повышают забрасывание ее в желудок, что в особенности резко выражено для $MgCl_2$. Крахмал редко обнаруживается в желудочном содержимом при бульонном завтраке, — он отмечен нами только один раз в вышеупомянутом случае с повышенной секрецией и кислотностью.

Число наблюдений с hyperaciditas и anaciditas в нашем материале слишком мало, чтобы на основании их можно было делать определенные заключения. Все же можно указать, что в обоих случаях с hyperaciditas обе соли повысили содержание свободной HCl и общую кислотность желудочного содержимого. Равным образом ускорилось и время появления

Т А Б Л И Ц А I.

Желудочный сок	Время секреции			Время появления свободной HCl			Время появления нормального содержания свободной HCl			Время максимумы кислотности			Моторная функция		
	Бульон	Бульон и NH_4Cl	Бульон и MgCl_2	Бульон	Бульон и NH_4Cl	Бульон и MgCl_2	Бульон	Бульон и NH_4Cl	Бульон и MgCl_2	Бульон	Бульон и NH_4Cl	Бульон и MgCl_2	Бульон	Бульон и NH_4Cl	Бульон и MgCl_2
Нормальный	3 часа 2 ч. 30 м.	2 часа	Бульон и MgCl_2	29 м.	29 м.	29 м.	46 м.	47 м.	37 м.	1 час	1 час — 1 ч. 15 м.	45 м.	54 м.	65 м.	56 м.
С повышенной кислотностью	4 часа 2 ч. 30 м.	3 ч. 15 м.	Бульон	21 м.	22 м.	22 м.	37 м.	39 м.	30 м.	1 час	1 час	1 час	59 м.	57 м.	59 м.

Т А Б Л И Ц А II.

Желудочный сок	Часы	Бульон			Бульон и NH_4Cl			Бульон и MgCl_2	
		Свободная HCl	Общая кислотность	Свободная HCl	Общая кислотность	Свободная HCl	Общая кислотность	Свободная HCl	Общая кислотность
Нормальный	1	74	131,8	72,7	144,5	99	150,1		
	2	79,2	119,4	57,7	109,9	80,6	131,1		
С повышенной кислотностью	1	140	195,6	116,4	188,2	153,4	199,5		
	2	153,5	195,4	149,3	192,7	165,7	207,6		

maximum'a свободной HCl. При отсутствии свободной HCl моторная функция во всех случаях при NH_4Cl усилилась, в остальных же отношениях изменений в составе желудочного содержимого не произошло.

Следует отметить еще, что при hyperaciditas и anaciditas количество слизи и желчи, забрасываемой в желудок, было больше, чем в случаях первых двух групп.

Если мы перейдем теперь к разбору полученного нами материала, то прежде всего должны отметить, что результатов аналогичных тем, которые были получены Правдич-Неминским у собаки вне пищеварения, нам получить не удалось. Как секреторная, так и моторная функция под влиянием NH_4Cl оказалась понижающеюся, магний же оказался повышающим содержание свободной HCl в желудочном содержимом.

В работе Правдич-Неминского нет данных о влиянии солей магния на пустой желудок, а потому являлись бы весьма желательными исследования и в этом направлении; что касается работы Лорье, то в ней разбирается длительное действие Баталинской воды. Мы считали бы целесообразным провести хронический опыт над действием различных катионов как на людях, так и на животных, чтобы иметь возможность судить об их действии на функции желудка. В опытах на людях, кроме действия солей на клетку, играют большую роль и внешние влияния на психику, что не может не отразиться на функции этой клетки.

Бульонный завтрак мы считаем наиболее удобным при фракционном извлечении, т. к. он дает возможность оперировать уже с малыми порциями сока. Разового исследования здесь недостаточно, так как оно не дает полной картины состояния функции желудка.—при этом методе нет возможности установить ни времени появления свободной HCl, ни времени нормальной кислотности, ни maximum'a ее. Мы считаем целесообразным непрерывное длительное наблюдение (до 4 часов), дающее возможность сделать лучшую оценку функции желудка. При нашем методе при нормальной секреции можно определить и период после секреции. Разделение на типы по Зимницкому возможно и здесь вполне, с мнением же клиник профф. Ланга и Яновского мы не можем согласиться. Случаи ахилии не могут быть с уверенностью установлены толстым зондом (Шварц и Зельдин), и в этом отношении только в применении тонкого зонда мы имеем метод безусловно надежный. Тонкий зонд и бульонный завтрак наиболее удобны для выяснения функции желудка, причем тонким зондом можно пользоваться иногда и в тех случаях, где толстый не проходит или может нанести непоправимую травму.

В конце концов, на основании полученных нами данных, мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1) Наши наблюдения не подтвердили возбуждающего действия катиона NH_4 и угнетающего действия катиона Mg.

2) Под влиянием катиона NH_4 у людей с нормальной секреторной деятельностью желудка опорожнение его замедляется.

3) Под влиянием катиона Mg ускоряется время достижения как нормальной, так и максимальной кислотности свободной HCl.

4) Катион NH_4 не оказывает влияния на время достижения нормальной кислотности и несколько замедляет время появления максимальной кислотности свободной HCl у людей с нормальной секрецией желудка.

5) При изучении двухчасовой кривой оказывается, что Mg во всех случаях усиливает секреторную деятельность желудка, а NH_4 угнетает ее.

6) Натощак удается получить довольно большое количество желудочного сока, причем цифра общей кислотности и свободной HCl у лиц с нормальным желудочным пищеварением значительно меньше, чем у страдающих повышенной кислотностью; пустым желудок натощак бывает, лишь как исключение, что можно объяснить привычным отделением психического сока.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Bogendorfer. D. m. W., 1925, № 46.—2) Weitz. Kl. W., 1924, № 45; M. m. W., 1924.—3) Правдич-Неминский. Вр. Дело, 1924, № 8—9.—4) Рубинштейн. Введение в физико-химическую биологию. Москва—Ленинград. 1924.—5) Зимницкий. О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез. Москва. 1926.—6) Лорье. Arch. f. Verdauungskrankh., 1924, Bd. 34, H. 1—2.—7) Павлов. Лекции о работе главных пищеварительных желез. Ленинград. 1924.
-

Легочная чахотка и болезни сердца.

Заведующего Диспансером д-ра С. Д. Грязнова.

Очень часто первые признаки заболевания бугорчаткой выражаются тахикардией, легкой возбудимостью сердца и др. сердечными явлениями при весьма незначительных изменениях со стороны легких или бронхиальных желез. С другой стороны на почве некоторых сердечных заболеваний, несомненно, могут развиваться и легочные страдания. Таким образом взаимоотношение между сосудистыми и сердечными заболеваниями с одной стороны и легочными—с другой несомненно.

При разборе литературного материала по данному вопросу можно встретить, однако, резкие противоречия. Одни авторы признают известный антагонизм между легочным туберкулезом и болезнями сердца (Degenberg, Лечение легочной чахотки, 1895 г., стр. 15). Согласно статистике Birch-Hirschfeld'a на общее число 4359 вскрытий легочная чахотка была найдена в 20,8%, а в случаях пороков сердца ее можно было установить лишь в 4,6% (цит. по Ф.Г. Яновскому, Туберкулез легких, стр. 116). Другие авторы, напротив, приписывают туберкулезу возникновение митрального стеноза, особенно в детском возрасте (Traube, Libert), а Казем-Бек утверждает, что врожденные пороки сердца предрасполагают к развитию туберкулеза. Stohes, Hanot, Germain Gée указывали на частоту легочной чахотки у больных, страдающих аневризмой аорты. West полагает, что „совпадение легочного туберкулеза с поражениями сердца встречается часто“. Проф. Д. О. Крылов, резюмируя литературные данные по этому вопросу в своей статье „Сердечные заболевания в связи с туберкулезными поражениями в легких“ (Врачебное Дело, 1914, № 16—17) формулирует их следующим образом: „Заболевания сердца встречаются при легочном туберкулезе преимущественно вследствие случайного совпадения“. Деятельность сердца изменяется главным образом „от действия повышенной температуры, от токсемии, от сопутствующего миокардита, от сдавления сердечных нервов шейными или средостенными лимфатическими железами, от средостенного отека, от неврита (блуждающего нерва)“. Hebermeister'у удалось доказать „на гистологических препаратах сердца в местах, характеризовавшихся сильным размножением ядер сердечной мышцы, а также кругло-клеточными инфильтрациями в виде неправильных полосок, путем прививок, присутствие туберкулезных bacill“ (Virchow's Arch., 1909 г., цит. по Kulbst'y, „Болезни сердца и сосудов“, рус. изд. 1916 г., стр. 418).

Вышеприведенные данные говорят за то, что вопрос этот нуждается в дальнейшем изучении,—тем более, что изменения в сердце и больших сосудах при туберкулезе легких, по мнению проф. Д. О. Крылова,

имеют, помимо своего научного интереса, и большое практическое значение.

В последнее время, с обогащением наших знаний в области туберкулеза, никто не сомневается больше в том, что при этой болезни в the процессе постепенно втягиваются все органы тела, причем сердце в этом случае исключения не представляет. Сердце, как и вся сосудистая система, своеобразно реагирует на внедрение туберкулезной инфекции,—часто при длительных страданиях the палочки находят на клапанах сердца, на эндокарде, миокарде; the перикардит также не является редким заболеванием; давно отмечен многими авторами при туберкулезе и преждевременный артериосклероз. Далее, различные расстройства в сердце и больших сосудах у чахоточных, начиная с симптомов легкой возбудимости сердца и тахикардии до увеличения его размеров, расширения дуги аорты, органических шумов, акцента у верхушки и на аорте и пр.,—возможно также считать результатом действия the инфекции.

Для того, чтобы проверить, насколько часто при туберкулезе легких встречаются поражения сердца и больших сосудов, нами в течение 3 лет производились наблюдения в Ульяновском Тубдиспансере над изменениями со стороны сердца и больших сосудов при различных формах the, главным образом при легочной чахотке. Весь материал, в количестве 618 случаев, был тщательно и неоднократно исследован, в том числе и рентгеноскопически. К сожалению, вскрытий умерших произведено не было, так как условия работы Диспансера не позволяли этого сделать. Ниже приводимые таблицы дают возможность уяснить, какие формы легочного the подвергались наблюдениям, и как часто при них оказывались в той или иной степени измененными сердце и большие сосуды.

Надобно заметить, что каплеобразное сердце диагностировалось нами при помощи рентгеновского исследования, прочие же изменения в сердце устанавливались как путем объективного исследования, так и путем рентгеноскопии.

Из приведенных данных видно, что изменения в сердце встретились у the больных в 76,37%, нормальное же сердце только в 23,6%. Из общего количества больных с измененным сердцем увеличение сердца вправо было констатировано у 5,5%, влево—у 14,07%, общее увеличение сердца—у 32,52%, аневризмы восходящей части и дуги аорты—у 16,19%, каплеобразное сердце—у 8,09%, у больных the женщин изменения сердца и сосудов были найдены в 77,19%, у мужчин—в 75,55%.

ТАБЛИЦА I.

Распределение наблюдавшихся случаев по формам легочного туберкулеза.

Всего подвергалось наблюдению	Из них the легких			Остатки плевроита и the без явных локализаций	Воспаление бронхиальных желез
	A	B	C		
618 }	293	120	92	91	22
	47,41%	19,41%	14,86%	14,78%	3,54

При этом одностороннее поражение легких туберкулезом имело место в 13,06%, двустороннее—в 86,94%.

ТАБЛИЦА II.

Распределение больных *tbc* легких по формам заболевания и по возрасту.

Возраст	А			В			С			Итого
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	
0—5 л. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6—10 л. . .	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4
11—15 л. . .	8	3	—	—	1	—	—	—	1	13
16—20 л. . .	11	16	—	—	7	—	—	—	8	42
21—25 л. . .	37	39	1	—	31	2	—	7	22	139
26—30 л. . .	28	58	2	—	20	2	—	3	13	126
31—35 л. . .	11	20	1	—	21	—	—	2	10	65
36—40 л. . .	8	24	—	—	19	—	—	3	4	58
41—50 л. . .	7	14	1	—	16	1	—	2	17	58
Итого .	114	174	5	—	115	5	—	17	75	505

В том числе мужчин было 295, женщин—210.

ТАБЛИЦА III.

Изменения со стороны сердца и больших сосудов у больных *tbc* легких в различных возрастах.

Возраст	Органич. пороки сердца с увеличен.		Общее увеличение сердца (myo-carditis)	Аневризмы восх. аорты и дуги аорты	Каллеобр. сердце	Норм. серд. без изменений	Итого с измененным сердцем
	вправо	влево					
0—5 л. . .	—	—	—	—	—	—	—
6—10 л. . .	2	2	5	2	5	3	16
11—15 л. . .	1	3	6	—	4	9	14
16—20 л. . .	4	9	17	1	3	19	34
21—25 л. . .	9	23	36	19	16	36	103
26—30 л. . .	7	19	45	25	15	25	111
31—35 л. . .	6	13	34	13	4	11	70
36—40 л. . .	4	13	24	19	2	8	62
41—50 л. . .	1	5	34	21	1	5	62
Итого .	34	87	201	100	50	116	472

В Ы В О Д Ы.

1) При легочной чахотке изменения со стороны сердца и больших сосудов наблюдаются очень часто.

2) Эти изменения, повидимому, зависят от the интоксикации.

3) Вопрос о взаимоотношении the легких и сердца нуждается в дальнейшем изучении.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) West. Болезни органов дыхания.—2) Проф. Яновский. Туберкулез легких, изд. 1923 г.—3) Derenberg. Лечение легочной чахотки.—4) Kulbst. Болезни сердца и кровеносных сосудов.—5) Унтербергер. Домашняя санатория в борьбе с чахоткой, изд. 1908 г.—6) Деуске. Практическое руководство по туберкулезу, изд. 1923 г.—7) Проф. Крылов. Врачебное Дело, 1924 г., № 16—27.—8) Проф. Медовиков. Туберкулез в детском возрасте, изд. 1926 г.—9) Штефко. Патологическая анатомия туберкулеза легких в биологическом освещении, изд. 1926 года.
-

Всех кн.
К. Г. М. И.

Лечение брюшного тифа хлористым барием.

Проф. К. М. Руткевича (Краснодар).

Брюшной тиф по длительности своего течения и возможности появления осложнений и ряда сюрпризов принадлежит к категории тех заболеваний, где врач у постели больного находится в таком же положении, как и его окружающие,—с момента установки диагноза он не может, даже приблизительно, ничего сказать ни о продолжительности самой болезни, ни о характере ее течения, а вся его борьба с тифом ограничивается лишь симптоматической терапией. Поэтому уже с давних пор усиления врачебного мира были направлены в сторону отыскания способов специфического лечения этой болезни. Серо- и вакцинотерапия брюшного тифа не дали, однако, еще осязательных практических результатов, ибо, хотя некоторые авторы и указывают при них на укорочение срока болезни и понижение % смертности, но думаю, что здесь могут играть роль и другие факторы, напр., характер эпидемии брюшного тифа, степень госпитализации больных и пр.

Оставляя в стороне вопрос о серо- и вакцинотерапии, как не входящий в наши рамки, я хотел бы коснуться лишь медикаментозного лечения брюшного тифа. И здесь дело обстоит весьма печально. Увлечение *antipyretica* давно уже прошло, и в настоящее время стараются их избегать, за исключением особых показаний. Применение *antiseptica*, основанное на ложном представлении, что данная болезнь гнездится лишь в кишечнике, теперь также не пользуется никаким престижем, и назначение их в настоящее время имеет целью скорее успокоить окружающих больного, есть назначение *ut aliquid fiat*. При таком печальном положении дела я думаю, что всякая попытка в этом направлении с более или менее благоприятными результатами заслуживает нашего внимания, почему и решаюсь представить те результаты, которые мною получены при лечении брюшного тифа хлористым барием.

Среди лекарственных средств, предложенных в последние годы для лечения этой болезни, особенное внимание привлекли препарат кремневой кислоты *Siliquid*, *Na salicylicum*, стомозин и уротропин. Что касается салициловокислого натра, то, по мнению *Hilgermann'a*, он обладает бактерицидным действием в отношении тифозных палочек, что и дает основание для применения его у постели больного. *Siliquid*,—коллоидальный раствор кремневой кислоты,—по мнению *Thoma, Schwarza и Kloepper'a* связывает токсины, быть может, вызывает активирование протоплазмы и увеличение антитоксинов; наблюдения с интравенозным вприскиванием больным этого средства дали укорочение течения тифа и значительное улучшение общего состояния больных. *Gibaldi* наблюдал благоприятные результаты, иногда даже купирование болезни, от внутривенного введения стомозина. Напротив, применяя внутривенно уротропин, *Chalier* и *Grandmaison* не могли отметить влияния его ни на продол-

жительность болезни, ни на смертность от нее,—улучшалось лишь при таком лечении самочувствие больных. Проверка всех этих средств ведется в настоящее время в моей клинике д-ром А. Ф. Чудиновой, и результаты ее будут в скором времени сообщены в печати.

Еще в 1908 г. нами было выяснено действие солей бария на сердце и кровеносные сосуды как у хладнокровных, так и у теплокровных животных, в том числе и собак. Это действие проявляется, во-первых, поднятием кровяного давления, зависящим от сужения сосудов, во-вторых, возбуждающим влиянием на тормозящий аппарат сердца и на сердечную мышцу. При экспериментальном исследовании можно различать в действии бария на сердце три фазы: фазу первичного замедления, фазу диссоциации и фазу вторичного замедления; последние две фазы зависят от непосредственного действия бария на сердечную мышцу. Со стороны некоторых авторов было указано на возможность замены хлористым барием наперстянку, я, однако, убедился, что соли бария в действии на сердце не только должны быть поставлены ниже наперстянки, но можно думать, что при имеющемся поражении сердечной мышцы и сосудов они могут принести вред больному. К такому же заключению пришел и проф. Орловский, который нашел, что существующая в зависимости от поражения миокарда аритмия под влиянием хлористого бария усиливается, и вообще при страдании сердечной мышцы и сосудов средство это дает ухудшение.

Подметив у некоторых больных чрезвычайно благоприятное действие хлористого бария на течение брюшного тифа, я время от времени продолжал применение этого средства, причем, имея в виду возможность нежелательного его действия на сердце, я применял его лишь в тех случаях, где мышца сердца была здорова. Сначала я назначал брюшнотифозным больным хлористый барий каждые 2 часа, но затем, имея в виду экспериментальные данные, свидетельствующие, что неблагоприятное действие хлористого бария на сердце быстро проходит при прекращении введения его, я стал применять это средство не чаще 3 раз в день. При этом я должен оговориться, что, тогда как при экспериментальных исследованиях хлористый барий вводился непосредственно в кровь, брюшнотифозным больным он назначался per os. В отношении дозировки я шел ощупью, осторожно,—сначала применял маленькие дозы, от 0,06 до 0,1, затем дозы эти постепенно повышались, и, наконец, я остановился на дозе 0,5, даваемой три раза в день. Обычно лекарство применялось не более 6—7 дней подряд, после чего производился перерыв на 3—5 дней, а затем уже новое назначение средства. Более длительная дача имела место лишь в тех случаях, где больные переносили хлористый барий вполне хорошо. Внутривенно я его не применял, ибо не был уверен в чистоте препарата. В общем средство это переносилось хорошо, но у некоторых больных, как и при экспериментальных наблюдениях, отмечались то перистальтика кишек с поносами и небольшими болями, то частое мочеиспускание с дизурическими явлениями, а у одной больной средство это пришлось отменить в виду вызываемой им рвоты. Наблюдения начаты были мною еще 2 года назад, но, так как брюшной тиф в клинике попадает не так уже часто, то общее число их равняется пока всего 35.

Излагая их результаты, я должен прежде всего отметить хорошее самочувствие больных при лечении хлористым барием,—явления токсемии

у них быстро проходили, и больные совершенно не имели вида тифозных, у них появлялся хороший аппетит. Вторая особенность заключалась в появлении у некоторых больных новых розеол уже после падения температуры, когда апирексия существовала уже 2—3 дня. Пульс под влиянием хлористого бария несколько замедлялся, но не всегда; при появлении же учащения его или экстрасистол дача средства прекращалась. Вредного влияния хлористого бария на почки не отмечалось, моча не представляла заметных изменений.

Из 35 леченных случаев в двух наступила смерть,—в одном вследствие профузного кишечного кровотечения, в другом—благодаря присоединившейся пневмонии. Т. о., повидимому, хлористый барий, несмотря на свои сосудосуживающие свойства, не предохраняет от кровотечения, и в случае осложнения действие его, повидимому, ослабевает,—быть может в силу вторичной инфекции.

Температура на 1-й или на 2-й день после назначения хлористого бария обыкновенно понижалась, затем снова слегка повышалась, и, наконец, наступало или постепенное, литическое падение ее (случай I), или же критическое (случай II).

Случай I. Болен 8-й день. Жалуется на озноб, жар, головную боль. В 1918 г. перенес сыпной тиф. Питание среднее, кожа суха, горяча, язык обложен, пульс 88, тоны сердца чисты, систолическое раздвоение I тона на верхушке и аорте. В легких явления бронхита. Живот мягок, селезенка выходит на 2 пальца из-под ребер, плотна; печень мягка, неболезненна; тонкие и толстые кишки без изменений. Диагноз—*typhus abdominalis*. 9-й день: t° 38,8°—38,6°, пульс 84, дикротичен, лейкоцитов 4.400, р. Widal'я 1:200, розеолезная сыпь на коже живота и груди, сонливость. 11-й день: t° 38,4°—38,8°, пульс 84, дикротичен, стул нормальный, увеличенная селезенка, розеола, небольшой кашель. 14-й день: t° 38,2°—38,2°, пульс 84, обложенный язык, сонливость, большой безучастен к окружающему, розеолезная сыпь; назначен хлористый барий 3 раза в день по 0,5. 16-й день: t° 37,6°—38,4°, пульс 80, испражнения жидки, 1 раз в день, та же розеолезная сыпь, сонливости нет. 18-й день: t° 37°—38,8°, самочувствие лучше, появился аппетит; пульс 64, на коже живота розеола, селезенка увеличена, плотна. 20-й день: t° 36,8°—37,4°, пульс 64, язык чист, запоры, та же розеолезная сыпь. 22-й день: t° 36,2°—37,1°, пульс 68, розеола, самочувствие хорошее. 24-й день: t° 36,2°—36,8°, розеола. 25-й день: розеола, чувствует себя здоровым.

Случай II. Болея 7-й день. Головная боль, жар, общая слабость, отсутствие аппетита, жажда, запоры. Пульс 100, язык обложен, кожа горяча, на животе 5—6 розеол. В легких изредка сухие хрипы. У верхушки сердца систолический шум и акцент II тона. Живот умеренно вздут, печень выходит на 1 палец из-под ребер, мягка, селезенка на 2 пальца, плотна, подвздошная кишка слегка чувствительна. Мочеиспускание затруднено. Диагноз—*typhus abdominalis, insuf. mitralis*. 8-й день: t° 39°—39,8°, реакция Widal'я 1:150, лейкоцитов 3.400. 10-й день: t° 38,9°—39,6°, пульс 104, дикротичен, язык обложен, запоры, папулезная розеолезная сыпь, назначен хлористый барий 0,5×3. 11-й день: t° 38,8°—38,6°, пульс 88, кашель, небольшая тошнота, испражнения 1 раз в сутки, жидкие, розеола. 12-й день: t° 37,8°—39,5°, пульс 92, стула нет, сухой кашель, селезенка увеличена, плотна, новая розеолезная сыпь. 14-й день: t° 38,3°—38,8°, пульс 88, язык чист, запоры, розеола побледнела, в легких сухие хрипы. 16-й день: t° 37,8°—38,4°, самочувствие хорошее, пульс 84. 16-й день: t° 36,4°—36°, пульс 88, ночью пот, язык чист, больная хочет встать с постели, появился аппетит, испражнения после клизмы, бледные розеола. 17-й день: t° норм., пульс 68, розеол нет, значительный аппетит, самочувствие хорошее, в сердце тот же систолический шум у верхушки. 19-й день: пациентка чувствует себя здоровой.

Реже сразу на 1-й или на 2-й день наступал кризис.

Случай III. Болен 7-й день. Общая слабость, разбитость, t° 39°—39,4°. Перенес в 1917 г. возвратный тиф и в 1920 г.—сыпной. Пульс 90, язык обложен, на коже живота и груди розеолезная сыпь. В легких сухие хрипы. Тоны сердца чисты, систолическое раздвоение I тона у верхушки и на аорте. Живот слегка

вздут, селезенка выходит на 1 палец из-под ребер, плотна, тонкие и толстые кишки неболезненны, в крови палочки Eberth'a. Диагноз—typhus abdominalis. 8-й день: t^0 38,8⁰—39,2⁰, язык обложен, сонливость, пульс 92, те же розеола, отсутствие аппетита, лейкоцитов 5,000. 9-й день: t^0 38,6⁰—39,4⁰, пульс 90, розеолезная сыпь, сухой кашель, сонливость. 10-й день: с утра назначен хлористый барий 0,5×3, t^0 38,2⁰—37,8⁰, пульс 88, розеола, увеличение селезенки. 11-й день: t^0 36,4⁰—36,8⁰, пульс 68, небольшой пот, розеола нет, стул нормальный. 12-й день: t^0 норм., пульс 56, розеола нет, испражнения нормальны, есть аппетит, самочувствие хорошее. 13-й день: чувствует себя здоровым.

Что хлористый барий действительно оказывает заметное влияние на кривую, t^0 при брюшном тифе, — мною было проверено неоднократно путем прекращения дачи лекарства. Так, в случае IV больной получал хлористый барий в течение 4 дней, и температура у него постепенно падала до нормы, но с момента прекращения дачи лекарства она снова пошла вверх, и только новая дача лекарства в течение 5 дней дала выздоровление.

Случай IV. Болен 13-й день, озноб, жар, головная боль, обложенный язык, t^0 38,4⁰—38,8⁰, пульс 90, на коже нижней части груди и живота довольно обильная папулезная розеола. В легких сухие хрипы. Левая граница сердца по сосковой линии, систолический шум у верхушки, акцент II тона. Живот слегка вздут, желудок на 2 пальца выше пупка, печень выходит на 1 палец из подреберья, мягка, неболезненна; селезенка не прощупывается; соесим и ileum без изменений. Стул после клизмы. Реакция Widal'a 1:200, количество лейкоцитов 4,000. Диагноз—typhus abdominalis, insuf. mitralis. 15-й день: назначен хлористый барий по 0,5 3 раза в день; t^0 37,7⁰—38,4⁰, пульс 88, те же розеола, обложенный язык, стул после клизмы. 16-й день: t^0 37,4⁰—38,2⁰, пульс 84, стул 1 раз, полужидкий; небольшой кашель. 18-й день: t^0 37,2⁰—37,6⁰, пульс 80, бледные розеола, язык влажный, стул жидкий 1 раз, самочувствие удовлетворительное; хлористый барий прекращен. 20-й день: t^0 37⁰—38,8⁰, вновь озноб, жар, пульс 88, обложенный язык, новые розеола. 21-й день: t^0 37,6⁰—39⁰. 22-й день: опять назначен хлористый барий; t^0 37,6⁰—38,4⁰, пульс 88, кашель, селезенка не прощупывается, стул после клизмы. 24-й день: t^0 37,2⁰—37,4⁰, пульс 84, самочувствие лучше, стул после клизмы, те же розеола. 26-й день: t^0 36,6⁰—37,6⁰, пульс 80, запоры, появился аппетит. 28-й день: t^0 36,6⁰—36,8⁰, пульс 72, пациент чувствует себя здоровым.

Независимо от типа кривой непосредственно после дачи хлористого бария всегда наблюдалось известное понижение температуры, которое затем сменялось повышением и последующим литическим или критическим падением температуры; реже это понижение было окончательным.

Как показали наши наблюдения, не всегда, однако, хлористый барий при своем назначении дает уже в начале болезни падение температуры и выздоровление, — здесь все зависит от силы инфекции и реакции организма. В середине тифа, даже в тяжелых случаях, а особенно в конце его, назначение этого средства, как я убедился, всегда дает положительный эффект, но в начале — не всегда, и для получения выздоровления приходится назначать его повторно с перерывами. Иллюстрацией сказанного может служить наш случай V, где хлористый барий был назначен на 13-й день болезни, причем, хотя в других случаях сплошь и рядом в этот день болезни получалось падение t^0 до нормы, здесь произошло лишь временное понижение ее, заменившееся затем новым подъемом, несмотря на дачу лекарства, и только спустя 9 дней новое назначение хлористого бария дало окончательный эффект.

Случай V. Больна 10 дней. Жар, ломота в конечностях, головная боль, запоры, t^0 39⁰—39,6⁰, пульс 104, язык обложен, дрожит при высовывании. На коже живота 2—3 розеола. В правой нижней доле легкого крупные влажные хрипы. Тоны сердца чисты, систолическое раздвоение I тона у верхушки и на аорте.

Живот вздут, печень мягкая, выходит из-под ребер на I палец, селезенка не прощупывается, coecum и ileum без изменений, сигмовидная кишка нечувствительна. Р. Vidal'я 1:200, лейкоцитов 4.200. Диагноз — typhus abdominalis. 12-й день: t^0 38,4—40,2°, пульс 100, язык обложен, дрожит, розеола, селезенка не прощупывается. 13-й день: t^0 38°—39,4°, пульс 100, назначен хлористый барий 0,5×3. 14-й день: t^0 38,2°—39,4°. 15-й день: t^0 37,5°—39,5°, пульс 84, язык обложен, тоны сердца чисты, испражнения после клизмы. 17-й день: t^0 37°—38,4°, пульс 88, самочувствие лучше, язык влажный, запоры. 18-й день: t^0 вновь повышается (37°—39,2°), пульс 80, в легких сухие хрипы, розеол нет; хлористый барий отменен. 19-й день: t^0 у. 37,6°, в. 40,2°. 20-й день: t^0 38,4°—40°, пульс 114, вздутие живота, розеол нет, селезенка не прощупывается, сонливость. 22-й день: t^0 38,4°—39,8°, пульс 108, розеол нет, тоны сердца чисты. 24-й день: 38,6°—39,8°, пульс 100, на коже живота розеолезная сыпь, запоры, сонливость. 27-й день: t^0 38,6°—39,6°, пульс 102, те же розеола, сонливость. 28-й день: вновь назначен хлористый барий; t^0 38,6°—39,4°, пульс 100, новая розеолезная сыпь, запоры, селезенка не прощупывается. 29-й день: t^0 38,4°—38°. 30-й день: t^0 37,4°—38,2°, пульс 88, розеола, самочувствие значительно лучше, сонливости нет, тоны сердца чисты. 32-й день: t^0 37,4°—38,2°, пульс 88, те же розеола, появился аппетит. 34-й день: t^0 37,4°—37,8°, влажный язык, аппетит, стул после клизмы. 36-й день: t^0 37°—37,4°, пульс 82, розеолезная сыпь, самочувствие хорошее. 38-й день: t^0 норм., чувствует себя удовлетворительно, розеолезная сыпь. 40-й день: t^0 норм., пульс 80, розеол нет, здорова.

Что касается способа действия хлористого бария при брюшном тифе, то для меня он пока неясен. Грубые опыты показали, что на тифозную палочку, повидимому, средство это не действует, но необходимы еще детальные бактериологические исследования и, прежде всего, повторные гемокультуры у тифозных при лечении хлористым барием для выяснения влияния его на тифозную бактерию, что не могло быть выполнено мною за неимением соответственной обстановки. Кроме того, думается мне, важно выяснить влияние хлористого бария и на развитие иммунитета у брюшнотифозных больных, ибо появление розеол при нормальной температуре у некоторых больных говорит как бы за то, что инфекция в организме еще имеется налицо, но она не дает уже обычных клинических проявлений. Все это—задача будущих исследователей.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Hilgermann. Münch. med. Woch., 13, 1926.—2) Schwarz. Münch. med. Woch., 42, 1925.—3) Kloeppel. Münch. med. Woch., 43, 1926.—4) Chalier et Grandmaison. Deut. med. Woch., 49, 1926.—5) Giral di. Münch. med. Woch., 47, 1925.—6) Орловский. Русск. Врач, 6—9, 1909.—7) Руткевич. О влиянии солей бария в магnezии на сердце и кровеносные сосуды. Дисс. 1908.

К картине крови при *purpura variolosa*¹⁾.

Ординатора **Р. М. Ахрем-Ахремовича.**

(С таблицей рис.).

Настоящее сообщение имеет свою целью обратить внимание на крайне интересные морфологические изменения в элементах крови, наблюдавшиеся нами при *purpura variolosa*, и подчеркнуть диагностическое значение их при распознавании этого заболевания. Это тем более практически важно, что диагноз *purpurae variolosae* является часто трудным, болезнь в спорадических случаях редко распознается и иногда, благодаря сходству с клинической картиной *purpurae fulminantis*, ошибочно принимается за последнюю (Litten, Councilman и др.²⁾.

В литературе мы могли встретить только сообщение Ikeda, в котором подробно характеризуются изменения крови при *purpura variolosa*. По клинической картине и течению болезни автор различает два типа данной болезни—первичный и вторичный. Первичная или ранняя форма характеризуется отсутствием папул, быстрым течением (в среднем 5,3 дня) и сопровождается появлением петехий и эритем. Течение вторичной или поздней формы продолжительнее (в среднем 9,1 дня), при ней дело доходит до образования папул, превращающихся медленно в пузырьки; кроме того при этой форме появляются кровотечения из внутренних органов: почек, желудка, легких и др. Особенно ценными в диагностическом отношении и заслуживающими внимания при этом заболевании являются изменения со стороны крови. Эти последние, по Ikeda, настолько постоянны и специфичны, что дают возможность уже в раннем периоде поставить диагноз, а также дифференцировать сомнительные случаи, сопровождающиеся эритемами (сепсис, пустулезная геморрагическая оспа, корь, скарлатина и др.). Изменения эти, характерные только для *purpura variolosa*, по Ikeda,—следующие: 1) прогрессивное падение тромбоцитов (число их при первичной форме в среднем падало до 32,750, при вторичном—до 13,500 в 1 к. мм.); 2) быстрое уменьшение полиморфноядерных нейтрофилов (при первичной форме в среднем до 25%, в некоторых случаях до 10%, при вторичном—до 40,6%); в единичных случаях снижение их происходило так быстро и внезапно, что по мазкам крови можно было говорить о лейкоэмическом (лимфэмическом) состоянии; 3) резкие дегенеративные изменения в нейтрофилах; 4) наличие нормобластов, полихромазия и базофильная крап-

¹⁾ Доложено в Обществе Врачей при Казанском Университете, в апреле 1927 г., и на II Поволжском Съезде Врачей в г. Саратове.

²⁾ Цит. по Ikeda.

частотъ; изменения эти были при *purpura variolosa* более постоянными и резче выраженными, чем при других формах оспы. Посевы крови из 19 прижизненных культур в 8 дали рост гемолитического стрептококка, в 6—негемолитического, в 5 остались стерильными; из 9 посмертных в 8 был обнаружен гемолитический стрептококк и в 1—негемолитический.

Что касается картины крови при оспе вообще, то, как правило, оспа сопровождается обычно увеличением общего числа лейкоцитов (Naegeli, Schilling, Плавинский и др.). Большинство авторов указывает на незначительный лейкоцитоз в стадии папул, более выраженный—в везикулярной стадии и наиболее резкий—в пустулезной. Лейкопения, наблюдающаяся в некоторых случаях, рассматривается, как проявление несостоятельности костного мозга. Особенно характерным для оспы считается наличие высокого % содержания моноцитов (Naegeli, Schilling),—число последних в стадии развития болезни может достигать 40—55%. По Naegeli моноцитоз имеется даже в инкубационном периоде. Kaemmerer и Erlenmeyer отмечают приблизительно с 5-го дня лимфоцитоз, достигающий от 25 до 60%. Сдвиг нейтрофильной картины влево до миелоцитов, присутствие эозинофильных миелоцитов и клеток Türk'a, появление нормобластов—также обычные находки при пустулезной оспе (Kaemmerer, Rieux, Naegeli, Schilling и др.). Böhm в некоторых случаях находил столько миелоидных форм, что мог говорить об остром миелозе.

Обращаясь теперь к нашему наблюдению.

13.III 1927 в клинику поступил милиционер У., 28 лет, с жалобами на сильные боли в спине, кровавую мочу, кровотечения из носа и рта, резкую общую слабость, головные боли, одышку и боль при глотании. Заболел он 7.III среди полного здоровья.—вначале появилась головная боль, сопровождавшаяся небольшим ознобом, к вечеру того же дня к ней присоединились сильные боли в пояснице и кровоточивость десен, а также небольшой жар (t^0 не измерялась). Указанные выше явления держались до 11.III, когда к ним присоединились кровавая моча и обильная сыпь по всему телу. Аппетит потерян. Стул в течение 6 дней отсутствует. Мочиспускание безболезненно. Lues больной отрицает, в прошлом он отличался крепким здоровьем.

Больной среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. На коже лица и шеи разлитая краснота с цианотическим оттенком, при более подробном осмотре здесь же отмечается много точечных кровоизлияний. Бросается в глаза наличие разбросанных по всему телу геморрагических пятен величиной от булавочной головки до мелкой серебряной монеты, особенно обильных в паховых складках и подмышечных впадинах, где скопление их производит впечатление обширных кровоизлияний. Слизистые десен значительно отечны, темно-красного цвета, кровоточат. Язык красный с необильными кровоизлияниями. Миндалины увеличены и покрыты грязно-серым налетом. Лимфатические железы шеи величиной до горошины и более, безболезненны, мягко-эластической консистенции. Пульс ритмичный, 98 ударов в 1', наполнения ниже среднего. Со стороны сердца ничего патологического. В нижних отделах обоих легких единичные влажные хрипы. Селезенка больше, чем на палец, выходит из-под ложных ребер, мягка, слегка болезненна. Печень по l. mamillaris dext. выступает на $1\frac{1}{2}$ п. из-под реберной дуги. Моча макро-и микроскопически выглядит, как кровь. T^0 39,4°. Исследование крови: Hb—94%, E—4,980,000, лейкоцитов—25,270, лейкоцитарная формула: нейтроф.—81,25% (из них 0,5 промиелоц., 4% миелоцит., 12,25% юных, 34,5% палочкояд., 27,5 сегмент. и 27,5% „карликовых“), эозинофилов—1,25% (из них 0,5 миелоц. и 0,75% сегмент.), лимфоцитов—12%, лейкоцитов—4,5%, клеток Türk'a—1%. Тромбоцитов—49,000. Blutungszeit— $\frac{1}{2}$ мин. Посев крови дал культуру гемолитического стрептококка.

14.III: на верхних конечностях отмечены единичные папулы, имеющие склонность перейти в пузырьки; t^0 37,4°; исследование крови: лейкоцитов 18,100,

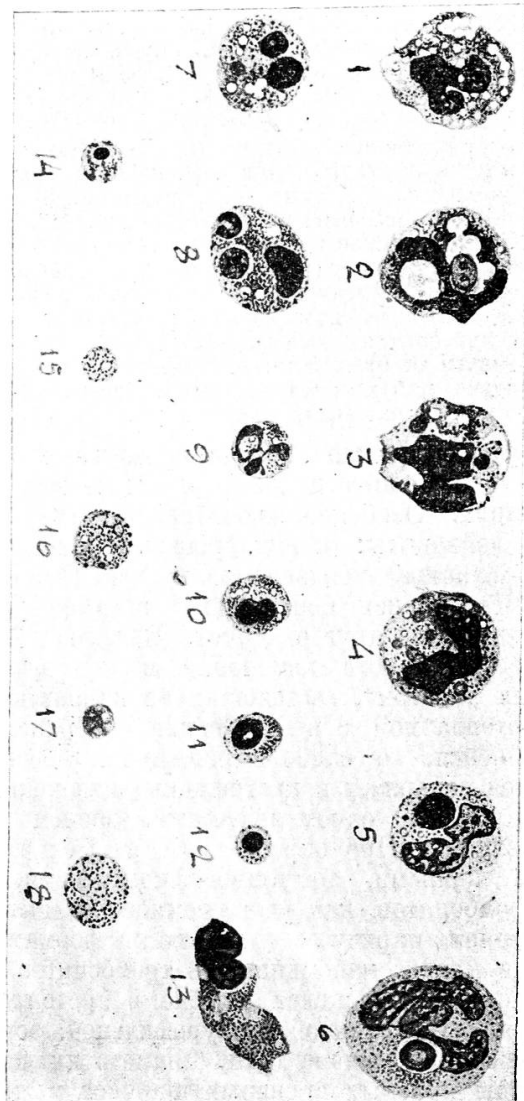
лейкоцитарная формула: нейтрофилов—79,5% (из них 0,5% миелоцит., 8% юных, 29% палочкояд., 34% сегмент. и 8% „карликовых“), эозинофилов—1% (из них 0,5 миелоцит. и 0,5 сегмент.), лимфоцитов—15% моноцитов—4%, нормобластов—0,5%, встречаются единичные клетки Түгк'а и миэлобласты. Вечером того же дня больной переведен в клинику инфекционных болезней, где на следующий день и умер.

Клинический диагноз: *purpura variolosa*. Вскрытие (д-р Н. И. Вылегжанин): *septicaemia, haemorrhagiae punct. epicardii, degeneratio parench. myocardii, hyperplasia ac. lymphogland. univers. et lienis, the lymphogland. bronchialis sin., pleuritis chr. fibr. totalis d. et synechial s., tonsillitis et pharyngo-laryngo-tracheitis ichorosa, broncho-pneumonia lobi inf. pulmonis sin., the sanata apicis sin., exulceratio mucosae oesophagi et oesophagitis follicularis ac., haemorrhagiae multiplices mucosae ventriculi, perihepatitis chr. fibr., infiltratio adiposa degenerativa et degeneratio parenchymatosa hepatis, helminthiasis (oxyuris vermicularis в громадном количестве в толстых кишках), haemorrhagiae diffusae radicis mesenterii et caps. adiposae renum, haemorrhagiae mucosae pelvium. nephroso-nephritis ac., exanthema variolosa haemorrhagica cutis univ., praecipue faciei et abdominis, haemorrhagiae diffusae conjunct. bulborum et subcutidis reg. cubiti bilateralis.*

Микроскопическое исследование обнаружило во внутренних органах резкую паренхиматозную дегенерацию. Кроме того, в печени и почках, в прослойках соединительной ткани, имелись очаги клеточной инфильтрации, состоявшей по преимуществу из большего числа полиморфноядерных эозинофильных лейкоцитов, эозинофильных миелоцитов и особых клеток типа макрофагов. Лимфоцитов среди этих скоплений почти не было заметно. Эндотелий капилляров печени (Kupfferовские клетки) сильно набух, ядра его были увеличены, сочны, просветы капилляров, вследствие выбухания эндотелия, сужены.

Морфологическая картина крови в этом случае представляла крайне интересные особенности, которых мы не встречали ни при каких других заболеваниях. Особенно своеобразные изменения представляли нейтрофильные лейкоциты: в них бросались в глаза чрезвычайная вакуолизация протоплазмы, конденсация и фрагментация ядер, фрагментация всей клетки. Встречались нейтрофилы, в которых сегменты ядра были совершенно разделены друг от друга. В мазках можно было проследить все формы регрессивного изменения в нейтрофилах вплоть до отдельных маленьких „клеток“, состоявших из компактного круглого ядра, окруженного протоплазмой с нейтрофильной зернистостью, то довольно хорошо сохранившейся, то слабо выраженной. Большой процент нейтрофильных лейкоцитов содержал в протоплазме включения, число которых доходило до 6 и более в одном лейкоците, причем их величина, форма и цвет были различны. При окраске по *Parrenheim*'у включения выглядели то почти черными, то темно-фиолетовыми, то светло-синими и т. д. Число тромбоцитов, как уже упоминалось выше, было значительно понижено, причем наряду с типическими формами встречались образования, более или менее напоминавшие тромбоцитов, но при внимательном рассмотрении оказавшиеся глыбками протоплазмы, то нейтрофильно-зернистой, то базофильной с азурофильной зернистостью, то базофильной без выраженной зернистости. Диаметр их колебался от 3 до 10—11 μ . Со стороны красных кровяных шариков можно было отметить выраженную полихромазию, базофильную крапчатость и наличие нормобластов. Указанные дегенеративные изменения в нейтрофильных лейкоцитах, по *Ikeda*, зависят скорее от действия *toxin-virus*'а непосредственно на полинуклеары, циркулирующие в крови, чем на нейтрофильные элементы в костном мозгу.

Находившийся под наблюдением в течение суток случай этот представлял вначале некоторые затруднения для диагноза. Казалось возмож-



1) Нейтрофил с вакуолизированной протоплазмой; 2—4) нейтрофилы с различными включениями и вакуолизированной протоплазмой; 5) две глыбки тризно-синего цвета; 6) включения синего-голубого цвета; 7—8) нейтрофилы с включениями в протоплазме глыбками хроматина; 9—12) нейтрофилы с ядрами, распавшимися на отдельные сегменты, то липнотическое, то в состоянии кардиолиза; ядра не представляют характерной структуры.—структура «смазана» (1—4), нейтрофильная зернистость недостаточно выражена (1—4, 7—12); 9—12) карликовые нейтрофилы; 13) нейтрофил, намекающийся в котором отщипывание протоплазмы может обяснить происхождение глыбок, изображенных в № № 15 и 16; 14) продукт фрагментации или необычного превращения клеток с базофильной протоплазмой; 15—18) образования, напоминающие кровяные пластинки.—продукт отщипывания протоплазматических глыбок от различных клеток; 15—16) глыбки нейтрофильной протоплазмы; 17) глыбки базофильной протоплазмы; 18) то же с базофильной зернистостью.

ным объяснить всю клиническую картину острым септическим процессом с *purpura fulminans*; однако наличие в крови эозинофильных миелоцитов колебало диагноз, и только сопоставивши клиническую картину, а в частности изменения со стороны крови, с наблюдениями Ikeda, мы могли усмотреть между ними почти полное тождество и остановиться на диагнозе *purpura variolosa*¹⁾. Правда, в нашем случае были некоторые особенности, заслуживающие быть подчеркнутыми: 1) более высокое % содержания нейтрофилов; 2) отсутствие выраженной тенденции к их падению; 3) лимфоциты держались на цифрах 12—15% в то время, как у Ikeda во всех случаях был отмечен выраженный лимфоцитоз. Нам кажется, эти особенности могут быть объяснены тем, что процесс разрушения нейтрофилов, так ярко выступающий в морфологической картине, не дал еще своих результатов в смысле нейтропении.

В заключение считаю нужным еще раз подчеркнуть, как наиболее важную особенность в картине крови, изменения нейтрофилов, среди которых мы на первое место выдвинули бы фрагментацию ядер и клеток, дававшую в результате „карликовые нейтросфилы“, которые при недостаточно внимательном наблюдении могли бы быть приняты за нормобласты с пикнотическим ядром. Аналогичным процессом фрагментации протоплазмы не только нейтрофилов, но, видимо, также клеток типа промиелоцитов и лимфоидных мы объясняем и происхождение описанных выше протоплазматических глыбок, напоминавших тромбоциты. Вакуолизация и включения в нейтрофилах достигали такой выраженности, какой мы не встречали при других заболеваниях.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Ikeda. Journal of Americ. Med. Assoc., 1925, № 24.—Naegeli. Blutkrankheit und Blutdiagnost., 1923.—Schilling. Münch. med. Woch., 1916.—Erlenmeyer. Deut. med. Woch., 1913, № 52; 1914, № 1.—Kaemmerer. Arch. f. klin. Med., 1910.—Rieux. Traité d'haematolog. clinique, 1924.—Плавинский. Лейкоцитарная форма крови при оспе (монография). 1916.—Vöhm. Med. Klinik, 1921.

¹⁾ Проф. С. С. Зимницкий, имевший большой опыт в данной области и случайно видевший больного в день его поступления, сразу склонен был понимать этот случай, как оспу.

Спинномозговая анестезия в Уржумской больнице.

В. С. Самборского.

Русская медицинская литература за последние годы обогатилась прекрасной монографией С. С. Юдина, посвященной спинномозговой анестезии. Книга эта, при широком охвате вопроса и при громадном личном опыте автора, восполняет пробел по этому важному вопросу. Все же в виду огромного интереса, который не могут не возбуждать вопросы обезболивания, мне кажется небесполезным, хотя в кратких словах, очертить и наш опыт в этом отношении.

Спинномозговая анестезия применяется мною с 1910 г. Записи за 5 лет, с 1918 г. по 1922 г., утрачены; между тем именно в эти годы, вследствие разрыва с границей и зачаточности нашей промышленности, ощущался особый недостаток в эфире и хлороформе, и поневоле приходилось чаще прибегать к наиболее дешевому и требующему такого малого количества анестезирующего вещества спинномозговому обезболиванию. За остальные годы нами проведено 1244 анестезий. В первые годы мною применялся главным образом тропококаин—препарат стойкий при кипячении и смешении с спинномозговой жидкостью. За израсходованием его пришлось перейти на новокаин, с которым и проведено большинство наших случаев. Препаратом этим я вполне доволен: он стоек, обладает значительной анестезирующей силой и не вызывает никаких, свойственных только ему, осложнений; во всяком случае он не хуже, если не лучше тропококана.

Спинномозговой мешок, как известно, на всем своем протяжении не имеет полных перегородок, а потому распространение всprыскиваемых в него растворов подчиняется физико-химическим законам. Практически это выражается в следующем: растворы более легкого удельного веса по сравнению со спинномозговой жидкостью имеют склонность распространяться кверху, более тяжелые—книзу (Gauss). Так как вверху находятся жизненные центры, паралич которых был бы опасен, то следует предпочитать тяжелые растворы, так как распространение их книзу будет безопасно. Я применял 5% новокаин в физиологическом растворе. Всякие повторные выкачивания и нагнетания с целью повышения уровня обезболивания, а равно немедленное опрокидывание больного головою книзу мною отвергались, как вызывающие не учитываемое, а может быть и опасное распространение действия кверху. Стрихнин, рекомендованный Joppesi для предупреждения парализующего действия на жизненные центры продолговатого мозга, применялся мною в первые годы, и я приписывал ему многое, но, когда у нас не стало стрихнина, я стал анестезировать без него и никакого увеличения осложнений не видел; парезы же, напр., жема заднего прохода видел не реже и при стрихнине.

По наблюдениям Straub'a мозговое вещество имеет химическое средство, „жадность“ к соединению с алкалоидами. Это свойство, конечно,

ограничено. Связывание происходит в течение 4 — 5 минут (Gauss, Barker). Если доза несlišком высока, то по истечении этого срока можно менять положение больного, не рискуя распространением алкалоида кверху. Это очень важно: при многих операциях требуется положение с повышенным тазом; через 5 минут после впрыскивания можно смело придавать больному такое положение. Это проверено мною на многих десятках случаев, и я ни разу не видел в связи с этим каких-либо осложнений.

В виду ограниченности способности мозговой ткани связывать алколонды, доза впрыскиваемого анестезирующего вещества должна быть по возможности ограничена. Я остановился на дозе в 0,04 новокаина для взрослого и нахожу ее вполне достаточной; можно оперировать и с 0,03, нисшая же доза часто уже бывает несостоятельной.

Принимая во внимание сложность иннервации брюшных органов, т. е. участие в ней и блуждающего нерва, который уже никак не может подвергаться действию алкалоида, введенного в отдаленные отделы спинномозговой полости, я за последние годы при более сложных операциях на брюшных органах применял, перед спинномозговым обезболиванием, подкожные впрыскивания морфия и видел от этого несомненную пользу — тем более, что эти же впрыскивания действовали благотворно и на психику оперируемого.

Опираясь на это же свойство сродства, я принял указания Jоппесу и стремился делать впрыскивание ближе к соответствующему сегменту спинного мозга, т. е. для операций ниже мечевидного отростка впрыскивал в 12-м (иногда 11-м) грудном промежутке, для операций на нижних конечностях — в 1-м поясничном, для операций на промежности — во 2-м или 3-м поясничном промежутке. Операций выше меча я делал мало: мне казалось, что близость продолговатого мозга, при отсутствии веры в противупарализующее действие стрихнина, делает применение здесь спинномозгового обезбоживания неоправдываемо-рискованным.

Еслиходишь в спинномозговой канал, нужно быть уверенным в асептике... Кожа спины перед укол ом обеззараживается обычным двукратным смазыванием иодной настойкой. Чтобы не внести с иглой инфекции из поверхностных слоев кожи, я делаю сначала маленький вкол ножом и через него уже провожу иглу. Раствор новокаина готовится тут же: в короткую пробирку высыпается 0,1 новокаина; это количество разводится 2 куб. с-ми физиологического раствора (5% раствор новокаина) и кипятится, после чего набирается в шприц и по охлаждении впрыскивается в количестве 0,8 куб. см., т. е. 0,04 новокаина. Игла после впрыскивания извлекается, и место вкола заклеивается коллодием или липким пластырем.

Если возможно, впрыскивание производится в сидячем положении больного; после впрыскивания больной ложится с подушкой под головой.

Анестезия в наших случаях развивалась быстро, выжидания не требовалось: смажешь операционное поле иодом, отгородишь салфетками и приступаешь к операции. Как правило, обезболивание было полным; лишь у боязливых больных, где по условиям операции требуется полный покой кишечника, отсутствие всякого выпирания его, приходилось иногда переходить на ингаляционный наркоз.

Об отношении впрыскиваемого новокаина к мозговым центрам говорилось выше. Понятно, что вещество, впрыскиваемое в такой малой дозе,

не может действовать на сердце, легкие, печень, почки и т. п. В этом громадное преимущество спинномозгового обезболивания перед ингаляционным наркозом, а в ширине поля анестезии — преимущество перед местным инфльтрационным обезболиванием.

Самые частые осложнения спинномозговой анестезии — это головная боль и повышение температуры. Головные боли продолжались в наших случаях от одного до нескольких дней. Лечение их — обычное, симптоматическое. Боли эти не очень сильны и, кроме некоторой неприятности для больного, никаких серьезных последствий не имели; в дальнейшем они проходили без следа. Повышения температуры от нескольких десятых до 2° бывали у нас часто, причем появлялись на 1-й или 2-й день, держались от 1 до 3 дней, никаких мер не требовали и проходили бесследно... Однократная рвота при спинномозговом обезболивании бывала редко, повторная, подобная посленаркозной, — никогда.

Вообще по редкости серьезных осложнений, по независимости от искусства помощника-наркотизатора, по легкости наблюдения за состоянием больного во время операции, по легкости ухода в послеоперационном периоде, по дешевизне обезболивания, по верности действия и ширине поля обезболивания спинномозговая анестезия у взрослых является методом выбора для операций, производимых ниже мечевидного отростка.

К вопросу об остром аппендиците, его осложнениях и хирургическом вмешательстве при нем.

Ст. ассистента клиники проф. Н. В. Соколова.

Работа в клинике по экстренной хирургической помощи убедила меня, как мало у нас в Казани поступает в распоряжение хирургов больных с острым приступом аппендицита в первые сутки заболевания и как, наоборот, сравнительно много доставляется их с тяжелыми осложнениями аппендицита—аппендектальными гнойниками и перитонитами, как ограниченными, так и диффузными. Это обстоятельство и побуждает меня остановить внимание на вопросе своевременного вмешательства при остром аппендиците—вопросе, которого не существует на Западе, но существует в Америке, который разрешен в наших центрах, но который в условиях Казанской действительности приобретает особенное значение.

Чтобы не быть голословным, я привожу следующие данные: с 1922 по 1928 г. г. чрез Госпитальную Хирургическую клинику ¹⁾ прошло 488 больных с аппендицитом, из них оперировано было 454 больных:

		умерло
а) в холодном периоде	410	0
б) в остром приступе без наличия осложнений в первые 36 час. после начала заболевания	12	0
в) с гнойниками при ограниченном перитоните	9	2
г) с ограниченными гнойниками без явлений перитонита	14	0
д) с картиной диффузного перитонита при перфорированном отростке (из них 4 в первые 48 ч.)	19	14
Неоперированных было 25 больных, в том числе:		
а) доставленных в первые 48 час. после начала заболевания	3	0
б) доставленных на 3—10 сутки без осложнений	10	0
в) доставленных в тот же срок с инфильтратом без явлений перитонита	5	0
г) доставленных с абсцессом в заднем дугласе	1	0
д) " с диффузным перитонитом в очень тяжелом состоянии	6	6

Следовательно, в первые 48 часов было доставлено всего 19 больных, с осложнениями доставлено 54, из них умерло 22.

¹⁾ До сентября 1926 г. клиникой заведывал проф. А. В. Вишневский, с этого периода—проф. В. Л. Боголюбов.

Из этих цифр видно, что в Казани отношение к хирургическому вмешательству вначале заболевания консервативно, а с другой стороны очевидно и то, что процент осложнений от аппендицита и в связи с этим смертность от этой болезни, несомненно, очень значительны. А между тем вопрос о раннем хирургическом вмешательстве при остром аппендиците давным-давно разрешен в сторону активного вмешательства.

Идея раннего вмешательства при остром аппендиците, зародившись в Америке в 90-х годах прошлого столетия, скоро нашла себе применение во всех странах, оказавшись вполне жизненной. Идея эта связана с целым рядом крупнейших имен в хирургии—Mc. Barney'я, Murphy, Beck'a, Legueu, Championniere'a, Poirier, Roux, Tuffier, Delbet, Riedel'я, Rehn'a, Körte, Kummel'я, Haberer'a. Убеденным принципиальным сторонником ранней аппендэктомии был также, в начале текущего столетия, французский терапевт Dieulafoy. Из авторов последних лет особенно горячо выступили за раннее вмешательство при аппендиците Clairmont и американский хирург Tullte в Бостоне. Среди русских авторов одним из первых встал на точку зрения ранней операции при аппендиците проф. Цейдлер. В настоящее время определено в пользу ранней операции высказываются клиники профф. Мартынова (Егоров), Разумовского (Назаров), больница Боткина, возглавляемая Розановым, а равно и многие провинциальные хирурги (напр., Алипов).

Не останавливаясь на истории вопроса, я подчеркну лишь, что все доводы в пользу ранней операции современных сторонников ее давно уже, еще в 90-х годах прошлого столетия, точно и ясно были формулированы хирургами того времени. Доводы эти, однако, не выверенные на большом клиническом материале, понятно, были оспариваемы и отвергаемы сторонниками консервативного лечения в остром периоде.

Многие из упомянутых выше хирургов (Цейдлер, Roux, Delbet, Körte, Kummel), оперируя сначала на малом материале, не могли убедиться в преимуществах ранней операции при аппендиците и были осторожны в показаниях к раннему вмешательству при этой болезни, но потом, расширяя работу, они невольно переходили из лагеря консерваторов в лагерь радикалов, убедившись в целесообразности ранней аппендэктомии, как „лучшего, вернейшего и кратчайшего метода лечения“. В частности, Цейдлер, высказавшийся в 1901 г., вместе с другими участниками бывшего в Москве совещания по этому вопросу (Бобровым, Ростовцевым и др.), за выжидательное лечение острого аппендицита, уже в 1909 г., на IX Съезде Росс. Хирургов, выступил горячим защитником лозунга, выставленного английскими и американскими хирургами, что „лечение аппендицита является всецело делом хирургов“ и одновременно сторонником ранней операции.

Подкрепленные тысячами статистиками современных хирургов доводы в пользу ранней операции при аппендиците звучат теперь достаточно убедительно и заставляют нас склоняться в сторону радикального отношения к отростку в самой ранней стадии его заболевания. Lâwen в последнем издании руководства Nordmann'a категорически подчеркивает, что обязанность всех врачей—твердо встать на точку зрения ранней операции при аппендиците и не держаться долее бесполезного опыта консервативного лечения. Если в условиях практического врача,—пишет

он,—неясный диагноз может повести к консервативному лечению, то в клинике неясный диагноз должен решаться операцией.

Доводы в пользу ранней (в первые 36—48 ч.) аппендэктомии при остром приступе кратко можно формулировать следующим образом:

Течение острого аппендицита может принять угрожающие жизни больного формы, т. е. может вместо разрешения дать осложнения. Предвидеть учесть эти осложнения по ходу приступа в первые 36 час. обычно не представляется возможным, так как клиническая картина острого аппендицита часто совершенно не соответствует патолого-анатомическим изменениям в отростке. Об этом говорят исследования *Aschoffa*, *Küttmel* и др. *Läwen* пишет, что иногда при гангренозных тяжелых аппендицитах отсутствуют такие симптомы, как напряжение мышц и учащение пульса,—что иногда у больных, пришедших на своих ногах в клинику, на операции обнаруживали тяжелую картину аппендицита. В одном из наших случаев больной сам пришел в клинику с повторным приступом аппендицита через 12 час. после начала приступа болей в илеоцекальной области, с t^0 37,5°, пульсом 70, без напряжения мышц; при немедленной операции удаленный отросток оказался у него толщиной в большой палец взрослого, содержащим гнойную жидкость и представлявшим некротические изменения слизистой оболочки и потемнение в одном участке серозы, иначе говоря, он был готов к перфорации.

По клинической картине мы не можем учесть, не можем судить о вирулентности флоры в отростке, конституции последнего и силе сопротивления организма, т. е. всех тех факторах, которые влияют на дальнейший ход процесса.

Производство ранней аппендэктомии (в первые 36 час.) гарантирует больного от того риска, который связан с аппендицитом в случае его осложнения и, не говоря уже о сокращении срока лечения, является лучшим профилактическим средством против осложнений аппендицита.

Сама по себе операция в остром стадии (в первые 36 ч. заболевания) технически нетрудна, приходится считаться только с большей гиперемией толстой кишки и частым вздутием кишечника в сравнении с операцией в холодном периоде. При наличии старых спаек технические трудности во всяком случае не увеличиваются при операции в остром стадии. По исходу, будучи производима без наличия перфорации, она столь же благоприятна, как и операция в холодном периоде.

По данным сборной швейцарской статистики процент смертности при аппендэктомии равняется в первые сутки 0,7. По данным Базельской клиники (*Schär*) аппендэктомия в первые сутки заболевания дает 1,2% смертности. По данным Боткинской больницы % смертности оперированных при аппендиците в первые 24 ч. после заболевания равен 2,4%. Нужно заметить, что сюда включены не только случаи неосложненные, но и давшие уже перфорацию. Случаи, оперированные в первые сутки, без наличия этого осложнения, по данным *Грекова* и *Темоина*, дают 0% смертности.

Вообще, судя по статистике, надо признать, что переход на раннюю аппендэктомию снижает общую смертность при аппендиците. У *Berard-Vigard'a* при выжидательно-оперативном методе лечения было 20% смертности, у *Rolter'a*—10 %, а когда он перешел на раннюю

операцию, то общая смертность снизилась до 2⁰%. У Розанова при широком применении ранней аппендэктомии общий % смертности равен 1,8⁰%.

Таким образом как принципиальные обоснования, так и хирургическая практика говорят в пользу ранней,—в первые 24—36 ч.—операции при остром аппендиците. Весь вопрос в точной диагностике. Здесь нет нужды останавливаться на описании типического приступа аппендицита со всеми его кардинальными симптомами: болями, распространенными вначале по всему животу, а потом скоро локализирующимися преимущественно в правой подвздошной впадине, рвотой в начале приступа, повышением t^0 и учащением пульса в соответствии с подъемом t^0 , резким напряжением мышц в правой половине живота, главным образом внизу, чувствительностью при давлении, преимущественно в правой подвздошной области, и пр. В типических случаях, особенно при повторных приступах аппендицита, когда в анамнезе уже есть данные о неординарных в отрезке, диагностика нетрудна. Но иногда клиническая картина острого аппендицита является настолько затуманенной, что и тщательный клинический разбор больного, даже разбор консультативный с терапевтами, не всегда дает уверенность в правильном распознавании.

Это прежде всего относится к сравнительно редко встречающимся случаям расположения червеобразного отростка по направлению к печени, когда в острой стадии нелегко бывает провести дифференциальную диагностику между аппендицитом и холециститом. Некоторыми авторами (Назаров) подчеркивается значение для дифференцирования этих двух заболеваний поведения больных: больной с аппендицитом щадит себя, лежит спокойно; больной с холециститом беспокоен, переворачивается с боку на бок и т. д. У меня не осталось такого впечатления. Я видел больных с холециститом, которые боялись прикосновения к животу, и видел больных с аппендицитом, приходивших в клинику на ногах, без напряжения мышц. Все дело, видимо, в степени заинтересованности брюшины.

Затем нелегка бывает диагностика острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка, когда, при наличии рвоты и повышения t^0 , напряжение мышц правой стенки живота часто отсутствует, и в то же время боли и инфильтрат находятся выше *sp. anterioris superioris* и кзади, к почечной области.

Не нужно забывать и о пиэлитях с их острыми болями, а иногда и напряжением мышц живота. Пиэлиты нередко являются при первом осмотре источником ошибок, если не производится анализа мочи, дающего точки опоры для правильного диагноза. Здесь необходимо кстати упомянуть о наблюдениях Blaustein'a, который в 5⁰% случаев аппендицита замечал боли в яичках, зависящие, видимо, от раздражения воспалительным фокусом симпатических волокон *n. spermatici*.

Особенно осторожным нужно быть с диагностикой острого аппендицита у женщин, где воспаления маточных придатков могут имитировать картину данной болезни, и у которых, следовательно, обстоятельное исследование половой сферы надо считать обязательным.

Иногда особенно трудна бывает диагностика острого аппендицита на 2—3 и сутки болезни, когда при вздутии живота, парезе кишок и динамической непроходимости их возникает вопрос о более сложной бо-

лезненной форме в полости живота (заворот, ущемление и т. п.). В таких случаях важное значение приобретает анамнез.

Трудностями диагноза в затушеванных случаях и объясняются ошибки, о которых сообщают авторы. Clairmont, напр., недавно сообщил, что в его клинике на 1928 больных с аппендицитом 252 больных были направлены с неправильным готовым диагнозом острого аппендицита; из них в 110 случаях имели место заболевания половой сферы, в 24—заболевания желчных путей, в 30—заболевания мочевых путей, в 54—заболевания желудочно-кишечного тракта другого рода и в 16—заболевания остро-инфекционного характера. Из этих 252 случаев в 189 заболевание было точно распознано в клинике до операции, а в 63 диагноз был поставлен лишь на операционном столе. Автор задает интересный вопрос, можно-ли доверять диагнозу врача, направляющего больного, и отвечает на этот вопрос отрицательно,—клиника должна сама взять на себя труд выверить диагноз и установить показания к операции. Вопрос этот действительно важный: аппендэктомия в остром периоде—операция срочная, и, пропагандируя ее, нужно считаться с готовыми диагнозами направляющих врачей. За небольшой период пропаганды операции в остром периоде аппендицита мы в нашей клинике имели уже двух больных, присланных районными врачами для срочной операции с готовым диагнозом острого аппендицита, где в одном случае оказался пилит, а в другом—острый колит.

Нужно-ли обязательное исследование крови при остром аппендиците? Там, где это по техническим условиям возможно, количественное и качественное исследование лейкоцитов должно быть произведено. Оно и в первые сутки заболевания может дать настойчивые указания на немедленную операцию; еще больше точек опоры для немедленной операции исследование крови может дать на вторые сутки. Волкович, который высказывается за операцию в первые 48 ч. только при бурно протекающих аппендицитах, считает гемограмму в этот период лучшим советчиком для хирурга. При нашей точке зрения,—оперировать все случаи с ясным диагнозом острого аппендицита в первые 36 часов от начала заболевания,—мы не настаиваем безусловно на этом исследовании, если больной согласен на операцию. Но если он уклоняется от операции, исследование крови должно быть произведено, дабы в случае угрожающей картины убедить хирурга настаивать на немедленной операции.

Здесь я считаю уместным остановиться на некоторых из наших случаев, представляющих диагностические особенности.

Больной Н. был доставлен в Терапевтическую клинику поздно ночью спустя 2 часа после начала заболевания. Начало острое. Боли по всему животу. Однократная рвота. Я был приглашен на консультацию к больному после того, как ему была впрыснута доза морфия. Больной мирно спал. Напряжение мышц ничтожное. При давлении боли преимущественно в правой подвздошной впадине. Первоначальный диагноз дежурного врача,—перфоративной язвы желудка,—был неясен. С операцией отложено до утра. Утром ^{то} 37,8°. Воспалительный лейкоцитоз. Напряжение мышц незначительное. Боли преимущественно в правой подвздошной впадине. Аппендэктомия кривой разрез. Отросток увеличен, но не воспален; в полости живота значительное количество серозно-мутной жидкости. Верхняя лапаротомия, показавшая наличие перфоративной язвы желудка. Здесь надо полагать, первоначальная картина была затушевана морфием, что и повело к неправильному дооперационному диагнозу.

Второй случай касается больного, доставленного в клинику вечером на 3-й день болезни опытным терапевтом с вопросительным диагнозом *ileus'a*. Начало

заболевания острое с сильнейшими болями по всему животу; в анамнезе резкое нарушение диеты до заболевания. Живот сильно вздут. Пульс 98, t° 38°. Отсутствие перистальтики и ветров двое суток. Мышцы живота напряжены, симптом Blumberg'a не выражен. Временами сильные боли тянущего характера в правой стороне живота. Консультативно решено остановиться на диагнозе острого аппендицита, заменить применявшийся до сих пор лёд грелкой и держаться выжидательно. К утру отошли газы, а в дальнейшем выявилась ясная картина аппендицита.

Третий случай касается женщины, доставленной в клинику на 4-е сутки заболевания. В анамнезе аппендицит; доставлена с диагнозом острого аппендицита. У больной при исследовании определена картина диффузного перитонита. Газы не отходят третьи сутки, и, в то же время, ясно выражена перистальтика в верхне-левой части живота, каковая перистальтика определялась за все время болезни. Высказано предположение о непроходимости механического характера. При операции обнаружен гнойный перитонит с исходным пунктом в гангренозном отростке.

Наконец, не могу не упомянуть еще об одном случае, характеризующем значение грубых манипуляций при обследовании больных с острым аппендицитом. Дело касалось молодого человека, заболевшего острым аппендицитом во второй раз. На третий день обследовавший его врач правой рукой вошел в гестш, а левой надавил в илеоцекальной области. Больной почти потерял сознание от боли. С этого момента мирное течение процесса приняло бурный характер, и больной погиб от перитонита.

Итак главным доводом в пользу ранней операции при аппендиците является стремление оградить больного от возможных осложнений в течение этой болезни,—осложнений, дающих значительный процент смертности как при консервативном, так и при активном хирургическом лечении.

Хотя статистический метод в медицине и имеет за собой много неточностей, но я все же приведу несколько цифровых данных, дающих приблизительное представление о частоте осложнений в течении аппендицита—в форме перфорации, гангрены отростка, образования абсцессов и развития перитонитов.

По данным Кельнской клиники (Grueter) осложнения развиваются в 53% всех острых аппендицитов, по данным Базельской клиники (Schär)—в 30%, в Будапештской клинике (Demjanowicz) осложнения наблюдались в 17%, в материале Hotz'a они встретились в 34,5%, у Очкина—в 26%.

Осложнения эти, процент которых, т. о., довольно значителен, развиваются в тех случаях, если воспалительный процесс не разрешается путем обратного развития. При этом в одних случаях они развиваются быстро, молниеносно, в других картина нарастает постепенно. В одних случаях они быстро выявляются в форме диффузного перитонита, в других—в виде ограниченного перитонита с образованием абсцесса. Учесть все причины, влияющие на тот или другой ход развития осложнения аппендицита, не всегда представляется возможным, но надо полагать, что они главным образом зависят от вирулентности бактерий, как источника воспаления в отростке, а также от стойкости и сопротивляемости данного организма и анатомического расположения отростка. В одном случае инфекция, быстро переходя с слизистого в подслизистый слой, расправляет стенку отростка, доводя ее до перфорации в свободную брюшную полость, так что организм не успевает отгородиться защитными слайками. В другом случае инфекция по типу лимфангоита быстро вовлекает в процесс брыжжейку, дает тромбофлебит и, сдавливая сосуды,

приводит к гангрене отростка, что обычно также развивается настолько быстро, что перитонит является неминуемым. Но тот же воспалительный процесс может протекать и иначе,—постепенно захватывая стенку отростка и давая лимфангоит и лимфаденит в брыжжейке, он вызывает реакцию окружающих тканей (сальник, кишки), которые стремятся изолировать очаг инфекции от брюшной полости. В этом ограниченном участке иногда развивается гнойник, который только при дальнейшем поступательном движении воспалительного процесса может повести к диффузному перитониту. Иногда этот воспалительный процесс, постепенно расплавляя стенку отростка, ведет к ее перфорации, причем, развиваясь постепенно, он дает возможность развиться защитным спайкам, и в результате перфорации получается ограниченный перитонит с развитием абсцесса. В ряде случаев абсцессы, имеющие исходным пунктом appendix, могут развиваться вдали от него, главным образом в заднем дугообразном кармане и в поддиафрагмальном пространстве. Наконец, при поражениях брыжжейки отростка тромбофлебитом возможно занесение инфекции венозным путем, чрез воротную вену, в печень с развитием абсцессов в последней.

Если сила инфекции и сопротивляемость организма влияют вообще на прогрессирующий ход воспаления в отростке, то расположение последнего имеет значение для организации защитных спаек и отгораживания от брюшной полости. В этом случае наиболее выгодным является ретроцекальный тип расположения отростка и наименее выгодным—тип медиального расположения его,—при последнем типе чаще бывают перфорации в свободную брюшную полость, а организация гнойников при нем происходит в особенно невыгодных условиях.

В нашем материале было 24 больных с абсцессом брюшной полости аппендектального происхождения, из которых 23 были оперированы. В 15 случаях абсцессы располагались в наиболее типическом для аппендектальных абсцессов месте, именно в области *spinae iliacaе* и верхнем участке *lig. ileo-inguinalis*. Эти абсцессы, называемые еще *Sprengel'-евскими*, прилежат к передней брюшной стенке, отграничены от брюшной полости, хорошо пальпируются и легко оперируются без вскрытия полости брюшины: из случаев этого рода особенно заслуживают быть отмеченными два, доставленные в клинику на 10-й и 12-й дни болезни с ясно отграниченным инфильтратом, над которым определялся выраженный тимпанит, трактованный сначала, как тимпанит от подлежащей кишки. Только дальнейшее наблюдение показало, что мы здесь имели наличие пузырьков газа над гноем.

В одном случае аппендектальный нарыв, начавши развиваться по типу *Sprengel'-евского*, постепенно обозначился ниже пупартовой связки, где и был вскрыт. Надо полагать, в данном случае абсцесс чрез влагалище *m. ileo-psoas* проник в *lacina musculorum* и выявился на бедре.

В двух случаях имелись абсцессы с средним расположением в брюшной полости: у одного больного абсцесс был расположен над лобком и спаил с передней брюшной стенкой, другой больной, доставленный в клинику в тяжелом состоянии на третьи сутки болезни, имел ясно очерченный инфильтрат в илеоцекальной области, расположенный ближе к средней линии. При операции оказалось, что инфильтрат распо-

лагался в свободной брюшной полости. Это был конгломерат кишек и сальника с замурованным среди них отростком и гнойником. Считая нецелесообразным в этих условиях вскрывать гнойник в один момент, я ограничил весь конгломерат кругом полосками марли, к центру провел отдельный тампон и раны не зашил; на другой день во время перевязки в центре показался гной, т^о упала, и случай кончился выздоровлением. Это—тип интраперитонеального непристеночного абсцесса, расположенного между петлями кишек и сальником (Mesocolicabscess по Sprengell'ю). Такие гнойники обычно располагаются свободно в брюшной полости; париетальная брюшина бывает не спаяна с ними, и, чтобы достигнуть их, неминуемо надо вскрыть брюшную полость. Клинически эти абсцессы часто выявляются опухолью с тимпанитом над ней и отсутствием напряжения брюшных стенок. Если состояние больных позволяет, то операцию при них всегда лучше расчленить на два момента.

В двух случаях мы имели тазовые абсцессы, из которых один был вскрыт *per vaginam*, другой вскрылся самостоятельно через прямую кишку.

В двух следующих случаях больные были оперированы по поводу постаппендектальных абсцессов, развившихся экстраперитонеально выше и сзади гребешка подвздошной кости. Один из больных погиб от операции. Обычно эти абсцессы развиваются при ретроцекальном расположении отростка и часто имитируют картину паранефрита.

У одного больного,—мальчика 12 л., доставленного на 10-ый день болезни, начавшейся с характерной картины острого аппендицита,—была тяжелая картина заболевания печени, сопровождавшаяся ознобами, небольшой желтухой и общим тяжелым состоянием больного. Пункция обнаружила гнойник в печени. Операция не спасла больного. На секции обнаружены множественные гнойники печени с исходным пунктом в воспаленном аппендиксе. Это—редкая форма развития печеночных абсцессов, при которой инфекция обычно распространяется по венам брыжейки отростка. Braun наблюдал ее на 600 оперированных случаях всего 8 раз, Sonnenburg на 3480 случаев аппендицита наблюдал печеночный абсцесс аппендектального происхождения только 3 раза, Бородулин на 417 аппендицитов—один абсцесс печени.

Наконец, у одного больного после вскрытия ограниченного абсцесса в илеоцекальной области развилась постепенная картина множественных абсцессов в брюшной полости. Больной этот в течение 2 месяцев был оперирован 4 раза, но в конце концов погиб.

Отросток при операциях по поводу абсцессов был удален только в одном случае. Если он не замурован в спайках, то, конечно, он подлежит удалению и в условиях ограниченного гнойника. Но в случае вскрытия его спайками, при ограниченном гнойнике, лучше ограничиться вскрытием гнойника и простой тампонадой, чем рисковать при поисках отростка вскрытием брюшной полости.

Из 24 больных с аппендектальными гнойниками у нас погибло трое. У Schmidt'a на 128 больных такого рода смертность при простом разрезе равнялась 10,1%, при одновременном удалении отростка—12,5%.

Из 23 оперированных больных нашего материала только у одного был вторичный абсцесс, развившийся после 3-го приступа аппендицита, первый

же абсцесс был у него при первом приступе. Из оперированных в клинике только один больной вернулся для последующей аппендэктомии.

Вопрос о том, гарантирует-ли гнойный аппендицит в будущем от нового приступа этой болезни, в связи с высказываемым прежними авторами взглядом о полней деструкции отростка при гнойном аппендиците в настоящее время проверяется в клиниках, причем, судя по литературным данным, решается в отрицательном смысле. Юнкельсон, оперируя 23 больных, перенесших аппендектальный гнойник, в 17 случаях нашел отросток сохранным полностью, в 7—частично и в 6—лишь остатки его. Fromme исчисляет возврат приступов в 20%, Schück на основании материала в 382 больных с аппендектальными гнойниками отмечает рецидивы в 15%.

19 наших больных были оперированы при перфоративном аппендиците с картиной выраженного диффузного перитонита. Из них выздоровело 5 человек,—3 оперированных в первые сутки после перфорации, 1—на вторые сутки и 1—на третьи после начала болезни. Остальные 14 больных, оперированные в сроки от 3 до 10 дней после начала болезни, погибли. Как на некоторую особенность, укажем, что в одном из этих случаев при мирном начале болезни в первые 12 ч. у больного развилось резкое ухудшение после поставленной в домашней обстановке большой клизмы; в другом случае резкое ухудшение имело место после большой порции касторового масла. Вообще население у нас мало осведомлено о часто встречающихся болезненных формах и об аппендиците в частности, и правы те авторы, которые говорят, что в осложнениях последнего нередко инфекция виновата менее, чем сам больной с своими домашними мероприятиями (Hötz, Tullte).

В одном случае гнойного перитонита, в гное, в илеоцекальной области, оказался свободно плававший червеобразный отросток, отпавший после гангрены.

Другой случай в нашем материале перфоративных перитонитов является интересным по этиологическому моменту: больной во время работы получил сильный удар падающей доскою в правую илеоцекальную область и потерял сознание. Когда он очнулся, то почувствовал сильнейшую боль в правой подвздошной области, у него началась рвота. Раньше аппендицитом этот больной не страдал, в клинику был доставлен через сутки с картиной перитонита. При операции был обнаружен серозно-гнойный перитонит с исходным пунктом в перфорированном отростке.

Вопрос о травматическом аппендиците сейчас привлекает внимание медицинской прессы. Behn, приводя литературу этого вопроса и собственный случай, трактует возникновение аппендицита после травмы таким образом, что травма действует или непосредственно на область отростка, или отдаленно, путем внезапного повышения давления в брюшной полости. Повышение давления прежде всего ведет к повышению давления в слепой кишке и тем самым влияет на содержимое соес, которое давит на содержимое отростка, ведет к повреждению слизистой оболочки и к внедрению инфекции. Brünnig полагает, что непосредственный ушиб может вести или к воспалительному процессу в отростке, или к его перфорации. Fotheringham описывает случай, им наблюдавшийся, где у мальчика 15 лет при перитоните, развившемся в связи с ударом в илеоцекальную область, при операции чрез 31 ч. после

удара был обнаружен омертвевший отросток. Steinthal, разбирая литературу вопроса и мнения за и против, заключает, что собственно существование травматического аппендицита еще почти не доказано. Само по себе повреждение еще не есть аппендицит.

Что касается отношения к отростку при гнойном перитоните аппендиктального происхождения, то большинство авторов (L ä w e n, Sch ä r и др.) согласны в том, что цель операции должна составлять собственно удаление отростка, но от него нужно отказаться при тяжелом состоянии больного и укрытии отростка спайками. У наших больных отросток был удален в 6 случаях, а в одном, как уже сказано выше, он огошел сам вследствие гангрены. При этом мы руководствовались принципом—удалять отросток, если он сравнительно легко доступен, но не стремиться к этому, если он укрыт в клубке кишок,—тем более, что при подобном положении его не всегда есть уверенность в его перфорации. Во всяком случае из 5 оставшихся в живых больных нашего материала отросток был удален у 4.

Относительно обработки брюшной полости при перитонитах аппендиктального происхождения взгляды авторов различны. По L ä w e n'у при серозно-гнойном и жидком экссудате после удаления отростка в большинстве случаев наступает резорпция. При густом же гное, при фибринозно-гнойном экссудате является необходимость удаления, насколько возможно, гноя путем высушивания марлей или промыванием. Автор—сторонник дренирования, в подобных случаях, плеоцекальной области и малого таза чрез небольшой разрез под лобком. R i e d e l сообщает о хороших результатах лечения перитонита промыванием 1% раствором риванола чрез стеклянный дренаж, введенный в задний дугласов карман; дренаж этот удаляется на 9-й день. Есть сторонники и зашивания брюшной полости, после очистки ее, наглухо. Во всяком случае все авторы согласны в том, что после удаления отростка при аппендиктальных перитонитах нужно избегать всякого грубого вмешательства на брюшине и особенно эвентерации кишечника. В большинстве наших случаев при перитонитах делалось два разреза: аппендиктальный и срединный, и брюшная полость тампонировалась полосками марли. В одном случае был применен дренаж по M i k u l i c z'у. Промывания брюшины никогда не применялись; густой гной удалялся осторожно кусками марли.

Неоперированных больных с аппендицитом и его осложнениями проведено нами за тот же период времени 25 человек, из них трое были доставлены в первые 48 часов после начала заболевания. Один из этих больных сам отказался от операции, а двоим было отказано в последней.—это было в тот период деятельности клиники, когда она еще не стояла на точке зрения ранней операции при аппендиците. Остальные больные были доставлены в более позднем сроке после начала заболевания—от 3 до 10 суток. Из них умерло 6 больных, доставленных в очень тяжелом состоянии и вследствие этого не оперированных, остальные поправились при консервативном лечении.

Таким образом из 79 больных, доставленных в нашу клинику в остром стадии аппендицита, или при развившихся из него осложнениях, было оперировано 54 человека и осталось без операции 25.

Каковы коррективы клиники при показаниях к операции?

Будучи убеждены, что аппендэктомия в первые 36 часов никакого риска не несет, мы при ясном диагнозе оперировали всех больных, до-

ставленных в первые 36 ч. от начала забелевания, 12 больных, прооперированных в клинике за 1½ года в первые сутки забелевания, легко провели послеоперационный период и выписались без осложнений.

Картина прободения червеобразного отростка, характеризующаяся начавшимся сразу бурным припадком среди гладкого течения процесса—быстрым учащением пульса, болями, напряжением мышц брюшной стенки,—ставит хирурга пред необходимостью немедленной операции. Наличие диффузного перитонита, развившегося в связи с аппендицитом, делает показания к немедленной операции абсолютным, если состояние больного небезнадежно. Ясно положение хирурга и в том случае, когда к нему доставляется больной с ясно выраженным флюктуирующим абсцессом. Но во всех других случаях положение хирурга часто бывает очень затруднительным. Статистика определенно говорит, что операции после 48 часов с начала забелевания аппендицитом дают значительный % смертности. Так, в Базельской клинике (Schär) оперированные на 1-й день с начала болезни, дали 1,2% смертности, на 2-й—2,4%, на 3-й—6,9% и на 4-й—21,7%. Швейцарская статистика у оперированных на 1-й день определяет смертность в 0,7%, у оперированных на 2-й день—в 4,7% и у оперированных на 3-й день—в 10,7%. И это понятно: это—период энергичной защитной работы организма, который стремится отграничить и ликвидировать воспалительный очаг. операция в этот период может быть плохой услугой природе; но все же в ряде случаев она нужна, действительно, как *operatio necessitatis*, и всякий хирург знает, как напряженно его состояние у постели больного после 48 ч. от начала забелевания. с неразрешающимся аппендицитом, с появившейся инфильтрацией, с намечающимся абсцессом, отграниченность которого неочевидна. Ведь терапевты, не доставившие больного с аппендицитом в первые 24 ч. хирургу и умывающие руки, когда доставляют его при наличии осложнений, не представляют, в какое трудное положение они часто ставят хирурга. Если я оговорился, что в первые 24 часа забелевания исследование крови для нас имеет условное значение, то после 48 ч. от начала забелевания я должен подчеркнуть значение этого исследования. Наша казуистика убедила меня, что единственный корректив более или менее правильного решения вопроса об оперативном вмешательстве при развивающемся осложнении при аппендиците,—это именно такое исследование.

Я позволю себе иллюстрировать это положение тремя особенно яркими примерами.

I. Больной М., болен третьи сутки аппендицитом. Т° 38°, пульс 100, область правой подвздошной впадины вздута, в глубине прощупывается инфильтрат. Клиника проф. Горьева на основании качественного и количественного анализа крови настоятельно ставила показания к операции, которые по клинической картине были совсем ясными,—отграниченности гнояника нельзя было отметить, диффузного перитонита не было. После некоторых колебаний я оперировал больного. Идя типическим косым разрезом (над инфильтратом), я попал не в отграниченный воспаленный очаг, а в свободную брюшную полость, где медиально от слепой кишки находился конгломерат кишек и сальника с замурованным, очевидно, там отростком. Не решившись в этих условиях разыскивать и удалять отросток, я отграничил весь этот конгломерат кругом полосками марли, подвел к нему особый тампон и, не зашивая раны, рассчитывал на отграничение гнояника от брюшной полости. На другой день клиническая картина та же, но клиника проф. Горьева на основании гемограммы еще настойчивее требовала вскрытия гнояника. Во время перевязки, после удаления центрального тампона из конгломерата оказался гной. В дальнейшем гладкое течение с выздоровлением.

К симптоматологии кишечной инвагинации.

Врача А. Е. Алеева.

Кишечная непроходимость в огромном большинстве случаев клинически протекает в острой форме, принадлежа к группе заболеваний, требующих экстренной помощи. В подобного рода случаях в нашем распоряжении имеется обычно достаточно данных, обеспечивающих правильное распознавание. Правда, вид и место кишечной непроходимости в отдельных случаях могут оставаться нераспознанными, но в практическом отношении как для врача, так и больного это обстоятельство и не имеет существенного значения. Пусть то будет закупорка кишки, заворот ее, или инвагинация,—во всех случаях перед нами острая форма процесса, требующая неотложного вмешательства, которое должно вести к одной цели—устранению непроходимости, главного момента, обуславливающего всю тяжесть заболевания.

Напротив, в тех случаях, когда патолого-анатомические изменения, развивающиеся или в самом кишечнике, или по соседству с ним, являются причиной постепенно нарастающей хронической кишечной непроходимости, дифференцировать вид и степень непроходимости по ее симптомам бывает очень трудно. По крайней мере в соответствующих отделах хирургической патологии мне не удалось найти достаточно подробных указаний по данному вопросу, в частности по симптоматологии хронически протекающих инвагинаций. Обычно указывается, что инвагинацию можно предположить, если у больного периодически отходят газы и каловые массы, а после них кровь, и если в прошлом у него было отторжение омертвевшего участка внедренной кишки. Указывается затем, что при хроническом течении внедрения под влиянием расстройства питания и застоя каловых масс у больных развивается нарастающее истощение,—обстоятельство, мне кажется, одинаково относящееся и к другим видам хронической непроходимости. Отмечается, наконец, что иногда инвагинацию можно бывает определить рукой, через прямую кишку. Но нет достаточно разработанных указаний относительно того, почему, напр., при прочих равных условиях,—одинаковом этиологическом моменте, одинаковой длине брыжжейки внедренного участка, одинаковом сжатии сосудов,—процесс в одних случаях протекает остро, в других хронически, а также мало разработана и свойственная инвагинации клиническая картина. Между тем для врача важно дифференцировать вид и степень хронической инвагинации, ибо от этого зависит ее терапия.

Для иллюстрации сказанного я приведу один случай, где инвагинация так протекала, что об ней нельзя было и подумать.

4 V 1925 г. в больницу поступила крестьянка Е. В-на, 46 лет., заболевшая уже 2 месяца тому назад: вынимая из печи полтораведерный чугунок, она почувствовала резкую боль в животе; боль эта держалась около двух часов, перейдя затем в тянущую, тупую боль. На следующий день больная заметила у себя в животе

чувствительную к давлению опухоль. Задержки стула и газов, а равно тошноты и рвоты, как в первое время, так и в течение всего заболевания—вплоть до поступления в больницу не было. Appetit плохой. До настоящего заболевания В-на чувствовала себя вполне здоровой, в частности расстройств со стороны желудочно-кишечного аппарата никогда не замечала.

Объективное исследование больной дало следующую картину: рост средний, телосложение правильное, питание плохое, кожа и слизистые бледны; в легких и сердце отклонений от нормы не найдено; пульс 80 в 1', среднего наполнения; в полости живота, вправо от средней линии, на высоте пупка, прощупывается болезненная, малоподвижная, плотная опухоль, величиною в кулак взрослого человека, яйцевидной формы; кроме этого образования ничего особенного со стороны органов живота не отмечается; внутренние половые органы без изменений, со стороны мочеотделительной системы также никаких отклонений от нормы нет, сифилис больная отрицает, свойственных ему изменений объективно не установлено.

Во время операции (чревосечение с разрезом по наружному краю правой прямой мышцы живота) выяснилось, что опухоль принадлежит восходящей части толстых кишек; она сращена широкими, мощными спайками с задней брюшиной, менее прочно с сальником и с одной из петель тонких кишек. После разделения спаек ее с сальником и кишечником, наложено соустье между подвздошной и поперечно-ободочной кишками, а затем произведено иссечение всего болезненно-измененного кишечного участка. В заключение две верхних трети раны брюшной стенки были зашпаты, в нижнюю же треть выведен тампон.

Первые четыре дня после операции больная чувствовала себя удовлетворительно. Живот мягкий, почти безболезненный, 37° — $37,5^{\circ}$, пульс 90 в 1', среднего наполнения. Утром на 5-й день хороший аппетит, ночь больная спала, самочувствие удовлетворительное, пульс среднего наполнения 85—90 в 1', живот мягкий, чувствителен к давлению только в месте разреза. В 2 часа дня сразу начались одышка, цианоз, пульс сделался нитевидным, участился до 130 в 1' (эмболия легочной артерии?). В 5 часов вечера больная умерла при явлениях сердечной слабости. Вскрытия не было.

Обследование удаленного препарата показало, что наружная стенка резецированного участка кишки (восходящей части толстой кишки) представляет собою влагалище инвагината, состоящего из слепой кишки с ее червеобразным отростком и тощей кишки с ее брыжейкой. Все эти органы были тесно спаяны между собою. По выделении их из спаек установлено, что стенки слепой кишки резко утолщены и уплотнены за счет развившейся в них однородной (надо думать, соединительной) ткани; в толще стенки в разных участках обнаружены фокусы распада разной величины и формы. В брыжейках аппендикса и тощей кишки найдены в большом количестве увеличенные, неплотные железки, распада тканей в которых не установлено. Инвагинированная тощая кишка свободно пропускала по всей своей длине палец руки, лежала она параллельно стенке своего влагалища, общая длина всего удаленного кишечного участка достигала 45—50 сант.

Таким образом здесь имел место случай классической, остро наступившей инвагинации, — *invaginatio ileo-colica-colica*, — совершенно не проявившей себя какими-нибудь клиническими явлениями. Существовавший в слепой кишке хронический воспалительный процесс, — вероятнее всего туберкулезный (к сожалению, микроскопического исследования препарата произведено не было), — интересен в данном случае, как этиологический момент внедрения. Развившаяся в толще стенок соединительная ткань повела к парезу слепой кишки. Под влиянием сильного повышения внутрибрюшного давления вышележащий участок кишечной трубки внедрился в паретический участок, лишенный возможности преодолеть внедрение, благодаря потере сократительной способности своих стенок, — и в итоге получилась описанная выше инвагинация.

Делая настоящее сообщение, я думаю, что, быть может, оно послужит к дальнейшему изучению вопросов диагностики и патогенеза кишечных инвагинаций.

К вопросу об интерстициальной беременности *).

Ординатора **Е. И. Беляева.**

(С 2 рис.).

Беременность в интерстициальной части трубы, т. е. в той ее части, которая залегает в стенке матки, встречается сравнительно редко. Так, по сборной статистике Розенталя¹⁾ среди 1324 случаев внематочной беременности было 3% межматочной. Lawson-Tait²⁾ отмечает всего один случай межматочной беременности на 100 случаев внематочной беременности. В Повивальном Институте (проф. Отт³⁾ с 1904 по 1907 г. на 71 случай внематочной беременности встретился также лишь один случай интерстициальной беременности. Губарев⁴⁾ в своей практике видел последнюю только однажды. Werth⁵⁾ не видел ее ни разу. За 35 лет существования Акушерской клиники Ленинградского Гос. Клинического Института для усов. врачей первый случай межматочной беременности был описан⁶⁾ только в 1924 г. Описываемые нами ниже четыре случая межматочной беременности за последние 28 лет существования Казанской Акушерско-Гинекологической клиники являются также первыми.

Приводя эти статистические данные, нужно впрочем думать, что статистика этого рода беременности едва ли отличается точностью, если принять во внимание, что, с одной стороны, многие случаи межматочной беременности остаются нераспознанными, а с другой—что классификация этой категории внематочной беременности, как будет сейчас указано, противоречива.

Различные авторы проводят различную классификацию случаев интерстициальной беременности. Укажу главнейшие из них. Неппигдр.⁷⁾, основываясь, главным образом, на анатомическом положении плодного яйца, различают три формы межматочной беременности: 1) *graviditas tubo-uterina*—когда яйцо лежит отчасти в трубе, отчасти в полости матки; 2) *graviditas interstitialis*—когда яйцо всецело развивается в части трубы, залегающей в стенке матки; эта форма может впоследствии превратиться в третью форму—3) *graviditas intramuralis*—когда яйцо проникает в паренхиму матки и окружено мышечным слоем. Другие (Бекман⁸⁾), преследуя чисто-практические цели, различают только две формы межматочной беременности: 1) *graviditas interstitialis tubo-uterina* и 2) *graviditas interstitialis propria*, причем под *graviditas interstitialis tubo-uterina* разумеют те случаи интерстициальной беременности, где имеется широкое

*) Доложено в Акушерско-гинекологической секции Об-ва Врачей при Казанском Университете.

собщение между полостью матки и плодовместилищем, и где изгнание плодного яйца может. таким образом, произойти per vias naturales, к graviditas же interstitialis propria Бекман относится те случаи, в которых плодное яйцо отделяется от полости матки мышечной перегородкой. Таким образом graviditas interstitialis классификации Hennig'a, по Бекману, отойдет в категорию graviditatis tubo-uterinae, если только трубно-маточное отверстие расширено. Несколько особняком в данном отношении стоят те авторы (Veit, Perbi, Schickel^e ⁹), которые с graviditas interstitialis, и относят к интрамуральной беременности только те случаи, где яйцо развивается всецело в стенке матки, попадая туда или через венозные пути, или через эпителиальные промежутки, причем трубы должны быть по всей длине проходимы для зонда.

Редкость случаев подобной формы эктопической беременности и недостаточная ясность в вопросе об интерстициальной беременности побудили меня, по предложению моего глубокоуважаемого учителя проф. В. С. Груздева, описать четыре интересных случая интерстициальной беременности, наблюдавшиеся и оперированные в последнее время в нашей клинике. При описании этих случаев я буду придерживаться классификации Hennig'a, поддерживаемой большинством авторов.

Случай I. Больная З., 30 л., замужняя, имела 4 беременности, первые три были искусственно прерваны, последняя беременность кончилась срочными родами 13 лет тому назад. В 1923 г. подвергалась операции Alexander'a-Adam's'a по поводу подвижной ретрофлексии матки. Менструирует с 15-ти лет правильно, через три недели, по три дня, без болей. Последние нормальные крови были 18 января 1927 г. С 9 февраля, т. е. через три недели после последних menses, больной было сделано девять ин'екций в матку водной настойки по поводу задержания регул. После этих ин'екций у больной появились кровянистые выделения, а затем стали отходить и сгустки. В клинику больная поступила 4 марта с жалобами на боли в пояснице и сукровичные выделения, иногда со сгустками. Т° 37,2°, пульс 78 в минуту. При пальпации живота болезненность в левой подвздошной области, при внутреннем исследовании—матка несколько увеличена, слева от нее имела круглой формы, со сливу величиною, очень тесно прилегающий к левому углу ее (угол матки непосредственно переходит в опухоль, образуя незначительный изгиб). Предположена левосторонняя трубная беременность.

14 марта под хлороформным наркозом операция—colpotomia anterior (проф. В. С. Груздев). После отсепаровки мочевого пузыря, вскрытия переднего дугласа и вывиха матки обнаружено образование со сливу величиною, исходившее из левого угла последней. Это образование удалено с частью трубы, будучи скальпелем вырезано из угла матки клинообразно. Обнаруженная в незначительном количестве кровь в брюшной полости удалена тампонами. Катгутовый непрерывный шов на образовавшийся дефект в матке и листки брюшины. Брюшина переднего свода зашита наглухо катгутовыми швами, на слизистую влагалища швы из ниток. Послеоперационный период протек с небольшими повышениями температуры и образованием периметритического экссудата в заднем дугласе. 8 апреля больная выписалась здоровой.

Макроскопическое описание препарата: удаленная опухоль овальной формы, со сливу величиною, на латеральном ее конце виден отрезок фаллопиевой трубы, которая отходит снизу от этого образования; тут же, спереди и снаружки от опухоли, виднеется круглая связка, распластанная по передней поверхности латерального полюса опухоли; на противоположном конце, именно, в месте прикрепления этого образования к углу матки, на поверхности отсечения виднеется кровяной сгусток, окаймленный толстым поясом мускулатуры; на разрезе препарата видна в центре небольшая полость с гладкими стенками, по периферии которой имеется губчатая ткань, пропитанная кровью.

Для гистологического исследования взята вся центральная часть образования с имеющимся отрезком трубы. На сериях срезов, начатых с латерального по-

люса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что нормальная труба, окруженная нормальным количеством клетчатки, по мере приближения к описанному образованию постепенно охватывается все большим и большим количеством мышечных волокон и заканчивается впадением в какую-то замкнутую, расширенную полость, напоминающую дивертикул трубы. Дальше по направлению к матке просвета трубы не обнаружено, а встречаются слепые полости различной величины и формы, выстланные однослойным цилиндрическим эпителием; некоторые из них содержат детрит с большим количеством лейкоцитов и не имеют собственной мышечной муфты. Латеральный полюс плодного мешка простирается латеральнее указанного дивертикула, где вдали от нормальной трубы, среди сгустков крови, можно видеть хорошо сохранившиеся хориальные ворсинки и островки децидуоподобных клеток. Упомянутые ворсинки в некоторых местах доходят до самой серозы. По мере приближения к дивертикулу появляется все больше и больше хориальных элементов, которые приближаются к трубе. У самого дивертикула имеется инфильтрация в тканях, окружающих периферию трубы у места впадения яйца. Можно отметить еще, что дивертикул представляет обширную полость, выстланную цилиндрическим эпителием, в которую с одной стороны вдается полипообразный выступ, состоящий из богатой клетками соединительной ткани, представляющей легкую децидуальную реакцию.

Случай II. Больная С., 25 лет, замужем с 19 лет, имела 3 беременности, последняя была искусственно прервана на III месяце. Мenses с 19 лет. Последние нормальные крови были 10 февраля 1927 г., за 2 месяца III дней до поступления больной в клинику. В матке крови не приняли; больная подвергалась внутриматочным впрыскиваниям, во время которых появились крови, шли 4 дня, но были меньше нормы. В это время у больной было 2 раза обморочное состояние. В апреле крови снова не приняли, и вновь произведено было 5 впрыскиваний. 19 апреля, т. е. за 2 дня до поступления в клинику, появилось кровотечение из половых путей, и одновременно развились схваткообразные боли в нижней части живота справа. При внутреннем исследовании матка несколько увеличена; непосредственно от ее правого угла отходит tumor величиною с полубиное яйцо, плотной консистенции. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность (*graviditas interstitialis*?).

23 апреля операция под хлороформным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по Píannenstiël. При осмотре матки правый ее угол оказался резко увеличенным, раздутым растущим в нем tumor'ом. Произведена резекция правого угла. Матка зашита 3-мя этажами непрерывного катgutового шва. Оставшиеся придатки никаких признаков воспаления не представляли. Брюшная рана закрыта наглухо. Послеоперационный период протек в общем гладко, хотя несколько дней т^б была повышена. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 20 мая больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование—овальной формы, длиною в 6½ см., шириною 4 см., толщиной 3½ см.; на латеральном, суженном конце его видна часть трубы, отходящая от него снизу, а на передне-наружной поверхности—отрезанная часть круглой связки; на противоположном (медialном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры с отверстием в центре; при продольном разрезе препарата в центре его оказывается полость, выстланная амнион'ом и окруженная по периферии сгустками крови и губчатой тканью; наружных разрывов не видно.

Для гистологического исследования взяты: 1) центральная часть образования с имеющимся отверстием в середине и 2) кусочек из латерального полюса образования с периферической частью трубы. На сериях срезов из медialного полюса плодместилища видна полость, окруженная слизистой оболочкой, вполне схожей с слизистой тела матки в менструальной стадии. Децидуальная реакция выражена слабо, лишь в поверхностных слоях ее. В слизистой и менее резко в мышечной оболочке—инфильтрация, а также сильная гиперемия и кровоизлияния—не только в поверхностях, но и в глубоких слоях. Выстающая полость мукоза окружена мощным слоем мускулатуры. По направлению от медialного полюса плодместилища к полости плодного яйца в мышечной толще виден канал, являющийся продолжением описанной полости и выстланный бедной железами слизистой. Канал этот, повидному, есть центральный отрезок трубы, т. е. переходный участок между трубой и маткой, так как, согласно исследованиям Fagge¹⁰⁾, для этого участка характерны единичные железы. Здесь же, посодаль от просвета канала,

в толще мускулатуры появляются тени ворсинок, принадлежащие медиальному полюсу мешка. Следующие препараты показывают, что слизистая предполагаемого центрального отрезка трубы истончается, железы исчезают, и канал приобретает вид межтучного участка трубы, в окружности которого видны ворсинки, находящиеся в стадии дегенерации и местами прорывающиеся в просвет канала. Серия срезов из кусочка с периферической частью трубы показывает, что полость трубы выстлана эпителием и окружена нормальным количеством клетчатки; элементы яйца здесь отсутствуют, но, по мере приближения к медиальной части плодного мешка, видно, что труба, направляющаяся кзади, принимает неправильно-вытянутую форму и теряется в месте внедрения в ее просвет элементов плодного яйца. Выраженной сплошной децидуальной реакции в трубе не обнаружено.

Случай III. Больная В., 30 лет, замужем с 16 лет, имела 3 беременности, закончившиеся срочными родами. Последние роды были 11 лет тому назад. 3 года тому назад большая лечилась по поводу воспалительного процесса в придатках с правой стороны. *Menses* были нормальны; последние крови были 5 декабря 1927 г. После 3-недельной задержки поступила с кровотечением, сопровождавшимся сильными болями в животе. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность. 2 февраля операция под эфирным наркозом (д-р Ю. А. Лейбчик). Поперечным разрезом по Pfaannenstiel'ю вскрыта брюшная полость, которая оказалась переполненной жидкой кровью и кровяными сгустками. После выведения матки и осмотра ее оказалось, что правый угол последней увеличен до размеров голубиноного яйца. Произведена резекция правого угла, после чего последний зашит 2-мя этажами швов. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 15 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование продолговатой формы, с голубиное яйцо величиной; на латеральном конце его виден отрезок фаллопиевой трубы, которая отходит снизу от этого образования; тут же спереди прикреплена круглая связка; на противоположном (медиальном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры; на разрезе полость плодместилища оказывается выполненною организованными сгустком крови; отступая на 1 см. от ампутационного места видно, как толщина стенки постепенно уменьшается, и, наконец, она переходит в разрыв величиною с копеечную монету, располагающийся на верхней-задней стенке.

Для микроскопического исследования взяты кусочки из латерального полюса образования с периферической частью трубы и медиального ампутационного полюса. На срезах, начатых с латерального полюса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что труба с явлениями резко выраженного воспаления окружена мощным слоем мускулатуры; по мере приближения к медиальному полюсу плодного мешка вокруг просвета трубы все более и более выступает слой децидуоподобных клеток, а несколько поодаль—хорошо сохранившиеся хорральные ворсинки; далее просвет трубы теряется, а видна полость, выполненная кровью и элементами плодного яйца. Срезы из медиального полюса показывают, что этот участок состоит из мощного слоя мускулатуры, по своему строению характерного для мускулатуры матки, и здесь к нему прилегают также элементы плодного яйца.

Случай IV. Больная В., 29 лет, имела 8 беременностей, из них 5 беременностей были искусственно прерваны и 3 кончились срочными родами. Последняя беременность закончилась срочными родами 1 год тому назад. Менструальная функция нормальна. В настоящее время имеется задержка кровей на 2 месяца; больная явилась для выяснения хода беременности; у нее диагностирована рвущая интерстициальная беременность с левой стороны.

13 февраля 1927 г. операция под эфирным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по Pfaannenstiel'ю. Матка выведена в разрез. В левом углу ее имеется опухоль величиною с китайское яблоко (рис. 1), сидящая широким основанием на матке, причем левый угол последней выше правого. От латерально-нижнего конца этой опухоли отходит отрезок фаллопиевой трубы. Круглая связка располагается несколько ниже и спереди, *ligamentum ovarii proprium*—несколько сзади от места расположения круглой связки. Желтое тело обнаружено в правом яичнике. Из вскрытой, при резекции угла, полости матки была выскоблена *decidua*. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 25 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

люса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что нормальная труба, окруженная нормальным количеством клетчатки, по мере приближения к описанному образованию постепенно охватывается все большим и большим количеством мышечных волокон и заканчивается впадением в какую-то замкнутую, расширенную полость, напоминающую дивертикул трубы. Дальше по направлению к матке просвета трубы не обнаружено, а встречаются слепые полости различной величины и формы, выстланные однослойным цилиндрическим эпителием; некоторые из них содержат детрит с большим количеством лейкоцитов и не имеют собственной мышечной муфты. Латеральный полюс плодного мешка простирается латеральнее указанного дивертикула, где вдали от нормальной трубы, среди сгустков крови, можно видеть хорошо сохранившиеся хориальные ворсинки и островки децидуоподобных клеток. Упомянутые ворсинки в некоторых местах доходят до самой серозы. По мере приближения к дивертикулу появляется все больше и больше хориальных элементов, которые приближаются к трубе. У самого дивертикула имеется инфильтрация в тканях, окружающих периферию трубы у места выхождения. Можно отметить еще, что дивертикул представляет обширную полость, выстланную цилиндрическим эпителием, в которую с одной стороны вдается полипообразный выступ, состоящий из богатой клетками соединительной ткани, представляющей легкую децидуальную реакцию.

Случай II. Больная С., 25 лет, замужем с 19 лет, имела 3 беременности, последняя была искусственно прервана на III месяце. Мenses с 19 лет. Последние нормальные крови были 10 февраля 1927 г., за 2 месяца и 11 дней до поступления больной в клинику. В марте крови не пришли; боляная подвергалась внутриматочным всприскиваниям, во время которых появились крови, шли 4 дня, но были меньше нормы. В это время у больной было 2 раза обморочное состояние. В апреле крови снова не пришли, и вновь произведено было 5 всприскиваний. 19 апреля, т. е. за 2 дня до поступления в клинику, появилось кровотечение из половых путей, и одновременно развились схваткообразные боли в нижней части живота справа. При внутреннем исследовании матка несколько увеличена; непосредственно от ее правого угла отходит tumor величиною с голубиное яйцо, плотной консистенции. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность (*graviditas interstitialis*?).

23 апреля операция под хлороформным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по Pfannenstiel. При осмотре матки правый ее угол оказался резко увеличенным, раздутым рстущим в нем tumor'ом. Произведена резекция правого угла. Матка зашита 3-мя этажами непрерывного катgutового шва. Оставшиеся придатки никаких признаков воспаления не представляли. Брюшная рана закрыта наглухо. Послеоперационный период протек в общем гладко, хотя несколько дней t^0 была повышена. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 20 мая больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование—овальной формы, длиной в $6\frac{1}{2}$ см., шириною 4 см., толщиной $3\frac{1}{2}$ см.; на латеральном, суженном конце его видна часть трубы, отходящая от него снизу, а на передне-наружной поверхности—отрезанная часть круглой связки; на противоположном (медиальном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры с отверстием в центре; при продольном разрезе препарата в центре его оказывается полость, выстланная *amnion*'ом и окруженная по периферии сгустками крови и губчатой тканью; наружных разрывов не видно.

Для гистологического исследования взяты: 1) центральная часть образования с имеющимся отверстием в середине и 2) кусочек из латерального полюса образования с периферической частью трубы. На сериях срезов из медиального полюса плодместилища видна полость, окруженная слизистой оболочкой, вполне схожей с слизистой тела матки в менструальной стадии. Децидуальная реакция выражена слабо, лишь в поверхностных слоях ее. В слизистой и менее резко в мышечной оболочке—инфильтрация, а также сильная гиперемия и кровоизлияния—не только в поверхностях, но и в глубоких слоях. Выстилающая полость мукоза окружена мощным слоем мускулатуры. По направлению от медиального полюса плодместилища к полости плодного яйца в мышечной толще виден канал, являющийся продолжением описанной полости и выстланный бедной железами слизистой. Канал этот, повидимому, есть центральный отрезок трубы, т. е. переходный участок между трубой и маткой, так как, согласно исследованиям Fagge¹⁰⁾, для этого участка характерны единичные железы. Здесь же, подаль от просвета канала,

в толще мускулатуры появляются тени ворсинок, принадлежащие медиальному полюсу мешка. Следующие препараты показывают, что слизистая предполагаемого центрального отрезка трубы истончается, железы исчезают, и канал приобретает вид межклеточного участка трубы, в окружности которого видны ворсинки, находящиеся в стадии дегенерации и местами прорывающиеся в просвет канала. Серия срезов из кусочка с периферической частью трубы показывает, что полость трубы выстлана эпителием и окружена нормальным количеством клетчатки; элементы яйца здесь отсутствуют, но, по мере приближения к медиальной части плодного мешка, видно, что труба, направляющаяся кзади, принимает неправильно-вытянутую форму и теряется в месте внедрения в ее просвет элементов плодного яйца. Выраженной сплошной децидуальной реакции в трубе не обнаружено.

Случай III. Больная В., 30 лет, замужем с 16 лет, имела 3 беременности, закончившиеся срочными родами. Последние роды были 11 лет тому назад. 3 года тому назад больная лечилась по поводу воспалительного процесса в придатках с правой стороны. *Menses* были нормальны; последние крови были 5 декабря 1927 г. После 3-недельной задержки поступила с кровотечением, сопровождавшимся сильными болями в животе. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность. 2 февраля операция под эфирным наркозом (д-р Ю. А. Лейбчик). Поперечным разрезом по *Pfannenstiel*ю вскрыта брюшная полость, которая оказалась переполненной жидкой кровью и кровяными сгустками. После выведения матки и осмотра ее оказалось, что правый угол последней увеличен до размеров голубиногo яйца. Произведена резекция правого угла, после чего последний зашит 2-мя этажами швов. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 15 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование продолговатой формы, с голубиное яйцо величиной; на латеральном конце его виден отрезок фаллопиевой трубы, которая отходит снизу от этого образования; тут же спереди прикреплена круглая связка; на противоположном (медиальном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры; на разрезе полость плодместища оказывается выполненною организовавшимися сгустком крови; отступая на 1 см. от ампутационного места видно, как толщина стенки постепенно уменьшается, и, наконец, она переходит в разрыв величиною с копеечную монету, располагающийся на верхней-задней стенке.

Для микроскопического исследования взяты кусочки из латерального полюса образования с периферической частью трубы и медиального ампутационного полюса. На срезах, начатых с латерального полюса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что труба с явлениями резко выраженного воспаления окружена мощным слоем мускулатуры; по мере приближения к медиальному полюсу плодного мешка вокруг просвета трубы все более и более выступает слой децидуоподобных клеток, а несколько поодаль—хорошо сохранившиеся хориальные ворсинки; далее просвет трубы теряется, а видна полость, выполненная кровью и элементами плодного яйца. Срезы из медиального полюса показывают, что этот участок состоит из мощного слоя мускулатуры, по своему строению характерного для мускулатуры матки, и здесь к нему прилегают также элементы плодного яйца.

Случай IV. Больная В., 29 лет, имела 8 беременностей, из них 5 беременностей были искусственно прерваны и 3 кончились срочными родами. Последняя беременность закончилась срочными родами 1 год тому назад. Менструальная функция нормальна. В настоящее время имеется задержка кровей на 2 месяца; больная явилась для выяснения хода беременности; у нее диагностирована рвущая интерстициальная беременность с левой стороны.

13 февраля 1927 г. операция под эфирным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по *Pfannenstiel*ю. Матка выведена в разрез. В левом углу ее имеется опухоль величиною с китайское яблоко (рис. 1), сидящая широким основанием на матке, причем левый угол последней выше правого. От латерально-нижнего конца этой опухоли отходит отрезок фаллопиевой трубы. Круглая связка располагается несколько ниже и спереди, *ligamentum ovarii proprium*—несколько сзади от места расположения круглой связки. Желтое тело обнаружено в правом яичнике. Из вскрытой, при резекции угла, полости матки была выскоблена *decidua*. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 25 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: опухоль кругловатой формы, длиною $3\frac{1}{2}$ стм., шириною $2\frac{3}{4}$ стм., толщиной 3 стм.; от латерального конца ее отходит отрезок фаллопиевой трубы; медиальный ампутационный конец опухоли состоит

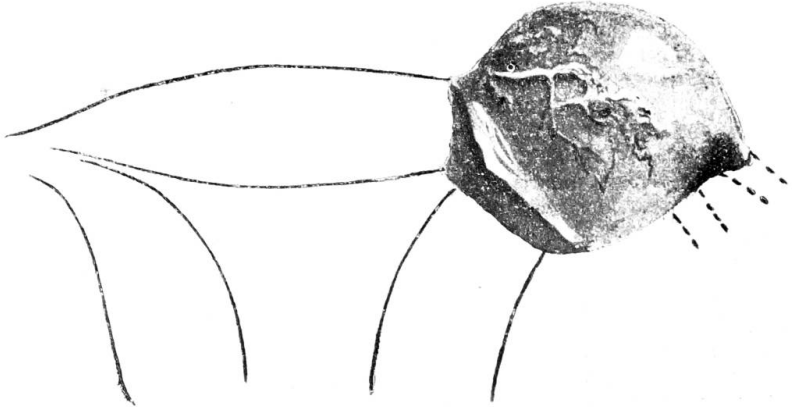


Рис. 1.

из мощного слоя мускулатуры; наружная поверхность, пронизанная местами сетью сосудов,—гладкая; на разрезе оказалось, что амниональная полость, небольших размеров, окаймленная губчатой и мышечной тканью, содержит прозрачную, желтоватого цвета жидкость и плод незначительных размеров (рис. 2).

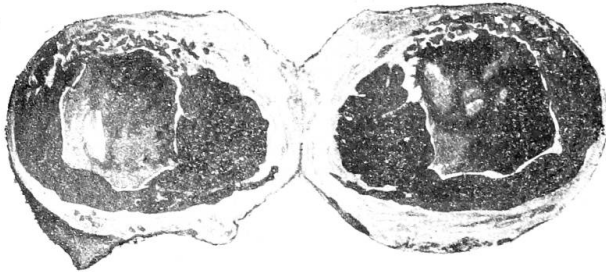


Рис. 2.

Для микроскопического исследования взяты кусочки из латерального и медиального полюсов плодместилища и мукозы матки. Ряд срезов из латерального полюса показывает, что нормальная слизистая трубы, окруженная значительным слоем мускулатуры, содержит одиночные железы (переход слизистой трубы в матку), исчезающие в медиальной части опухоли, и включения децидуоподобных клеток; далее просвет трубы теряется, переходя в полость, выполненную сгустком и элементами плодного яйца. Срезы из медиального полюса показывают, что к мышечной части, по строению своему характерной для миометрия и выстланной внутри губчатой тканью, прилегают хориальные ворсинки. Слизистая матки богата железами и децидуальной тканью.

Прежде, чем подвести наши случаи под определенную рубрику, скажем несколько слов о дифференциальной диагностике данного вида внематочной беременности. Большинство авторов согласны в том, что клинически распознать межутробную внематочную беременность весьма трудно, и все попытки установить дифференциальный диагноз являются в настоящее время чисто кабинетной работой. Смешать эту беременность можно с беременностью в *pars isthmica*, с беременностью в рудиментарном роге двурогой матки, с беременностью в замкнутой половине *uterus bilocularis*, наконец, начинающуюся интерстициальную беременность

можно смешать с обыкновенною маточною беременностью, ибо в начальных стадиях интерстициальной беременности соответственная труба остается почти неизменною, а происходит только гипертрофия маточного рога. Правда, Абуладзе¹¹⁾ указывает на возможность клинически отличить беременность в замкнутом маточном роге от беременности в интерстициальной части трубы на основании отсутствия болевых ощущений при исследовании и совершенной подвижности плодместилища, каковые признаки несвойственны трубной беременности, в каком бы отделе трубы последняя не развивалась. Укажу еще на утверждение Pfannenstiela¹²⁾, что круглая связка при беременности в замкнутом роге обыкновенно бывает резко гипертрофирована и хорошо прощупывается. Но эти симптомы требуют дальнейшей проверки, т. к. Абуладзе в своих случаях не мог подтвердить симптом Pfannenstiela, а Мыкертчьянц¹³⁾—подтвердить симптом Абуладзе: в его случаях беременности в рудиментарном роге боли отмечались, и вообще, по мнению этого автора, здесь все зависит от срока беременности. Единственно надежными для точного установления диагноза разбираемой формы внематочной беременности оказываются анатомические и гистопатологические данные.

В кратких чертах эти данные сводятся к следующему: 1) отхождение круглой связки латерально от плодногоместилища, по Kussmaul'ю, говорит за интерстициальную беременность или за беременность в замкнутом роге, но против беременности в *pars isthmica*, при которой связка отходит медиально; 2) для интерстициальной беременности (именно, *graviditas intramuralis*) характерен признак Розенталя, заключающийся в том, что периферический отрезок трубы подходит к плодному мешку латерально и снизу, что объясняется ростом яйца вверх и назад; 3) широкое соединение плодного мешка с углом матки, по Baart de la Faillie'ю¹⁴⁾, говорит за интерстициальную беременность и исключает беременность в рудиментарном роге и *pars isthmica*, для которых характерна выраженная ножка, причем ножка эта при беременности в зачаточном роге отходит от шейки матки на уровне внутреннего зева; 4) круглое стояние дна матки (*Steilstellung*)—признак Simon'a-Ruge—является характерным, по мнению большинства авторов (Veit), для интерстициальной беременности, ибо при ней, благодаря растягиванию одного угла матки растущим плодместилищем, верхняя граница дна матки принимает кругое направление; 5) выраженный центральный отрезок трубы в перегородке между плодным мешком и полостью матки по Werth'ю (Тимофеев) является чуть-ли не решающим признаком в пользу интерстициальной беременности; 6) если *decidua* не представляет из себя сплошного слоя, а расположена участками, то это исключает беременность в рудиментарном маточном роге, а также беременность в замкнутой половине *uteri bilocularis*; 7) сильно развитый мышечный слой плодместилища исключает чистую трубную беременность,—при последней стенка плодместилища превращается в соединительнотканную перепонку; 8) Veit⁹⁾ считает, что при беременности в межуточной части полость трубы быстро исчезает вследствие того, что эпителй слизистой склеивается; напротив, при беременности в замкнутом роге матки этого не происходит, т. к. здесь образовывается *decidua*; таким образом зонд при ранней беременности в роге матки проходит в мешок, при межуточной—не проходит.

Рассматривая наши случаи с точки зрения вышеописанных признаков, мы в первом случае отмечаем: 1) круглая связка здесь отходила латерально от плодовместилища; 2) периферический отрезок трубы подходил к плодному мешку латерально и снизу; 3) плодный мешок был широко соединен с углом матки; 4) децидуоподобные клетки были расположены участками; 5) канал трубы слепо заканчивался, не сообщаясь ни с полостью матки, ни с плодовместилищем; 6) элементы яйца были охвачены по всей периферии мышечной толщей. Второй наш случай, сохраняя первые четыре из перечисленных признаков, отличался от первого двумя последними признаками, а именно: во-первых, плодное яйцо, будучи на большей части своей периферии охвачено мышечным слоем, меньшей периферией вдавалось здесь в просвет канала трубы; во-вторых, канал интерстициальной части трубы сообщал полость плодовместилища медиально с полостью матки, латерально—с просветом перешейковой части. Сверх того в этом случае имелся налицо еще ряд существенно-важных признаков, как-то: круглое стояние дна матки (*Steilstellung*) и выраженный центральный отрезок трубы. Третий и четвертый случаи характеризуются основными признаками второго случая, причем четвертый случай имеет еще ту особенность, что железы, обнаруженные в строме слизистой трубы латеральной части плодовместилища, отсутствуют в медиальной ее части, т. е. там, где хориальные ворсинки непосредственно прилегают в мышечной части.

Таким образом мы видим, что во втором и третьем случаях у нас был налицо весь анатомический и патолого-гистологический субстрат, характерный для *graviditas interstitialis* по *Henning's*, или *graviditas interstitialis propria* по Бекману; первый же наш случай, где плодное яйцо по всей периферии было окружено мышечным слоем и не сообщалось с просветом трубы, и четвертый случай, где обнаружено, что рост яйца направлен в стенку матки, хотя в латеральной части яйца имеет связь с просветом трубы, следует отнести к разновидности *graviditas intramuralis* по классификации *Henning's*.

По поводу наличия децидуальной ткани в трубе и фиксации яйца при межзачаточной беременности существует два различных мнения: одни авторы, с Улезко-Строгановой¹⁵⁾ во главе, полагают, что децидуоподобные клетки в окружности плодного яйца, развивающегося в трубе, суть ничто иное, как разрождения *Langhans'*овских клеток, и в связи с этим происхождение разрыва объясняют вростанием ворсин в стенку лишенной *deciduae* трубы вплоть до ее брюшинного покрова. Другие, как *Webster, Orthmann, Zedel*¹⁶⁾, а у нас *Рашке*¹⁷⁾, думают, что упомянутые децидуоподобные клетки суть настоящие децидуальные клетки, и разрыв беременной трубы происходит от чисто-механических причин—роста плодного яйца, повышения давления и т. п., обнаружение же ворсинок у серозной оболочки объясняют атрофией мышечной ткани плодовместилища. Гистологическое исследование в наших случаях показало, что децидуальной оболочки в них не было, децидуоподобные клетки были генетически связаны с экзохорионом, и, наконец, что ворсинки залегали в мышечной толще вплоть до серозы. Все это позволяет нам поддерживать мнение первых авторов.

Беременность в интерстициальной части трубы до конца доходит редко, хотя такие случаи и описаны в литературе (*Windisch*⁹⁾),—

обычно такая беременность кончается разрывом на IV месяце, т. е. несколько позже, чем при обычной трубной беременности, причем разрыв происходит обыкновенно на значительном протяжении и сопровождается настолько сильным кровотечением, что смертельный исход может наступить уже через несколько минут. По мнению Lawson-Tait'a¹⁾ исход междуточной беременности всегда смертельный. В этом отношении заслуживают внимания наши I и III случаи, которые не подтверждают мнения Lawson-Tait'a, — несмотря на имевшуюся здесь налицо картину прерывания беременности, сильного кровотечения в этих случаях не произошло, и больные были успешно оперированы. Подобный же случай интерстициальной беременности наблюдал в мае 1901 г. Guérard в Дюссельдорфе, объясняющий благоприятный исход разрыва тем, что разрыв этот произошел не в области прикрепления плаценты.

Относительно терапии междуточной беременности все согласны в том, что единственно рациональным способом ее является оперативный, причем в ранних сроках вырезают только беременный угол матки, — как это и было сделано у нас, — в более поздних же, а также в случаях, где плодный мешок широко захватывает стенку матки (случай проф. Тимофеева¹⁴⁾), делается надвлагалищная ампутация последней.

Этиология междуточной беременности так же, как и обычной трубной, далека от своего окончательного разрешения. Попытки экспериментально вызвать внематочную беременность у животных до сих пор не имели успеха¹⁵⁾. Был поднят вопрос, не является ли междуточная беременность результатом внутреннего передвижения, *innere Ueberwanderung* яйца, когда яйцо, попадая в матку, там не остается, а попадает в другую трубу и прививается в интерстициальной ее части. Wagner объясняет свои случаи междуточной беременности именно таким образом; в его случае абдоминальный конец беременной трубы был вовлечен в яичниковую опухоль, и в этом же яичнике находилось *corpus luteum verum*, правые же придатки были нормальны; Wagner⁹⁾ думает, что здесь интерстициальная беременность возникла вследствие *migratio ovi externa* с одной стороны, а с другой — вследствие упомянутого „*innere Ueberwanderung*“. Однако случай Wagner'a, как справедливо отмечает Veit⁹⁾, далеко еще не разрешает могущие здесь возникнуть спорные вопросы. В этиологическом отношении интересен также случай Boxer'a⁹⁾, где пришлось в течение короткого времени оперировать одну и ту же женщину два раза по поводу интерстициальной беременности. Упомянем еще о случае Hofmeister'a⁹⁾, где после операции удаления трубы по поводу трубной беременности последовала прививка яйца в оставшейся интерстициальной части. Преобладающее значение в этиологии трубной, в том числе и интерстициальной, беременности приписывается, однако, воспалительным изменениям труб.

Относительно наших случаев надо отметить, что этиология в них была, повидимому, различная: в то время, как в первых двух случаях имело место применение внутриматочных впрыскиваний в первые дни задержки регул, что может способствовать, как указал проф. В. С. Груднев²⁰⁾, развитию внематочной беременности, третий случай характеризуется резким воспалительным изменением трубы, которое считается главным этиологическим фактором в возникновении подобной беременности; в четвертом же случае отмечено только *migratio ovi externa*,

которая, по указанию многих авторов, может способствовать возникновению эктопической беременности.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Журнал Акуш. и Женск. Б., 1896.—2) Цит. по Розенталю (1).—3) Образцова-Ривлин. Журнал Акуш. и Жен. Б., 1923.—4) Александров. Гинекология и Акуш., 1922, № 2-3.—5) Цит. по Образцовой-Ривлин (3).—6) Плетнев. Журнал Акуш. и Жен. Б., 1924.—7) Zentralbl. f. Gyn., 1889, № 12.—8) Врач, 1898. № 15.—9) Veit. Handbuch der Geburtsh., II Bd.—10) Федоров. Врач. Газета, 1905, № 41.—11) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1910 и 1912.—12) Цит. по Абладзе (11).—13) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1910.—14) Тимофеев. Казанский Мед. Журнал, 1924.—15) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1900 и 1902.—16) Цит. по Образцовой-Ривлин (3).—17) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1903.—18) Zentralbl. für Gynäk., 1901, № 45.—19) Рутман. Пермский Мед. Журнал, 1926, № 1-3.—20) Казанский Мед. Журнал, 1923, № 3.
-

Базедова болезнь в детском возрасте¹⁾.

Экстерна **Е. Р. Левина.**

Светлой памяти дорогого учителя, профессора Сергея Игнатьевича Федынского.

Заболевание, связанное с зобом и выпячиванием глаз, отмечается еще в глубокой древности. Позднее разные авторы различных стран описывали случаи зоба, сопровождаемого сердцебиением и другими симптомами, что наводило на мысль о каком-то особом заболевании. Так, *Vuschian* нашел описание такого рода заболевания в труде *Morgagni* в 1762 г. Описания отдельных симптомов этой болезни мы встречаем, далее, у итальянца *Flajani* в 1780 г. В особую нозологическую единицу она была выделена ирландским клиницистом *Grews'om* в 1835 г. и *Basedow'ым* в 1840 г. В детском возрасте базедова болезнь стала описываться несколько позже: первый случай такого рода, по *Heiman'у*, был описан в 1851 г. *Romberg'ом*. Во французской литературе первый случай базедовой болезни в детском возрасте был описан *Labaguet'ом* в 1860 г., в России—проф. Н. Ф. Филатовым в 1902 г.

У детей базедова болезнь встречается редко: по данным американской литературы на 1,512 случаев этой болезни в клинике *Mayo* было всего 5 у детей в возрасте до 10 лет, что равно 0,3%. *Klein* приводит на 3,477 случаев 184 у детей в возрасте до 15 лет, что равно 5%. Во французской литературе, по данным *Barret*, описано 100 случаев базедовой болезни у детей до 15 лет, в том числе 64 случая в возрасте от 10 до 15 лет, 28—между 5 и 10 годами, а остальные до 5 лет. В немецкой литературе, по данным *Sattler'a*, на 2,934 случая, собранных им из литературы и его собственных по 1910 г., на детский возраст падало 184 сл., т. е. 6,3%; из них в возрасте от 0 до 5 л. было 11 случаев, от 5 до 10 лет—44 и от 10 до 15 лет—129 случаев. В русской литературе мы встретили описание лишь единичных случаев этой болезни у детей.

Что касается до возраста, когда болезнь эта встречается у детей, то самым ранним возрастом ранее считался 2½-летний, хотя за последнее время мы находим указания и на заболеваемость в более раннем возрасте, даже на врожденную базедову болезнь. Так, *Klaus* в 1914 г. приводит случай этой болезни у 9-месячного ребенка, имевшего увеличение щитовидной железы, учащение пульса до 144 в минуту (при нормальной t°) и резко выраженные симптомы *Graefe* и *Stellwag'a*.

¹⁾ Доложено в Московском Обществе Детских Врачей 2/III 1927 г.

Oschner и Thompson описывают случай, где, по их мнению, имела место врожденная базедова болезнь: женщина 35 л. заболела этою болезнью во время беременности; ребенок родился недоношенным (7½ месяцев), причем через 5 недель после рождения у него было отмечено выпячивание глаз; на состояние щитовидной железы у него и на частоту пульса авторы не обратили внимания. Как бы то ни было, можно с определенностью сказать, что базедова болезнь на первом году жизни представляет собою крайнюю редкость.

Как и у взрослых, в детском возрасте базедова болезнь встречается чаще у лиц женского пола. Из приводимых у Barret 100 случаев 70 падают на девочек, причем надо отметить, что в первое десятилетие жизни преобладание женского пола бывает менее выражено, чем в последующее время.

Этиология разбираемого страдания мало разработана. Указывают на различные факторы, способствующие возникновению базедовой болезни, среди которых на первом месте стоит наследственность. Оттого базедова болезнь сравнительно нередко встречается у членов одной и той же семьи. Так, Dubrenil и Schambardel описывают семью, где бабушка, мать и две дочери в возрасте 4 и 7 лет были больны базедовой болезнью. Louques и Lermoyez описывают другую семью, в которой наблюдались 7 случаев зоба. Клименко наблюдал семью, где бабушка, две ее дочери и две внучки 6 и 10 лет были больны базедовой болезнью. Нам известен случай, где последняя имела место у матери и трех ее дочерей—14, 12 и 8 лет.

Из других причин, способствующих возникновению данной болезни, отмечают алкоголизм родителей, ибс и перенесенные инфекционные болезни (Шкарин). Сифилис, по мнению многих авторов, не играет роли в этиологии базедовой болезни, хотя некоторые авторы и описывают случаи гипертиреозидизма у сифилитиков. Так, Noche и Solin описывают случай наследственного сифилиса с проявлениями полигландулярного гипертиреозидизма; Назар наблюдал случай, где у девочки с явлениями вторичного сифилиса наблюдались увеличение щитовидной железы и симптомы гипертиреозидизма; Rost описывает случай базедовой болезни у девочки 12 лет с положительной реакцией Wassermann'a, у которой специфическое лечение не дало впрочем положительных результатов.

Различных взглядов держатся авторы и на патогенез базедовой болезни. Сам Basedow считал это заболевание за дискразию, т. е. за результат ненормального распределения крови в организме. Придавая большое значение малокровию и общему исхуданию при этой болезни, он отмечал тот факт, что базедова болезнь бывает не только у женщин, и что она возникает очень быстро—в течение нескольких дней. Теория Basedow'a о происхождении данной болезни была, однако, скоро отвергнута. Не останавливаясь на многочисленных теориях, которые были потом в свое время выдвинуты и вскоре оставлены, я упомяну лишь о теории общего невроза, принадлежащей Buschan'y и теории Möbius'a. Рассматривая базедову болезнь, как результат психических волнений или чрезмерного физического напряжения, первый ставил это заболевание наравне с истерией, хореей, неврастенией и пр. и полагал, что это—мозговое заболевание, именно, общий невроз с преобладающим поражением психической и сосудодвигательной сфер. Щитовидная железа, по

Buschan'y, не играет никакой роли в возникновении базедовой болезни. По Möbius'y базедова болезнь есть отравление организма вследствие патологической функции щитовидной железы,—теория, которая в настоящее время является наиболее распространенною, так как новейшие клинические и патолого-анатомические исследования показали, что разбираемая болезнь не может быть без участия щитовидной железы. Хотя и эта теория не уясняет нам полностью патогенез базедовой болезни, тем не менее она сделалась исходным пунктом для дальнейших исследований в данной области. Исследования эти говорят, во всяком случае, что в базедовой болезни мы имеем дело с заболеванием, зависящим от нарушения секреторной функции эндокринных желез, и что нарушение это ведет к расстройствам в симпатической и центральной нервной системе. Но что считать за первоначало данного заболевания,—железы внутренней секреции или нервную систему,—вопрос этот до настоящего времени остается открытым.

Участие вегетативной нервной системы при базедовой болезни проявляется различным образом: страдающие этой болезнью являются в большей или меньшей мере то симпатикотониками, то ваготониками,—иначе говоря, проявляют большую или меньшую возбудимость симпатического или блуждающего нерва. Связь данной болезни с симпатической нервной системой может проявляться двояко: с одной стороны раздражение симпатического нерва повышает деятельность щитовидной железы, с другой стороны, наоборот, выделение щитовидной железы повышает возбудимость симпатического нерва.

Специально в детском возрасте патогенез базедовой болезни совершенно не разработан.

Переходя теперь к вопросу о симптоматологии, надо отметить, что базедова болезнь в детском возрасте проявляется несколько иначе, чем у взрослых. Та триада симптомов,—exophthalmus, зоб и тахикардия,—которая столь характерна для взрослых, в детском возрасте не является обязательной. „Базедова болезнь в детском возрасте,—говорит Sattler,—как правило, менее богата симптомами“. Из перечисленных трех кардинальных симптомов наименее постоянен exophthalmus: из 132 случаев, собранных Sattler'ом, в 52 его вовсе не было, в 31 случае он был мало выражен, в 37 выражен заметно и только в 12 был сильно выражен; все случаи этой последней группы автор считает тяжелыми.

Второй из этих симптомов,—гипертрофия щитовидной железы,—повидимому, является у детей более постоянным, как на это указывает Naubecourt. Струма бывает, впрочем, обычно небольшая, мягкой консистенции и расположена более или менее симметрично. Из приведенных у Sattler'a 126 случаев в 5 зоб был выражен только в правой стороне железы и перешейке, в 9—в правой стороне, в 1—преобладала гипертрофия левой половины, во всех же остальных она была равномерною.

Третий симптом базедовой болезни,—тахикардия,—является у детей еще более постоянным и в одной трети случаев, по Naubecourt'y,—первым симптомом заболевания. Тахикардия у детей не достигает такой высокой степени, как у взрослых, хотя, как известно, у здоровых детей пульс чаще, чем у взрослых: в то время, как частота пульса у взрослых больных в большинстве случаев превышает 120 ударов в минуту, у детей пульс бывает от 100 до 120 в минуту, более же частый пульс (от

150 до 180) встречается лишь как исключение (Naubecourt). Кровяное давление при этом обычно бывает повышено. Hirsch наблюдал у 12-летней больной повышение давления, доходившее до 180. Иногда тахикардия может сопровождаться трепетанием сердца, которое проявляется чувством стеснения или боли при ударах сердца; подобные явления, однако, нельзя считать постоянными, и в общем они проявляются не сильно. Крайне редко при базедовой болезни у детей встречается аритмия. Сердце часто бывает увеличено в объеме; иногда приходится выслушивать шумы, которые не следует смешивать с органическими; пульсация шейных артерий бывает усилена и видна наглаз.

Из второстепенных симптомов разбираемой болезни у детей авторы отмечают повышенную возбудимость нервной системы, тремор, потливость и вазомоторные расстройства. Огностительно первой у авторов нет единообразного мнения, — в то время, как Naubecourt полагает, что дети, страдающие базедовой болезнью, бывают впечатлительны, раздражительны, нервны, имеют плохой сон, Sattler утверждает, что в большинстве всех его случаев психика у детей во время болезни не представляла никаких изменений. Тремор у детей бывает гораздо реже, чем у взрослых; Osler лишь в двух своих случаях наблюдал дрожание рук. Напротив, усиленная потливость у больных детей встречается чаще, чем тремор, — тот же Osler мог отметить этот симптом во всех своих случаях. Variot, Boy и др. также видели этот признак у детей, страдавших базедовой болезнью. Что касается до вазомоторных расстройств, то на это есть определенные указания (Sattler, Naubecourt). Обычно у таких детей мы имеем, затем, резко выраженный красный дермографизм, появляющийся очень быстро и долго не исчезающий. Часто у них и без механического раздражения появляются красные пятна на различных частях тела. Holmgren приводит случай, где у 14-летней девочки были хорошо выражены такие пятна на шее и груди, появлявшиеся без всякого раздражения; в случае Chvostek'a у 12-летней больной часто также появлялись сильные покраснения определенных частей лица, особенно около ушей, без определенной внешней причины, причем эти покраснения продолжались от одной минуты до часа.

К второстепенным признакам данной болезни, встречающимся у детей, следует также отнести непостоянно бывающие симптомы со стороны век (Graefe и Stellwag'a) и симптом Möbius'a; Naubecourt полагает, что они у детей бывают очень редко, или даже вовсе отсутствуют; проф. Филатов относительно симптома Graefe держится того же мнения. Из других признаков, бывающих при данной болезни у детей, нужно отметить изменение со стороны роста, нарушение обмена веществ, изменение крови и гликозурию. Еще в 1906 г. Holmgren установил у 10 больных базедовой болезнью детей в возрасте от 14 до 18 лет рост выше среднего, обычно свойственного этому возрасту. Zondek приводит случай где 14-летняя больная девочка была ростом в 171 см. Что лежит в основе изменения костей в данных случаях, — вопрос не решенный, но, во всяком случае, некоторые аномалии роста у этих больных, несомненно, имеются. По вопросу о нарушении обмена веществ при разбираемой болезни у авторов существуют разногласия, — Sattler отмечает, что общее состояние питания у больных детей мало нарушается, а Naubecourt, напротив, утверждает, что такие больные

теряют в весе и обычно бывают худыми. Газообмен у них также бывает изменен, обычно в сторону его усиления, и некоторые авторы как Нейшан, придают нарушению газообмена настолько большое значение, что пользуются им для диагностики и установления тяжести заболевания. Мне пришлось в одном случае, приводимом ниже, наблюдать у больной девочки повышение газообмена до 2232 больших калорий в сутки—вместо нормальных для ее возраста 600 калорий. Помимо этого у подобных больных наблюдаются изменения со стороны крови—лейкопения и лимфоцитоз; в случае Гринштейна, напр., у 14-летней больной число эритроцитов равнялось 4 160,000, число лейкоцитов—6,290, в том числе нейтрофилов—51%, лимфоцитов—41%, моноцитов—8%. Наконец, нужно упомянуть еще об одном симптоме, который иногда бывает у этих больных,—это присутствие сахара в моче. Kraus и Ludwig описали случаи базедовой болезни с алиментарной глюкозурией у девочки 13 лет; у нашей больной также был обнаружен сахар, хотя и в небольшом количестве.

Развитие базедовой болезни у детей идет очень медленно. Со времени появления первых симптомов до полного проявления болезни проходит обычно несколько месяцев. Описаны, правда, случаи острого начала, где течение болезни продолжалось всего несколько недель, но таких случаев описано в литературе немного, большею же частью мы имеем медленное начало и течение, начиная от нескольких месяцев и до 1—3 годов. Начальными симптомами болезни считаются обычно те, которые легче удастся заметить окружающим,—сюда относятся изменения со стороны щитовидной железы, глазные симптомы, реже тахикардия, жалобы на быструю утомляемость, упадок аппетита, плохой сон. Симптомы эти обыкновенно долго держатся без изменений, иногда, впрочем, приходится наблюдать улучшение, выражающееся в уменьшении струмы, более редком сердцебиении и улучшении общего состояния, но нередко за этим улучшением наступает ухудшение, которое через некоторое время вновь сменяется улучшением. В общем у детей чаще имеют место сравнительно легкое течение болезни и определенная тенденция к выздоровлению, или к большому или меньшему длительному улучшению. Смертельные исходы в детском возрасте наблюдаются гораздо реже, чем у взрослых,—приблизительно в 10% вместо 20% у этих последних. Обычно смерть бывает связана с какой-либо другой болезнью—бронхопневмонией, туберкулезом и пр.

Диагноз базедовой болезни у детей в ясно выраженных случаях не представляет затруднений. Однако и в детском возрасте, как и у взрослых, иногда встречаются мало выраженные формы болезни,—т. наз. *formes frustes*. Симптомы при них бывают мало выражены, или единичны,—бывают, напр., случаи, где налицо имеется только незначительный зоб без тахикардии и других симптомов, или, наоборот, только сердцебиение. В подобных случаях возникает вопрос, на основании каких признаков может быть поставлен диагноз данной болезни. Нечего и говорить, что в этих случаях обычно мы не находим глазных симптомов, которые очень часто выпадают и в ясно выраженных формах болезни. Наиболее постоянными признаками являются здесь увеличение щитовидной железы, хотя бы и незначительное, и тахикардия. Французские авторы рекомендуют, кроме того, обращать при этом особенное внимание на психику ребенка. Особенно часто встречаются слабо выраженная форма базедовой болезни у девочек в период полового созревания. Hutinel пишет,

что такие больные бывают впечатлительны, раздражительны, беспричинно возбуждаются, не сидят на одном месте и часто дают повышения т^о. Пульс у них бывает учащен, и тахикардия является одним из главных симптомов этой болезни. Больные худеют, нередко у них наблюдаются неправильные menses, желудочно-кишечные расстройства и бессонница.

Наubescourt считает возможным диагностировать слабо выявленную форму базедовой болезни при наличии увеличения щитовидной железы, усиленного роста и изменений психики, несмотря даже на отсутствие тахикардии. Он приводит интересный случай, касающийся мальчика 9½ л., поступившего в клинику по поводу аденоидов; автором было установлено, что мальчик капризен, раздражителен и легко возбудим; далее у него был найден небольшой зоб мягкой консистенции, замедленный пульс, доходивший до 60 в минуту, и усиленный рост,—ребенок вместо нормальных 125 ст. имел рост в 140 ст. Наubescourt полагает, что в этом случае имела место слабо выраженная форма базедовой болезни. В наблюдавшемся нами случае семейной базедовой болезни у трех детей заболевание проявлялось следующим образом: девочка 14 лет жаловалась на увеличение щитовидной железы, головные боли, сердцебиения, быструю утомляемость и неправильность менструаций; у ее сестры 12 лет были жалобы на увеличение щитовидной железы и головные боли; наконец, их брат, 8 лет, имел увеличение щитовидной железы и был очень бледен. Газообмен у всех детей оказался повышенным. Интересным и мало разработанным является вопрос о дальнейшем течении этих слабо выраженных форм у детей,—ликвидируются они в дальнейшем своим течением, или же дают более тяжелые проявления. В этом отношении важно длительное наблюдение и изучение подобных больных.

Помимо обычной формы базедовой болезни в литературе упоминается еще другая форма под названием сердечного зоба („Kropfherz“ немецких авторов) и базедовоида. Форма эта была впервые описана в 1871 г. Краuс'ом, который обнаружил, что у лиц, имеющих простую струму, наблюдаются некоторые изменения со стороны сердечно-сосудистого аппарата (тахикардия, небольшое дрожание). Изменения эти, по всей вероятности, зависят от механического надавливания со стороны струмы, от венозного застоя в шейных венах и в венах щитовидной железы; как отметил в 1902 г. А. Косher, они проходят после операции экстирпации щитовидной железы. В связи с этим в самой щитовидной железе также происходят изменения, свидетельствующие, что функция ее изменяется, причем изменения эти только количественно отличаются от тех, которые обнаруживаются при базедовой болезни (Пулавский). Термин „базедовид“ впервые был применен Stern'ом, который к этой форме относил все случаи со слабо выраженными классическими симптомами, но сильно выраженными нервными проявлениями. Эта форма непохожа на *forme fruste* и не переходит во вполне выраженную форму базедовой болезни (Пулавский).

Пример „базедовоида“ в детском возрасте приводит Hochsinger. Мальчик 10 лет в течение 2½ месяцев страдал приступами судорог с потерей сознания и последующим сонливым состоянием. При исследовании обнаружено следующее: легкий exophthalmus, левая глазная щель шире правой, зрачки расширены, замыкание глазной щели замедлено,

верхнее веко не следует за движением глазного яблока книзу (Graefe), имеется тремор рук, учащение пульса при незначительном физическом и психическом возбуждении с появлением пота, умеренное увеличение щитовидной железы без сосудистых шумов. Nohsinger относит данный случай к группе базедовидов и вообще считает, что большинство случаев, описанных в литературе под именем базедовой болезни, является базедовидными, мотивируя это тем, что у взрослых базедова болезнь имеет гораздо худший исход, между тем как у его пациента исход был хороший. По нашему мнению приведенный случай скорее соответствует выраженной форме базедовой болезни, комбинированной с эпилептиформными припадками. Вообще выделение в отдельную форму базедовидов и сердечного зоба вызывает возражение со стороны некоторых авторов, как Wieland, и представлялось бы более целесообразным объединение всех этих групп в одну рубрику базедовой болезни, дающей различные по силе и характеру проявления.

Прогноз базедовой болезни у детей надо ставить осторожно. Болезнь эта, хотя и длительная и упорная, поддается излечению, которое, по Naubesson'у, наступает в 60%. Чаще, однако, приходится видеть улучшение на более или менее продолжительное время.

Лечение заключается в изменении образа жизни больного, запрещении посещения школы и возможно большем покое. В последнее время здесь широко применяют органотерапевтические препараты—анти tireоидин, овариин и др. В некоторых случаях, с сильно развитой струмой, хорошие результаты дает лечение рентгеном. Что касается до оперативного лечения, то в детском возрасте оно не рекомендуется, и только в исключительно тяжелых случаях такие больные подвергаются операции.

Давши общий очерк современного состояния вопроса о базедовой болезни в детском возрасте, коснусь теперь относящихся сюда данных из русской литературы. В русской литературе мне удалось найти сведения о восьми случаях базедовой болезни в детском возрасте. Один из них описан проф. Н. Ф. Филатовым в 1902 г. другой—проф. Икариним в 1908 г., 5 случаев упоминаются в работе проф. Гиляровского „Базедова болезнь по данным клиники и амбулатории нервных болезней Московского Университета за период 1890—1900 г. г.“, и один случай приводится у д-ра Гринштейна в его работе. „К гематологии болезни Basedow'a“ (1912 г.). Кроме того, один случай наблюдался в ноябре 1926 года в нашей клинике и был продемонстрирован в Обществе Детских Врачей 22/XII 1926 г.

Случай этот относится к девочке 13 лет, поступившей по поводу увеличения шеи с правой стороны. Со стороны наследственности отмечаются алкоголизм у отца и большая детская смертность в семье больной. Заболеваний, связанных с щитовидной железой, в ее семье больше нет. Девочка родилась в срок, развивалась правильно, до 7 лет ничем не болела, семи лет перенесла корь, одиннадцати лет болела скарлатиной, затем до настоящего заболевания была здорова. При осмотре оказалось, что она физически хорошо развита, рост ее 150 ст., со стороны шеи заметное увеличение щитовидной железы, причем правая доля ее больше левой. При ощупывании железа мягкая, безболезненна, не пульсирует. Окружность шеи на уровне VII шейного позвонка равна 37 ст. Со стороны глаз небольшого exophthalmus, блеск глаз и непостоянно бывающий симптом Moebius'a. Обращает на себя далее внимание довольно сильная тахикардия без аритмии. Пульс в среднем 118 в минуту, хорошего наполнения. Максимальное кровяное давление по Riv a-Rossi в среднем 124. Кроме того у больной наблюдается быстрое наступление красного дермографизма и общего покраснения некоторых частей тела,

главным образом шеи и груди. Обследовавший ее психиатр дал следующее заключение: «На фоне природной вялости прорываются черты возбудимости, раздражительна, не терпит противоречий, во время ответов чувствуется все время внутреннее напряжение». Анализ крови обнаружил лейкопению (5000) и лимфоцитоз (46%), анализ мочи показал наличие сахара в количестве 0,8%. Больная пробыла в клинике около 1½ месяцев, после чего выписалась, но продолжает находиться под нашим наблюдением. Из лечебных средств она получает антитиреокрин по 0,1 два раза в день.

На основании всего изложенного могу сделать следующие выводы, касающиеся базедовой болезни в детском возрасте:

- 1) Базедова болезнь в детском возрасте встречается значительно реже, чем у взрослых.
 - 2) Заболеванию этому чаще подвергаются девочки.
 - 3) В возрасте от 10 до 15 лет болезнь эта встречается чаще, чем в первое десятилетие жизни.
 - 4) Сгрума, в большинстве случаев двухсторонняя, является у детей одним из первых и обязательных симптомов этого заболевания.
 - 5) Глазные симптомы, напротив, при ней необязательны.
 - 6) Тахикардия—один из постоянных признаков при этой болезни у детей.
 - 7) Течение болезни в детском возрасте более легкое, чем у взрослых: большею частью наступает выздоровление или улучшение общего состояния.
 - 8) Особенного внимания заслуживают у детей слабо выраженные формы базедовой болезни (*formes frustes*), которые легко могут быть просмотрены.
-

О лечении кожных заболеваний, сопровождающихся зудом, внутривенными инъекциями бромистого натра.

Д-ра А. П. Уралева.

Внутреннее лечение кожных болезней в настоящее время начинает играть первенствующую роль. Пытаются найти соответствующую терапию этих болезней на основании соотношения, которое, несомненно, существует между внутренними органами и кожей. При этом лекарственные вещества вводятся не только per os, но, для усиления их действия,—подкожно, мышечно и внутривенно. Так, в 1911 году Brosq лечил токсидермию и особенно крапивницу и кожный зуд внутривенными вливаниями физиологического раствора. В 1912 году Лещинский лечил pemphigus внутривенными вливаниями солянокислого хинина, а французские врачи Darier и Veriot внутривенно применяли морскую воду для лечения dermatitis herpetiformis и экземы у детей. Проф. Richter и др. в последние годы предлагают внутривенные вливания виноградного сахара для лечения экзем, эритем и pemphigus'a. Павлов и Колпакчи рекомендуют внутривенные вливания физиологического раствора при многих кожных заболеваниях, а в последнее время как у нас, так и за границей для лечения острых экзем успешно применяются внутривенные вливания хлористого кальция.

Основываясь на нервной теории экзем и исходя из того, что наши методы лечения их сводятся к наружным зудуотояющим средствам, проф. Лебедев впервые испробовал лечение некоторых форм кожных заболеваний внутривенными вливаниями солей брома и получил во многих случаях хорошие результаты. Из русских авторов, занимавшихся этим вопросом, можно отметить еще Бобовича, Матусиса, Тонниана и Вольпяна, а из заграничных Man kowsk'ogo (Вильно), Wolff'a (Альтона) и H ü b s c h m a n n'a (Прага). При этом Wolff на основании 10 случаев, леченных по способу Лебедева, констатировал поразительное действие вливаний, в особенности при явлениях сильного зуда. H ü b s c h m a n n, в отличие от Лебедева, пользовался патентованным препаратом „Bromen“ и остался также доволен полученными результатами. Бобович применяла внутривенные вливания брома при экземе и чешуйчатом лишае, причем имела успех только при экземе. Тонниан на основании материала в 88 случаев делает вывод, что терапевтическая ценность этого метода лечения является несомненной, и что метод этот, отличающийся простотой и полной безвредностью, может быть с успехом использован в дерматологической практике. Матусис пришел к таким же благоприятным выводам. Наконец, Man kowsky на основании 30 случаев нашел, что

внутривенные инъекции солей брома дают хороший эффект при острой экземе с отеком и экссудацией, а также в большинстве случаев хронически протекающих крапивниц.

По предложению проф. И. А. Левина, я решил проверить действие внутривенных вливаний на течение острых и хронических экзем, а попутно и других кожных заболеваний, сопровождающихся зудом. Главной задачей было при этом проследить, как действуют вливания брома на ощущения зуда: уменьшается-ли он и через какой промежуток времени, исчезает-ли и как скоро, так как зуд во многих случаях, принося невыносимые страдания, является главным стимулом, толкающим больного к врачу. Так как наши больные лечились амбулаторно, и для них не было возможности посещать клинику ежедневно, теряя таким образом несколько рабочих часов в сутки, вливания производились нами через день по следующей схеме: 1-е вливание—5 куб. см. 10% раствора NaBr, 2-е—10 куб. см., 3-е—15 куб. см., 4-е—20 куб. см., 5-е—20 куб. см. и 6-е—20 куб. см. После того мы так же постепенно понижали дозу, доходя опять до 5 куб. см. Перед началом лечения каждый больной подвергался тщательному клиническому исследованию как со стороны органов дыхания и кровообращения, так и со стороны желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. За все время лечения мною ни разу не наблюдалось каких-либо побочных явлений, хотя было проделано около 700 вливаний. Если только капля жидкости попадала в окружающую клетчатку, то получалась моментальная острая жгучая боль, но боль эта минут через 10—15 проходила даже без назначения согревающего компресса. Никаких изменений стенки вены и окружающей клетчатки после вливания никогда не замечалось,—оставалось только синее пятно на месте укола иглой. Все больные как во время, так и после вливания прекрасно себя чувствовали, и только у 4 удалось наблюдать вялость, сонливость и слабость, о которых пишет и проф. Лебедев. Всего до сих пор было подвергнуто мною данному методу лечения 55 больных, из них с острой экземой—7, с хронической экземой—30, с кожным зудом—6, с хронической крапивницей—5, с нейродерматом—3 чел., с psoriasis vulgaris—4 и с hyperhydrosis—2 чел.

Переходя теперь к разбору полученных при этих заболеваниях результатов, заметим, что наилучший и наиболее быстрый эффект был получен нами при *острых экземах*, где явления мокнутия и сильного зуда исчезали после 2—3 вливаний (1,5—3,0) бромистого натра, причем начиналась эпителиализация и отпадение корок. У всех 7 больных, бывших под моим наблюдением, мокнутие, не поддававшееся лечению примочками из aqua plumbi и alumen acetic., исчезало после 2 вливаний бромистого натра. Привожу несколько историй болезни:

1) Больной П., 45 лет. Острая мокнущая экзема лица, шеи и ушных раковин. Болен 1 неделю. Сильный зуд. Примочка из aq. plumbi, применявшаяся в течение 3 дней, пользы не принесла,—зуд усилился, мокнутие также. На 4-й день сделано вливание бромистого натра (0,5); к вечеру того же дня зуд исчез, и мокнутие уменьшилось. После 4 вливаний обильное шелушение и легкая краснота. Больной выписан.

2) Больной Ч., 65 лет. Eczema acutum universale. Болен 2 недели. Сильный и мучительный зуд. После первого же вливания бромистого натра резкое уменьшение зуда, а после 3 вливаний—полное его исчезновение. Воспалительные явления значительно уменьшились после 5 вливаний и исчезли после 7 вливаний. Всего введено 11,0 NaBr. По телу легкая краснота и шелушение.

Хронические экземы, как я убедился, действию брома также поддаются, но для этого нужно большее количество вливаний, так как кожа, измененная долгим существованием процесса, поддается излечению медленно, и эффект здесь не так заметен, как при острых экземах. Те случаи, которые не поддаются одним вливаниям бромистого натра, уступают комбинации их с наружными средствами, напр., под влиянием паст с ихтиолом инфильтрат рассасывается и кожа становится мягкой, эластичной. Важно отметить, что экзема, сначала не поддававшаяся этому лечению, по прошествии некоторого промежутка времени (2—3 недели) нередко поддается ему, и даже с большим успехом. Зуд при хронических экземах исчезает также после 2—3 вливаний, но, как правило, обычно вновь появляется после 5—6 вливаний; после следующих затем 2—3 вливаний зуд исчезает совершенно и больше уже не появляется. Из 30 больных с хронической экземой, бывших под моим наблюдением, заболевание не прошло, несмотря на большое количество вливаний (до 23), у 11, хотя и у них зуд исчез. Все это были люди, страдавшие хроническими запорами. Из 19 остальных у 2 наступил рецидив через 2 недели и у одного — через 3 месяца, причем у первых двух рецидив поддавался повторному лечению бромом, третий же больной находится под наблюдением в настоящее время. Остальные 16 случаев хронической экземы хотелось бы считать прочно излеченными, так как у этих больных втечении 4—7 месяцев рецидива не было. Приведу несколько историй болезни:

1) Больной К., 27 лет, крестьянин, страдает хронической экземой шеи и правой руки в стадии обострения. Болен 3 года. Сильный зуд. Лечился аккуратно, но ничто не помогало. После 2 вливаний исчезновение зуда и мокнутия. После 4-го вливания снова появился незначительный зуд, но после 6 вливаний наступило полное излечение. Через месяц больной явился, причем никаких следов процесса у него не обнаружено. Местного лечения здесь не применялось.

2) Больная 47 лет, крестьянка, страдает обострениями экземы каждую осень и зимой, явилась с таким обострением. Хроническая экзема кистей руки, сильный зуд. Исчезновение зуда и уменьшение инфильтрата после 3 вливаний. После 5 вливаний опять незначительный зуд, а после 7 вливаний полное излечение. Кожа рук мягка, эластична и лишь слегка цианотична.

3) Больной С., 27 лет, уже 6 лет страдает хронической пузырьчатой экземой кистей обеих рук с поражением ногтей больших пальцев, выражающимся в виде поперечной исчерченности, тусклости и ломкости их. Существует сильный зуд, исчезнувший после трех вливаний; после 5 вливаний зуд снова появился, но инфильтрат начал заметно уменьшаться. После 7 вливаний зуд исчез совершенно, поперечной исчерченности на ногтях почти незаметно. В дальнейшем шаг за шагом инфильтрат и пузырьки рассосались, ногти стали нормальными, и больной после 23 вливаний был отпущен. Через 2 недели рецидив на тех же местах. После 6 вливаний пузырьки и инфильтрат снова исчезли и больше до сих пор не возвращались. Местного лечения в данном случае не применялось, так как больной заявил, что ему никакие мази не помогают.

4) Больная В., 29 лет. Хроническая экзема предплечий и кистей рук. Сильный зуд. Болея 15 лет. Лечилась рентгеновскими лучами, причем через 6 месяцев после этого лечения получился рецидив. Уменьшение зуда после 3 вливаний, исчезновение его после 4. После пятого вливания зуд снова появился, но сыпь как будто побледнела, и инфильтрат уменьшился. После 15 вливаний инфильтрат рассосался, кожа стала мягкой, эластичной. Больная отпущена. Через 1 месяц рецидив, не поддавшийся дальнейшему лечению (10 вливаний).

С кожным зудом у нас прошло 6 человек, из них 2 с *pruritus universalis*, остальные с *pruritus partialis*. Эффект, получившийся при этом заболевании, не хуже, чем при острых экземах. Мучительный зуд,

существовавший в некоторых случаях до 10 лет, совершенно исчезал после 2 вливаний бромистого натра, т. е. после введения 1,5 его. Больные, которые раньше не имели покоя ни днем, ни ночью, становились спокойными, бодрыми и спали хорошо. Явления, сопровождавшие зуд в виде красноты и узелков, быстро исчезли после прекращения зуда. В качестве примера приведу один случай:

Больной В., 75 лет. Поступил с жалобами на сильный зуд всего тела, продолжавшийся около 10 лет. Лечение в виде ежедневных ванн и присыпок пудрой не принесло никакого облегчения, в виду чего и было приступлено к внутривенным вливаниям бромистого натра. После первого же вливания 0,5 NaBr зуд значительно уменьшился, а после 2 исчез совершенно, и больной выписался.

Больных с *хронической крапивницей* у нас лечилось 5 человек. Все они страдали ею в течение нескольких лет. После 3—7 вливаний (3—10,0) бромистого натра зуд у них исчезал и больше не появлялся. В одном случае крапивницы, мучившей больного в течение 3 лет почти беспрерывно, больной—инженер, не знавший покоя ни днем, ни ночью, так как, по его словам, не было физической возможности удержаться от расчесов, после первого же вливания ночь спал спокойно, и только на второй день у него в некоторых местах опять появился зуд. После пяти вливаний, произведенных через 2 дня, зуд исчез и больше не возвращался (больной под наблюдением 5 месяцев).

С *нейродермитом* у нас было 3 человека. В одном случае больная с ограниченным поражением боковых поверхностей шеи в виде плотных инфильтратов и узелков, страдавшая сильным зудом, больная около 20 лет, причем болезнь под влиянием лечения мазями то утихала, то опять усиливалась, после 8 вливаний (12,5) бромистого натра совершенно поправилась: зуд исчез, инфильтрат рассосался, кожа стала вполне нормальной, несмотря на то, что больная, не имея возможности посещать амбулаторию через день, являлась только два раза в неделю. Во втором случае излечение произошло после 10 вливаний, а третий больной сейчас находится под наблюдением; зуд у него исчез, но инфильтрат держится.

Из 4 случаев *чешуйчатого лишая* (*psoriasis vulgaris*), бывших под моим наблюдением, только в одном болезнь поддавалась лечению бромом, а именно, здесь произошло полное рассасывание бляшек после 13 вливаний (наряду с вливаниями больной получал через день общие ванны с зеленым мылом). Болезнь существовала в этом случае 15 лет, сопровождалась повышением кожных и сухожильных рефлексов. Предварительное лечение хризаробином результатов не дало. Через два месяца после выписки рецидив, не поддавшийся повторному лечению бромистым натром.

В виду того, что *hyperhydrosis* в большинстве случаев встречается у людей нервных и доставляет им большие неприятности, в особенности при локализации на руках, мы решили испытать ин'екции бромистого натра и при нем. Из 2 случаев этого рода, бывших под моим наблюдением, в обоих потливость значительно уменьшилась после 10 ин'екций, но полного излечения добиться не удалось.

Резюмируя все вышесказанное, можно прийти к следующим выводам:

1) Внутривенные ин'екции бромистого натра дают наилучший эффект при острых экземах, хронической крапивнице, кожном зуде и ней-

родермите, где они являются незаменимыми, так как, уничтожая зуд, тем самым дает покой больным, тогда как другие средства не приносят облегчения.

2) Хронические экземы и чешуйчатый лишай легче поддаются под влиянием брома наружной терапии.

3) Если после 10 инъекции незаметно улучшения процесса, то вливания брома в дальнейшем бесполезны.

4) Вливания брома оказывают благотворное действие лишь в тех случаях, где кожное поражение находится в связи с первичным заболеванием нервной системы; в тех же случаях, где причиной болезни является страдание какого-нибудь внутреннего органа, даже рефлекторно раздражающее нервную систему, результата от вливаний не получается.

5) Простота техники вливаний и дешевизна способа лечения позволяют применять его на каждом врачебном участке.

6) Внутривенные инъекции бромистого натрия не гарантируют больного от рецидивов, но являются хорошим подсобным методом в дерматологической практике.

существовавший в некоторых случаях до 10 лет, совершенно исчезал после 2 вливаний бромистого натра, т. е. после введения 1,5 его. Больные, которые раньше не имели покоя ни днем, ни ночью, становились спокойными, бодрыми и спали хорошо. Явления, сопровождавшие зуд в виде красноты и узелков, быстро исчезли после прекращения зуда. В качестве примера приведу один случай:

Больной В., 75 лет. Поступил с жалобами на сильный зуд всего тела, продолжавшийся около 10 лет. Лечение в виде ежедневных ванн и присыпок пудрой не принесло никакого облегчения, в виду чего и было приступлено к внутривенным вливаниям бромистого натра. После первого же вливания 0,5 NaBr зуд значительно уменьшился, а после 2 исчез совершенно, и больной выписался.

Больных с *хронической крапивницей* у нас лечилось 5 человек. Все они страдали ею в течение нескольких лет. После 3—7 вливаний (3—10,0) бромистого натра зуд у них исчезал и больше не появлялся. В одном случае крапивницы, мучившей больного в течение 3 лет почти беспрерывно, больной—инженер, не знавший покоя ни днем, ни ночью, так как, по его словам, не было физической возможности удержаться от расчетов, после первого же вливания ночь спал спокойно, и только на второй день у него в некоторых местах опять появился зуд. После пяти вливаний, произведенных через 2 дня, зуд исчез и больше не возвращался (больной под наблюдением 5 месяцев).

С *нейродермитом* у нас было 3 человека. В одном случае больная с ограниченными поражениями боковых поверхностей шеи в виде плотных инфильтратов и узелков, страдавшая сильным зудом, больная около 20 лет, причем болезнь под влиянием лечения мазями то утихала, то опять усиливалась, после 8 вливаний (12,5) бромистого натра совершенно поправилась: зуд исчез, инфильтрат рассосался, кожа стала вполне нормальной, несмотря на то, что больная, не имея возможности посещать амбулаторию через день, являлась только два раза в неделю. Во втором случае излечение произошло после 10 вливаний, а третий больной сейчас находится под наблюдением; зуд у него исчез, но инфильтрат держится.

Из 4 случаев *чешуйчатого лишая* (*psoriasis vulgaris*), бывших под моим наблюдением, только в одном болезнь поддавалась лечению бромом, а именно, здесь произошло полное рассасывание бляшек после 13 вливаний (наряду с вливаниями больной получал через день общие ванны с зеленым мылом). Болезнь существовала в этом случае 15 лет, сопровождалась повышением кожных и сухожильных рефлексов. Предварительное лечение хризаробином результатов не дало. Через два месяца после выписки рецидив, не поддавшийся повторному лечению бромистым натром.

В виду того, что *hyperhydrosis* в большинстве случаев встречается у людей нервных и доставляет им большие неприятности, в особенности при локализации на руках, мы решили испытать ин'екции бромистого натра и при нем. Из 2 случаев этого рода, бывших под моим наблюдением, в обоих потливость значительно уменьшилась после 10 ин'екций, но полного излечения добиться не удалось.

Резюмируя все вышесказанное, можно прийти к следующим выводам:

1) Внутривенные ин'екции бромистого натра дают наилучший эффект при острых экземах, хронической крапивнице, кожном зуде и ней-

родермите, где они являются незаменимыми, так как, уничтожая зуд, тем самым дает покой больным, тогда как другие средства не приносят облегчения.

2) Хронические экземы и чешуйчатый лишай легче поддаются под влиянием брома наружной терапии.

3) Если после 10 инъекции незаметно улучшения процесса, то вливания брома в дальнейшем бесполезны.

4) Вливания брома оказывают благотворное действие лишь в тех случаях, где кожное поражение находится в связи с первичным заболеванием нервной системы; в тех же случаях, где причиной болезни является страдание какого-нибудь внутреннего органа, даже рефлекторно раздражающее нервную систему, результаты от вливаний не получается.

5) Простота техники вливаний и дешевизна способа лечения позволяют применять его на каждом врачебном участке.

6) Внутривенные инъекции бромистого натра не гарантируют больного от рецидивов, но являются хорошим подсобным методом в дерматологической практике.

К этиологии эндемического зоба^{*}).

Ассистента **З. Н. Блюмштейна.**

Осенью прошлого 1927 г. я принял предложение Обздрава Марийской автономной области исследовать на содержание иода питьевую воду некоторых селений области, пораженных зобом, сделав поездку для взятия проб и попутного наблюдения заболеваемости на местах.

Вопрос этот тем более интересен, что многочисленные теории и исследования этиологии зоба в конечном счете не дают чего-либо твердо установленного: различными авторами отмечается и влияние геологического напластования, и влияние тех или иных элементов (Ca, Mg, Fe), и радиоактивности питьевых вод (E. Apert¹⁾), наконец, более 70 лет тому назад Chatin высказал предположение о недостатке иода в питьевой воде, как причине заболеваемости зобом, и доказал это на отдельных примерах. Широко проверить эту теорию было чрезвычайно трудно из-за отсутствия специальной методики определения минимальных количеств иода, каковая была детально разработана Fellenberg'ом и опубликована лишь в 1923 г.²⁾ С помощью этой методики в настоящее время заграницей проводятся многочисленные исследования, и уже намечаются некоторые выводы в затронутом нами вопросе.

Насколько мне известно из доступной русской литературы последних лет, подобных исследований у нас не производилось, и потому полученные мною результаты, мне кажется, будут небезинтересны для опубликования.

Мною был осмотрен ряд селений Звенигского кантона области, и произведено 16 анализов на содержание иода во взятых в этих селениях пробах воды. Изложу в самых кратких словах данные произведенного мною осмотра, а также результаты анализов.

Первой, осмотренной мною, деревней были Озерки (в деревне около 80—90 дворов, приблизительно поровну в верхней и нижней части). Осмотру ее населения было посвящено мною наибольшее время. Осмотр производился путем созыва населения в общественную избу, а также, в верхней части селения, непосредственно в домах. В результате оказалось, что в деревне имеется от 15 до 20 страдающих зобом, причем у некоторых из них опухоль щитовидной железы имела значительные размеры — до средней величины яблока. Из опроса больных выяснилось, что все они связаны между собой кровным родством, нередко по прямой линии. У остальных жителей деревни не оказалось даже и следов начинающегося зоба.

Питьевой водой население верхней части деревни, где живут почти все зобатые, за исключением трюх, пользуется из одного болота, но в разных местах летом и зимой. К месту взятия воды проложен по болоту настил, у концов которого установлены вертикально выдолбленные колоды, диаметром около 70 сант. каждая. Колоды находятся в запу-

^{*}) Доложено на V Менделеевском Съезде по Чистой и Прикладной Химии 15—21 июня 1928 г. под заглавием: „К вопросу о содержании иода в питьевых водах местностей, пораженных зобом“.

щенном состоянии, прогнили, цвет воды — светложелтый. При исследовании на иод оказалось, что в летнем водоеме содержится неорганического иода $0,16 \gamma$ КЈ, органического — $1,74 \gamma$ КЈ, в зимнем водоеме неорганического — $0,95 \gamma$ КЈ и органического — $1,11 \gamma$ КЈ на 1 литр. В воде другого болота, которым пользуется население нижней части Озерков, и где вместо колоды имеется прогнившая бочка, неорганического иода не оказалось, органического же найдено $0,16 \gamma$ КЈ на 1 литр. Вода этого болота оказалась также содержащею марганец.

В следующей деревне, Нижней Ошутьял, оказалось страдающих зобом двое, брат и сестра, причем у брата вначале болезни зоб был величинной с куриное яйцо, но быстро уменьшился под влиянием смазывания иодной настойкой, у сестры же обнаружен начинающийся зоб в виде небольшой опухоли в нижней части шеи. Н.-Ошутьял — очень маленькая деревенька, всего около 20 домов, и можно, пожалуй, верить жителям, что больше случаев зоба у них нет, по крайней мере значительно выраженного.

Жители деревеньки пользуются питьевой водой из протекающего подле нее ручья, вода в котором чистая, прозрачная, бесцветная, но, как и всякая ручейковая вода, раз не устроено специального водоема, содержащая, при взятии ведром, ил, песок, сучья и не только микроскопический, но и макроскопический планктон (включая червей). Неорганического иода в ней оказалось $4,27 \gamma$ КЈ на 1 литр., органического же не было обнаружено.

В следующей деревне, Шигаково или Лушмар, поголовного осмотра населения мною не производилось, и лишь у некоторых, случайно остановленных мною возле источника водоснабжения, жителей оказалось увеличение щитовидной железы, заметное на глаз, но в общем небольшое. Имеются-ли в деревне случаи с значительным увеличением щитовидной железы, — сказать нельзя, как нельзя этого и отрицать, опираясь лишь на словесные уверения населения.

Водой население Шигакова пользуется из болота с таким же водоемом-колодой, как и в Озерках. Вода желтого цвета. Иода в ней ни неорганического, ни органического обнаружено не было.

В четвертой деревне, Кишнур (свыше 100 дворов), поголовный осмотр населения был произведен тем же порядком, что и в Озерках, т. е. в общественной избе, причем около 50 человек оказалось пораженными зобом, в том числе 5—6 имели значительно развитое заболевание, у остальных же наблюдалась начальная форма болезни. Этой формой были поражены как дети, так и взрослые, и старики, мужчины и женщины. Для небольшой части заболевших удалось отметить кровное родство.

Почти все население д. Кишнур пользуется водой из колодца, находящегося в центре болота, возле плотна железной дороги. Сруб колодца находится в очень плохом состоянии, весь зарос зеленью и едва выступает над уровнем окружающего болота. Цвет воды такой же, как средней крепости чая. Неорганического иода в ней найдено не было, органического же оказалось $0,4 \gamma$ КЈ на 1 литр.

Наконец, в д. Кожла-Сола мною были обнаружены 3—4 единичных случая значительно развитого зоба. Поголовного осмотра населения здесь мне произвести не удалось, так как собрать жителей для осмотра ока-

залось невозможным. Выявленные зобатые были просто приведены сель-уполномоченным, как известные ему лично.

Население этой деревни пользуется водой из болота, из обычного водоема-колоды, но только содержимого тщательно и даже снабженного крышкой. По отношению к иоду оказалось, что как неорганического иода, так и органического вода не содержит, но в ней открыто присутствие марганца.

Для сравнения мне необходимо было параллельно произвести исследование воды и в местностях, не пораженных зобом. К таковым с уверенностью можно отнести, напр., дер. Кожлангер, о которой нет никаких упоминаний на этот счет и в прежних обследованиях (К а н д а р а т с к и й), и в произведенных на выбор обследованиях нескольких дворов зоба не оказалось.

Население Кожлангера пользуется водой из колодца, недавно (в 1925—26 г.) хорошо устроенного и хорошо содержимого, глубина которого до поверхности воды—3 саж., а толщина водного слоя—1 саж. Вода в колодце чистая, прозрачная, бесцветная, содержит много карбонатов щелочных земель, неорганического же иода совершенно не содержит, а органического—0,32 у КJ на 1 литр.

В общем все, произведенные мною наблюдения, могут быть сведены в виде нижеследующей таблицы:

ТАБЛИЦА.

Селение	Источник водоснабжения	Содержание J, перечисл. на КJ, в γγ на 1 L.		Примечания
		Неорг.	Орган.	
Озерки	Болото верхней части деревни, водоем летнего пользования	0,16	1,74	
"	Тоже, водоем зимнего пользования	0,95	1,11	
"	Болото нижней части деревни	нет	0,16	В воде Mn.
Нижн. Опутьял	Р. Ишутка	4,27	нет	
Кожлангер	Колодезь	нет	0,32	Много карбонатов щелочн. земель
Шигаково (Лущмар)	Болого	нет	нет	
Кишнур	Болото	нет	0,4	
Кожла-Сола	Болото	нет	нет	В воде Mn.

Примечания. 1) Исследование иода производилось по методу Fellenberg'a. 2) Отрицательные результаты анализа не следует понимать, как свидетельство абсолютного отсутствия иода,—весьма возможно, даже почти наверное, что он имеется в воде, но только в количестве меньшем предела чувствительности реакции, и потому для обнаружения его нужно затратить гораздо большее количество воды, чем то, каким я располагал. Определение этих величин едва-ли

имеет существенное значение, т. к. какого-либо влияния на выводы, при полученных данных, они иметь не могут. 3) На каждый анализ мною затрачивалось до 2 L воды. 4) $\gamma = 0,001 \text{ mg.}$, иод рассчитан на KJ.

Сравнивая эти наблюдения, имеющие, кстати сказать, лишь ориентировочный характер, так как моя поездка была ограничена весьма кратким временем, с обстоятельными наблюдениями М. Ф. Кандаратского ³⁾ в 1886—1889 гг., можно установить, что с того времени значительно уменьшилось число зобатых в Озерках, в Кишнуре же и, вероятно, в Н. Ошутяле, Шигакове и Кожла-Соле заболеваемость этою болезнью с 1886—89 гг. почти не изменилась. Что касается деревень Шелангер и Ташнур, в которых, по Кандаратскому, зоб был в его время сильно распространен, то сказать об них что-либо определенное в этом отношении нельзя. В Шелангере, напр., население категорически отрицает заболеваемость зобом, но осмотра здесь мною не производилось, и можно лишь допустить, что здесь нет сильно развитых зобов. В Ташнуре население также отрицает наличие зоботости, но, так как мною было здесь осмотрено не больше двух десятков жителей, у которых ничего не было обнаружено, то и относительно этого селения можно сказать лишь то же, что сейчас сказано относительно д. Шелангер.

Величина зоба у осмотренных мною больных приблизительно такая же, какую наблюдал Кандаратский. Равным образом и в настоящее время преобладают здесь такие же формы начинающегося зоба, разлитого, неболезненного, легко поддающегося лечению, к которому, к сожалению, население вследствие своей отсталости и, вероятно, слабого развития медицинской сети и полного отсутствия санитарного просвещения, весьма редко прибегает.

Переходя, наконец, к выяснению причин развития зоботости, отметим, что исследованиями по этому вопросу, произведенными в самых разнообразных местах земного шара, не было установлено какого-либо одного этиологического момента данного заболевания,—исследования эти привели к заключению, что в этиологии зоба могут играть роль различные моменты, каковы наследственность (конституциональные особенности организма) и, особенно, изменение условий внешней среды, т. е. моменты экзогенного характера. По каждому из этих факторов существует весьма обширная литература, собранная Е. Bircher'ом ⁴⁾, к трудам которого мы и отсылаем интересующихся.

Из русских исследований заслуживают внимания наблюдения И. Асланишвили ⁵⁾ над зобом в Сванетии, каковые наблюдения подтверждают влияние на возникновение данного заболевания с одной стороны питьевой воды, с другой,—и особенно,—конституциональных свойств организма. Правда, сам Асланишвили видит причину распространения зоботости в некоторых местах Сванетии только в воде, но спрашивается, чем же в таком случае объяснить, что в подавляющем большинстве обследованных им селений заболеваемость зобом колеблется в пределах от 20% до 30%, в некоторых местностях ниже, других же выше, причем в 2—3 доходит до 70%? Очевидно, здесь играют роль конституциональные особенности различных организмов, в различной степени противостоящих вредному влиянию состава воды, т. е. экзогенному фактору, кстати сказать, не исследованному.

Заслуживают внимания и приводимые Асланишвили факты влияния воды, в непораженных зубом местностях, на приостановку роста и регрессивное развитие зубов.

Обращаясь к результатам нашего обследования и анализа воды, нужно прийти к выводу, что кого-либо закономерного соотношения между содержанием иода в питьевой воде и заболеваемостью зубом в обследованных селениях Марийской области мной не установлено. Можно отметить лишь резкие колебания общего содержания J от 0,16γ до 2,06γ в 1 L в болотной воде и от 0,32γ в колодезной до 4,27γ в 1 L в ручейковой. В нашем материале в селениях, пораженных зубом, было обнаружено и значительное количество иода, и едва заметное присутствие его, причем столь же малое количество иода было встречено и в здоровой местности. С другой стороны самый характер заболевания, его диссеминированность в смысле распространения и отсюда невысокий процент по отношению к общему числу населения, наконец, несомненная кровная связь между пораженными зубом—все это заставляет склоняться к мысли, что причину зоба здесь надо видеть не только в экзогенных причинах, но и в конституциональных особенностях организма. Эту же мысль в свое время высказывал и Кандаратский, ставя вопрос гораздо шире,—он видел причину заболеваемости марийцев (быв. черемисы) в замкнутости их быта, отсутствии смешения с русским населением, что приводило, в связи с тяжелой борьбой за существование, к ослаблению конституциональных свойств организма и даже вымиранию населения.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) E. Apert. Pathologie de la glande thyroide. Nouveau traité de medecine Roger-Widal-Teissier, fasc. VIII, 1925.—2) Th. v. Fellenberg. Biochemische Zeitschr., Bd. 139, H. 1/2, 1923.—3) М. Ф. Кандаратский. Признаки вымирания луговых черемис Казанской губ. (Эндемия зоба и кретинизма). Казань. 1889.—4) E. Bircher. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. Bd. V, 1913.—5) И. Асланишвили. Зоб в Сванетии. Тифлис. 1926.

Получение стойких кристаллов гемоглобина из крови человека ¹⁾).

Заведующего кабинетом доцента А. Д. Гусева.

Более 80 лет прошло с того времени, как была открыта способность гемоглобина к кристаллизации, но следует сознаться, что и до сих пор мы встречаемся с большими затруднениями при попытках получить стойкие кристаллы этого вещества, а из крови некоторых животных и совсем не можем еще получить таких кристаллов. Между тем с того времени, как Hünefeld ²⁾ впервые описал полученные им между двумя стеклянными пластинками кристаллы высыхающей в эксикаторе крови, появилось немало трудов, посвященных методике получения кристаллов гемоглобина и описанию их кристаллографических форм.

Я не буду останавливаться на всей огромной литературе этого вопроса, а отмечу только, что все эти работы можно разделить на две группы: одни из них имели целью получение кристаллического гемоглобина для изучения его свойств, другие же главным образом были направлены на установку отличий крови различных животных по форме кристаллов гемоглобина. Вполне естественно, что эта вторая группа исследований появилась уже после того, как были изучены важнейшие морфологические свойства кристаллов.

К первой группе исследований надо отнести прежде всего наблюдения Reichert'a ³⁾ над кристаллами, найденными им на поверхности следа морской свинки, затем наблюдения Kölliker'a, Leydig'a и Budge, но первым, самостоятельно, а не случайно получившим такие кристаллы, следует считать Otto Funke ⁴⁾, которому удалось получить, между прочим, и кристаллы гемоглобина из крови человека, но в очень небольшом количестве, в подсыхающей по краям капле крови.

После того, как Al. Rollett, Lehmann, Horre-Seyler, Böttcher, Kühne дали свои методы получения кристаллического гемоглобина, вопрос о способности последнего к кристаллизации был окончательно разрешен, и разница в форме кристаллов была положена в основу попыток определения вида животного при судебно-медицинском исследовании пятен крови. Вопрос этот был крайне существенен, так как в то время биологическая проба Uhlenhuth'a еще не была

¹⁾ Сообщено в Физиологической секции Общества Врачей при Казанском Университете 22/II 1928.

²⁾ Der Chemismus in der tierischen Organisation. Leipzig. 1840.

³⁾ Beobachtungen über eine eiweissartige Substanz in Krystallform. Arch. f. Anat., Phys. und Wiss. Med., 1849.

⁴⁾ Zeit. f. rat. Medicin, N. F., 1, 1851.

известна, определение же вида крови являлось неотложным вопросом судебно-медицинской практики.

Первая работа в этом направлении принадлежала Misugasa¹⁾, а спустя несколько месяцев после нее появилась небольшая работа по тому же вопросу Moncton-Coréman²⁾. Сводка судебно-медицинских работ по вопросу о получении кристаллов гемоглобина дана Дворинченко³⁾, к труду которого мы и отсылаем всех, желающих ознакомиться с историческим развитием этого вопроса. Здесь же я отмечу только, что и после того, как проба Uhlenhuth'a вполне заслуженно вошла в судебно-медицинскую практику, вопрос о судебно-медицинском значении кристаллов гемоглобина не остался забытым, и в 1905 году появилась в печати работа Бокариуса⁴⁾, а в 1924 году—работа Амантеа⁵⁾, обе посвященные судебно-медицинскому значению кристаллов гемоглобина.

В настоящее время вопрос о получении кристаллического гемоглобина вновь приобретает особую важность для судебной медицины в связи с указаниями возможности получения гемоглобин-преципитинов. Первым получил их Higashi⁶⁾ в 1923 году, а в 1927 году гемоглобин-преципитины были получены и в нашей лаборатории⁷⁾. Получение гемоглобин-преципитинов должно повести к полной реформе судебно-медицинского исследования крови, но, к сожалению, до сих пор не было получено стойких кристаллов гемоглобина из крови человека в количестве, достаточном для перекристаллизации их и дальнейшего применения в качестве антигена. Вследствие этого вопрос о получении таковых кристаллов стал неотложным вопросом текущего времени. Настоящая работа именно и посвящается опытам, поставленным в нашей лаборатории с целью выработать такую методику, при помощи которой можно было бы получить достаточное количество стойкого кристаллического гемоглобина, способного к перекристаллизации.

В этом направлении нами неоднократно были испытаны наиболее известные способы получения кристаллического гемоглобина. Классических способов, приводимых Preyer'ом⁸⁾ в его капитальном труде о кристаллах крови, давно уже известно пять, а именно: 1) метод Lehmann'a с растворением эритроцитов водой и последующим насыщением полученного раствора кислородом и углекислотой и добавлением спирта и эфира, 2) метод Rollett'a с замораживанием крови, 3) метод Böttcher'a—инъекция животному в вену во время хлороформного наркоза холодной воды, 4) метод Kühne и Thiry с растворением эритроцитов при помощи бычьей желчи и 5) метод Horpe-Seyley'a—растворение эритроцитов водой и добавление 25% алкоголя.

¹⁾ Sulla importanza della ricerca dei cristalli di emoglobini. Riv. Sperim. 1889.

²⁾ The medico-legal detection of human blood. Brit. Med. Journ., 1889, juli.

³⁾ К вопросу об отличии крови человека от крови млекопитающих животных. Дисс., Харьков, 1893.

⁴⁾ К вопросу о кристаллах гемоглобина с судебно-медицинской точки зрения. Рус. Мед. Вестник, 1905.

⁵⁾ La cristallizzazione dell'emoglobina del sangue disseccato. Zacchia, 1924, № 3—4.

⁶⁾ Ref. b. Zentr. f. gerichtl. Medicin, 1925, Bd. V, H. 2.

⁷⁾ Гусев. К вопросу об эритропреципитинах и гемоглобин-преципитинах. Каз. Мед. Журнал, 1927, № 8.

⁸⁾ Die Blutkrystalle. Jena. 1871.

Один из этих способов, именно, способ Böttcher'a, был для нас, по вполне понятным соображениям, совершенно непригоден, другой—способ Kühne и Thiry—мы не применяли из-за боязни внести вещество, способное изменить природу гемоглобина и загрязнить его, остальные же три способа были испробованы, как вполне пригодные для наших целей.

Первым нами был испробован метод Hoppe-Seyler'a, как наиболее распространенный. Вначале мы его применяли в том существенном видоизменении, которое было выработано Лабораторией биологической химии Казанского Университета¹⁾, кровь же человека мы или брали на судебно-медицинских вскрытиях, или же нами использовались сгустки послеродовой крови, после взятия сыворотки для иммунизации. Сейчас же после взятия сыворотки эритроциты промывались 1% раствором NaCl, смесь отстаивалась и центрифугировалась, затем эритроциты вновь промывались тем же способом еще раза 2—3 и процеживались через полотно для отделения фибрина. К промытым эритроцитам добавлялась для получения лакового раствора дистиллированная вода с примесью эфира, затем строма эритроцитов отделялась продолжительным центрифугированием, лаковый раствор сливался в стеклянный сосуд, охлаждался при температуре от -3° до -20° , и к нему осторожно добавлялся охлажденный до той же температуры 95% алкоголь. Количество добавляемого алкоголя колебалось в отдельных опытах в пределах от 25 до 50%. Ни при одном из опытов,—а их было 15,—кристаллов гемоглобина получить не удалось.

Классический метод Hoppe-Seyler'a с применением одного спирта, без эфира, привел к таким же, совершенно отрицательным результатам. Тогда мы перешли к методу, предложенному Rollett'ом²⁾. Rollett, указывая, что добавление различных, растворяющих эритроциты, веществ задерживает кристаллизацию, рекомендует разрушать эритроциты действием холода. Для этого он ставит платиновый тигель, наполненный дефибрированной кровью, в замораживающую смесь, в которой кровь превращается в кусок льда. Через полчаса замерзшая кровь медленно оттаивается, разливается в стеклянки таким образом, что дно последних покрывается слоем крови высотой около 15 миллиметров, и стеклянки эти ставятся в прохладное место с равномерной температурой для кристаллизации, каковая наступает очень скоро („через несколько четвертей часа“). При испытании способа Rollett'a мы применяли кровь, полученную на вскрытиях трупов. Подлинный способ Rollett'a дал нам кристаллы гемоглобина только через трое суток.

Тогда мы стали применять двухкратное замораживание и оттаивание крови с последующим центрифугированием лакового раствора для отделения стромы. При этом вполне подтвердилось указание Rollett'a, что кристаллизация значительно облегчается некоторым загниванием крови, и мы обычно после центрифугирования оставляли полученный раствор (который все-таки еще содержал много стромы) при комнатной (или несколько выше) температуре до тех пор, пока не начиналось

¹⁾ Дмитриев. К методике получения стойких кристаллов гемоглобина. Каз. Мед. Журнал, 1927, № 4.

²⁾ Versuche und Beobachtungen am Blute. Moleschott, Untersuchungen, IX.

некоторое разжижение и загнивание крови: после того раствор разлился тонким слоем в чашки Petri и ставился в прохладное место. Через 1—2 суток получались кристаллы гемоглобина во всем разнообразии их форм, но в известной последовательности. Вначале, при микроскопическом исследовании, можно было заметить только одиночные, бледно окрашенные кристаллы, имевшие форму или четырехгранных, или же шестигранных призм, иногда со скошенными концами, образованными двумя наклонными плоскостями. Кроме этих кристаллов вначале еще получались кристаллы, несколько напоминавшие гробовые крышки, но отличные от кристаллов трипельфосфатов; кристаллы эти местами имели более темную окраску и отчасти напоминали кристаллы, описанные проф. Григорьевым ¹⁾ под названием „жировых кристаллов“.

При дальнейшем стоянии крови, обработанной по Rolletty, постепенно получались более типичные кристаллы гемоглобина—сначала в виде неправильных, расходящихся как бы лучами и перекрещивающихся между собой, очень тонких и длинных пластинок, затем к ним прибавлялись прямоугольные плоские пластинки, длина которых в 2—3 раза превышала ширину, и, наконец, образовывались кристаллы в виде довольно толстых прямоугольников. Сравнительно реже получались кристаллы гемоглобина, формой своей напоминавшие раскрытую книгу и, очевидно, представлявшие не одиночные кристаллы, а дружки кристаллов. Количество кристаллов гемоглобина при дальнейшем стоянии крови постепенно увеличивалось, форма их все более и более становилась правильно-прямоугольной, а вместе с тем нарастала и величина отдельных кристаллов, так что дней через 5—6 некоторые из них становились видимыми невооруженным глазом.

Таким образом при применении метода Rolletty нам удалось получить стойкие кристаллы гемоглобина в значительном количестве. Но крупным недостатком метода оказалось то, что кристаллы эти находились среди большого количества стромы эритроцитов, которую не удавалось отделить центрифугированием. Необходимо было как-нибудь видоизменить этот способ, чтобы получить возможность полного отделения стромы и выделения чистых кристаллов. Для этого прежде всего казалось необходимым добавить к крови какой-нибудь жидкости, так как лаковая кровь, полученная по способу Rolletty, была настолько вязка, что даже продолжительное центрифугирование оказывалось недостаточным для отделения стромы.

С этой целью мы изменили методику таким образом: после обычной обработки трупной крови отделением сыворотки, промыванием 1% раствором NaCl, процеживанием через полотно и замораживанием, к полученному лаковому раствору добавлялся малыми порциями охлажденный алкоголь (95%) в количестве, соответствующем 30 частям спирта на 100 частей крови. Затем смесь охлаждалась в снегу с солью. Через 2 часа кристаллов не было. Через 12 часов вся смесь получила вид кашицы, почти сплошь состоявшей из кристаллов гемоглобина трех видов: 1) веретенообразной формы (наибольшее количество), 2) пластинчатых, с расщепленными концами, и 3) правильных прямоугольников. Все эти кристаллы

¹⁾ Об отличительном распознавании крови человека от крови животных по форме кристаллов метгемоглобина и жировых кристаллов. Русский Врач, 1906, № 33.

были нестойки и, при комнатной температуре, при микроскопическом исследовании сначала становились как бы зернистыми, а минут через 5 распыливались и совершенно исчезали.

Попытка центрифугирования этих кристаллов в охлажденной центрифуге оказалась безрезультатной,—кристаллы распоягались по прежнему во всех слоях, и осадить их не удавалось. Тогда к 12 куб. сант. кристаллической кашицы было добавлено 9 к. с. дистиллированной воды, и раствор центрифугировался для отделения стромы. Попытки нового получения кристаллов, тем же способом, из этого раствора, однако, опять не удались. Ряд дальнейших подобных же опытов не дал лучших результатов,—перекристаллизация не удалась ни разу.

Невольно возникала мысль, не оказали ли здесь какого-нибудь влияния продолжительная обработка крови, напр., в смысле изменения содержания кислорода в красящем веществе крови. Еще Moncton-Soreman отметил тот факт, что кристаллы, полученные из крови человека и обезьяны, состоят из восстановленного гемоглобина. Дворниченко указывает, что в то время, как из крови животных можно получить и кристаллы восстановленного гемоглобина, и кристаллы оксигемоглобина, из крови человека всегда получаются кристаллы только первого. То же подтверждает и Bonnel¹⁾.

В виду этого мы произвели спектральное исследование раствора полученной нами кристаллической кашицы после ее центрифугирования. Оказалось, что раствор дает спектр метгемоглобина, а Григорьев давно уже указал, что получить кристаллы последнего можно только из крови животных, и они никогда не получаются из крови человека. Этим, очевидно, и объясняются неудачи наших попыток перекристаллизации гемоглобина. Тогда нами были произведены попытки восстановления образующегося метгемоглобина вначале небольшим количеством сернистого аммония. Получение кристаллов из восстановленного таким образом раствора не удалось. Пришлось думать о добавлении к крови какого-либо другого вещества, которое действовало бы в качестве восстановителя и препятствовало бы переходу гемоглобина в метгемоглобин во время обработки крови.

Вначале, по аналогии с получением гемохромогена, нами был испробован пиридин. После обычного отделения эритроцитов плацентарной крови, кашица их была поставлена в закрытом сосуде на 12 часов при температуре около 17° R, а затем произведено разрушение эритроцитов замораживанием и центрифугированием, причем стромы отделить не удалось. Вся кашица была разделена на две части—первая около 20 куб. сант., вторая—10 куб. сант. К первой порции был добавлен спирт в количестве 6 куб. сант. и 1 куб. сант. эфира, а ко второй порции—3 куб. сант. спирта с 1% пиридина. Через 2½ часа (в смеси с пиридином несколько раньше) получились кристаллы гемоглобина, причем в пробирке с пиридином все они были одной и той же формы—в виде вытянутых шестиугольников, а в смеси с эфиром—кроме таких же кристаллов были и игольчатые кристаллы гемоглобина. Кристаллы эти оказались довольно стойкими и только через трое суток (при хранении их

¹⁾ A propos de la differenciation du sang humain et du sang animal par les cristaux d'hémoglobine. Paris. 1903.

при комнатной температуре) расплывались. В смеси с пиридином стромы оказались значительно меньше, чем в смеси с эфиром. Попытка перекристаллизации по тому же способу с применением спирта в смеси с пиридином опять оказалась неудачной.

Следующий опыт был поставлен таким образом, что эритроциты, выделенные из трупной крови обычным способом, были разрушены двукратным замораживанием, и вся масса их разделена на две части, причем к одной было прибавлено небольшое количество (на кончике ножа) сапонины, как это рекомендует *Amantea*. Под микроскопом было видно, что после добавления сапонины уцелевшие эритроциты быстро растворяются. Эта порция с сапонином была поставлена на холод. Через 10 часов в ней найдена смесь шестиугольных кристаллов гемоглобина с игольчатыми и прямоугольными формами. После центрифугирования в охлажденной центрифуге смесь удалось разделить на 2 части, — в верхней половине находилась смесь игольчатых и прямоугольных кристаллов со стромой, в нижней же — исключительно шестиугольные кристаллы без примеси стромы.

Другая порция той же крови была обработана, как это рекомендует *Кочкин*¹⁾, углекислотой в течение 15 минут, после чего верхние слои раствора (все-таки еще содержавшие строму) были слиты, и к ним добавлено соответствующее количество спирта с пиридином. Нижний слой центрифугировался для более полного осаждения стромы, и к слитому с осадка стромы раствору тоже добавлен спирт с пиридином. В этих растворах только через 3 дня были получены одиночные кристаллы гемоглобина различной формы. Новый опыт с сапонином дал те же результаты. Перекристаллизация при всех этих опытах совершенно не удалась.

*Wedl*²⁾ еще в 1880 году предложил применять для получения кристаллов гемоглобина пирогалловую кислоту в растворе для получения микроскопических препаратов из капли крови и кристаллическую — для получения больших количеств кристаллов из крови животных. В последнем случае *Wedl* брал свежую кровь какого-либо позвоночного животного, оставлял ее стоять в закрытом сосуде от 24 до 48 часов, а затем добавлял пирогалловую кислоту; через 24 часа получались многочисленные кристаллы гемоглобина. Способ *Wedl*'я большого распространения не получил, и большинство авторов предпочли методику *Horre-Seyle*r'a. Между тем применение пирогалловой кислоты, обладающей сильными восстанавливающими свойствами, могло бы оказаться полезным в тех случаях, когда необходимо получение кристаллов восстановленного гемоглобина, так как можно предполагать, что добавление пирогалловой кислоты будет препятствовать окислению гемоглобина.

Исходя из такого предположения, мы попытались применить пирогалловую кислоту для получения кристаллического гемоглобина из крови человека. Для испытания было взято 20 куб. сант. крови из трупа человека. Промывание эритроцитов 1% раствором NaCl, процеживание через полотно и загнивание крови — как и раньше. Затем к эритроцитам добавлено 3½ куб. сант. дистиллированной воды, 1% сапонины и 1% пирогалловой кислоты, и смесь поставлена при температуре ниже 0°. Через

¹⁾ К вопросам о природе гемолитических антигенов. Дисс. Казань, 1911.

²⁾ Ueber ein Verfahren zur Darstellung der Hämoglobinkrystalle. *Virchow's Arch.*, Bd. 80, 1880.

2 дня — кристаллов нет. Тогда к смеси добавлен алкоголь из расчета 30 на 100. Через несколько часов после того в смеси были обнаружены мелкие кристаллы гемоглобина неправильной формы в небольшом количестве.

Следующий опыт был более удачен: взято 30 куб. сант. трупной крови человека, произведены обычное отстаивание и снятие сыворотки, промывание раствором NaCl , процеживание и загнивание; затем добавлено спирту с 1% ас. pyrogallici из расчета 30:100. Уже через 12 часов после этого были получены крупные, видимые невооруженным глазом кристаллы в виде палочек длиной около 3 миллиметров. Кристаллы эти были промыты холодной водой с 1% ас. pyrogallici и спиртом (30 частей на 100 частей воды) и высушены на холоду при $t^0 - 10^0 \text{ C}$. Высушенные кристаллы, оказалось, хорошо сохраняются при комнатной температуре. Быстрое высушивание их при температуре около $+25^0 \text{ C}$. тоже дает возможность сохранить полученные кристаллы, невысушенные же кристаллы при комнатной t^0 быстро расплывались. Попытки высушить кристаллы при комнатной t в эксикаторе над H_2SO_4 оказались неудачными, — кристаллы при такой обработке быстро расплывались.

Еще удачнее оказались попытки сочетания действия низкой t^0 и спиртового раствора пирогалловой кислоты. Методика была такова: взято 200 куб. сант. трупной крови человека; сыворотка, после отстаивания, тщательно снята, фибрин отделен процеживанием через полотно, эритроциты промыты 1% раствором NaCl и поставлены на 18 часов для загнивания при t^0 несколько выше комнатной; затем применено двукратное замораживание для разрушения эритроцитов, по 15 часов каждое, и добавлен охлажденный спирт (в отношении 30 на 100) с 1% пирогалловой кислоты. Тотчас же после добавления спирта образовалось много кристаллов в обычном разнообразии форм, но преимущественно в виде 4 и 6-угольников. Смесь составлена на холоду для дальнейшей кристаллизации. Через 12 часов получилась густая кашица, сплошь состоящая из кристаллов (игольчатые, прямоугольные и шестиугольные). Полученная кашица кристаллов была разделена на 2 части, одна из которых, меньшая, была промыта на центрифуге холодной водой со спиртом и пирогалловой кислотой и высушена на фильтровальной бумаге. Другая, большая часть кристаллов была растворена в минимальном количестве дистиллированной воды (под контролем микроскопа) при сильном встряхивании. Тотчас же после растворения кристаллов к раствору их был добавлен обычный спиртовый раствор пирогалловой кислоты. Через 5 часов получилась кристаллическая кашица.

Ряд следующих подобных же опытов с трупной кровью человека дал те же результаты. Перекристаллизация при всех этих опытах была так же удачна, как и в предыдущем опыте. Методика была совершенно та же, почему я и считаю лишним приводить протоколы этих опытов.

Кроме опытов с получением кристаллического гемоглобина из трупной крови человека, нами был поставлен ряд подобных же опытов с плацентарной кровью человека и со сгустками крови, полученными из Кожно-венерической клиники КГУ. Методика получения кристаллов была при этом та же самая, что и раньше, и во всех случаях тоже были получены кристаллы, но эти кристаллы в большинстве случаев отличались тем, что здесь преобладающей формой были вытянутые шестиугольники, прямоугольники же встречались только в некоторых опытах и в небольшом количестве.

Из сравнения результатов этих последних опытов с серией исследований трупной крови получается такое впечатление, что, чем более свежа кровь человека, тем более получается из нее шестугольных кристаллов гемоглобина и тем меньше—обычных прямоугольных и недоразвитых форм. Возможно, что именно этим и объясняется то обстоятельство, что ни одним из прежних авторов не было получено таких форм, и типичной для крови человека до сих пор считалась исключительно прямоугольная форма кристаллов гемоглобина. Дело в том, что форма эта была изучена почти исключительно на микроскопических препаратах, полученных загниванием и испарением или трупной крови, или же водных вытяжек из пятен крови. В настоящее время мы должны отвергнуть этот взгляд и сказать, что из крови человека получаются и прямоугольные, и шестугольные кристаллы гемоглобина, причем как те, так и другие должны считаться одинаково часто встречающимися. Даже и в препаратах из трупной крови нам удалось получить шестугольные кристаллы, хотя и в значительно меньшем количестве.

Резюмируя все вышесказанное, мы приходим к следующим выводам:

1. Из крови человека можно получить стойкие кристаллы гемоглобина не только на микроскопических препаратах, но и в больших количествах.

2. Кристаллы эти путем перекристаллизации можно довести до надлежащей чистоты.

3. Наилучшим методом получения кристаллического гемоглобина из крови человека является следующий: кровь отстаивается, с нее снимается сыворотка, затем эритроциты тщательно отмываются 1% раствором NaCl, промываются через полотно и разрушаются двукратным, приблизительно 15-часовым замораживанием и оттаиванием; полученный лаковый раствор оставляется при комнатной t° на 18—24 часа для загнивания, затем к нему добавляется охлажденный 95% винный спирт с 1% пирогалловой кислоты с таким расчетом, чтобы на 100 частей лакового раствора приходилось 30 частей спирта, и смесь ставится на холод для полной кристаллизации; когда получится кристаллическая кашица, последняя фильтруется через бумажный фильтр, осевшие на фильтре кристаллы тщательно промываются дистиллированной водой в смеси со спиртом (30%) и пирогалловой кислотой (1%), затем растворяются в минимальном количестве теплой дистиллированной воды, к раствору вновь добавляется спирт с пирогалловой кислотой, смесь вновь помещается на холод для получения кристаллов, и затем, в случае надобности, вся операция повторяется еще несколько раз до тех пор, пока не будут получены вполне чистые кристаллы гемоглобина.

На описании этой методики я считаю свою задачу законченной, так как дальнейшая работа по определению чистоты полученных таким методом кристаллов гемоглобина должна, по моему мнению, быть проделана специалистами биолого-химиками.

В заключение считаю необходимым сказать, что выработанная нами методика позволила нам получить такое количество кристаллов гемоглобина человека, которого оказалось вполне достаточно для опытов иммунизации кроликов этим гемоглобином. О результате этих опытов будет доложено особо, после окончания иммунизации.

Современное состояние учения о врожденном сифилисе.

Прив.-доц. Н. Н. Яснитского (Казань).

Чрезвычайно сложный, полный глубокого интереса вопрос о врожденном сифилисе, на протяжении десятков лет служивший предметом всестороннего и тщательного изучения, казался, нашел себе разрешение в начале текущего столетия в капитальном труде Matzenauer'a, исчерпывающим образом охватившего эту грандиозную проблему и установившего основные законы передачи болезни от родителей к плоду. Казалось, что в этот вопрос внесены ясность и определенность, не оставлявшие места сомнениям и спорам и примирившие представителей различных теорий. Однако в течение последних двух десятилетий, в связи с накоплением колоссального материала по серодиагностике сифилиса и в связи с попытками ряда авторов внести некоторые изменения в учение Matzenauer'a на основе чисто-клинических наблюдений, врожденный сифилис вновь становится острой темой современной сифилидологии.

Первым и наиболее кардинальным вопросом в этой области,—вопросом, который и до настоящего времени служит предметом оживленной дискуссии, является механизм передачи сифилиса от родителей к плоду. Мыслимая теоретически возможность передачи болезни в современном нашем представлении сводится к следующему:

1) Сифилис может передаваться плоду через первичную инфекцию зародышевых клеток (яйца или сперматозоида)—т. н. *герминативная* передача в собственном смысле слова. Эта теория, имевшая в конце прошлого столетия многочисленных сторонников, была построена на предположениях, не нашедших себе впоследствии подтверждения ни в экспериментальных исследованиях, ни в клинических наблюдениях. Немногочисленные в настоящее время защитники ее базируются главным образом на следующих доказательствах:

а) герминативная передача может быть обусловлена внедрением спирохет в головку сперматозоида. Это предположение является чисто-априорным, т. к. до последнего времени никому из авторов, работающих в этом направлении, не удалось доказать его справедливости. Напротив, Hoffmann, Schindler и др. отрицают возможность самого факта внедрения спирохет в головку живчика уже в силу того, что последняя состоит из хроматиновой субстанции и по своим размерам значительно меньше спирохеты. Jacobstahl и Meierowsky допускают существование особой зернистой стадии спирохеты, позволяющей ей поместиться в головке сперматозоида, не причиняя последнему вреда. По мнению Baumgarten'a и Hochsinger'a, упорно защищающих теорию герминативной инфекции, эта зернистая стадия имеет продолжительность, равную 4—5 мес., после чего спирохета принимает свою обычную форму и вызывает заболевание зародыша. Эта теория на XIV Конгрессе Немецких Дерматологов встретила весьма веские возражения со стороны клиницистов и бактериологов.

б) Второе доказательство защитники герминативной инфекции видят в возможности внедрения спирохеты в яйцевую клетку. Основанием для подобного заключения послужили находки Hoffmann'a, Levaditi, Bab'a и др. авторов, обнаруживших спирохет в яичниках и даже в яйце сифилитического плода. Большинство авторов совершенно справедливо указывает, однако, что этот вопрос ни в коем случае не может разрешаться в положительном смысле, пока не будет доказано с несомненностью наличие спирохет в яйцевой клетке взрослой женщины; все же попытки в этом направлении до самого последнего времени давали отрицательные результаты.

в) В защиту герминативной теории некоторые авторы, как Baumgarten, приводят указания на существующую аналогию с другими инфекционными заболеваниями, в частности с тбс.

г) Наконец, четвертое и последнее доказательство заключается в ряде клинических наблюдений, касающихся рождения здоровыми, никогда не имевшими сифилиса матерями несомненно сифилитических детей. Нужно отметить здесь, однако, что этот закон Colles'a нашел себе должную оценку в последние годы в связи с успехами наших знаний в области серологических методов исследования сифилиса. Но, несмотря на это, и в настоящее время продолжают раздаваться голоса (Hochsinger), защищающие непреложность этого закона и оспаривающие специфичность положительных серореакций у таких матерей.

2) Второй способ передачи сифилиса плоду, весьма вероятный теоретически, заключается в том, что сперма, благодаря случайной примеси к ней спирохэт, становится заразной, причем самое заражение плода происходит или в момент, или тотчас же после оплодотворения, — т. н. *infectio ex patre*. Возможность такого рода случайной примеси спирохэт к сперме или секрету простаты, вполне допустимая с теоретической точки зрения, подтверждается работами последних лет. Finger'y и Landsteiner'y удалось дважды получить положительный результат при прививках человеческой спермы обезьянам. Pinard указывает, что в 3 из 11 случаев ему удалось обнаружить спирохэт в семенной жидкости. Uhlenbuth и Mulzer своими опытами дали чрезвычайно наглядное и убедительное доказательство заразительности спермы. Наконец, Lesser и Dora Fuchs находили спирохэт в цервикальном канале женщин, не представлявших в этот момент решительно никаких клинических симптомов сифилиса, Trost обнаружил их в мочеиспускательном канале. Friedländer, при первичном, а еще чаще при вторичном сифилисе, — также в отделяемом уретры, даже не всегда при наличии катарального состояния последней. Т. о. легко допустить, что к сперме могут примешиваться спирохэты из различных отделов мочеполового тракта, делая ее заразной. Признание заразительности спермы дало повод некоторым авторам с определенностью высказываться в пользу теории непосредственного заражения отцом плода, минуя мать (Finger, Carstens и др.). Baumgarten разделяет это воззрение, исходя из результатов опытов Friedmann'a, который впрыскивал непосредственно после спаривания в вагину кроличихи несколько капель эмульсии туберкулезных бацилл и уже через 7 дней находил в зародыше отдельные экземпляры палочек.

В защиту этого взгляда Hochsinger, Rosinsky и др. приводят также ряд клинических фактов, свидетельствующих о возможности и даже вероятности *infectionis ex patre*. Дело в том, что установленная в свое время Fournier закономерность в передаче болезни плоду не дает удовлетворительного объяснения так часто встречающимся в практике случаям рождения детей с несомненными признаками сифилиса от клинически здоровых матерей, долготее наблюдение за которыми не могло дать решительно никаких указаний на имеющуюся у них болезнь. Чем же иным, как не передачей инфекции плоду непосредственно отцом может быть объяснен этот факт? — говорят защитники этой теории. Далее, в тех случаях, где у матери рано или поздно обнаруживаются различные проявления сифилиса, названные авторы склонны признавать заражение беременной больным уже плодом (*choc en retour, tertiarisme d'emblée*).

3) В настоящее время пользуется всеобщим признанием плацентарный способ передачи болезни, о возможности которого с положительностью высказывались еще старые авторы, напр., Kassowitz. Громадное большинство сифилидологов считает его единственно возможным и доказанным исследованием последних лет. С точки зрения плацентарной инфекции находят себе удовлетворительное объяснение многочисленные, подчас вызывавшие разногласия, клинические наблюдения над рождением сифилитических детей от клинически здоровых матерей. Правда, и в настоящее время некоторые авторы, напр., Finger, продолжают считать таких матерей здоровыми и иммунными, причем иммунитет ими объясняется проникновением в организм матери из организма ребенка специфических иммунтел.

Разрешение вопроса о Colles'овских матерях в значительной степени затрудняется тем, что в ряде случаев у матерей не обнаруживается ни симптомов сифилиса, ни иммунитета (т. н. исключения из закона Colles'a), и лишь впоследствии они заболевают, заразившись или от своего ребенка, или иным путем. Эта категория матерей и дает основание некоторым авторам высказываться в пользу теории *infectionis ex patre*. Neisser, разобрав обширный казуистический мате-

риал по этому вопросу, определенно склоняется к мысли о возможности рождения здоровой женщиной сифилитического ребенка. С другой стороны Matzner, тщательно изучив этот же самый материал по оригинальным сообщениям, пришел к заключению, что в действительности в нем нет ни одного достоверного случая, — что во всех их имела место не новая инфекция, а лишь рецидивы имевшейся ранее болезни.

Т. о. еще и в настоящее время, когда мы располагаем такими точными методами распознавания сифилиса, как обнаружение спирохэт и серодиагностика, когда наши знания патологии сифилиса во многих отношениях существенно изменились, благодаря экспериментальным исследованиям последних лет, — вопрос о способе передачи этой болезни все еще вызывает разногласия. Совершенно понятно поэтому стремление большинства авторов отрешиться от заключений и выводов, основанных только на клинических наблюдениях, и искать разрешения данной проблемы в области фактов экспериментального исследования, патологической анатомии и серодиагностики, — фактов, могущих дать нам ключ к пониманию доселе неясных и спорных клинических наблюдений.

Мы остановимся сначала на данных патологической анатомии, которые могут пролить свет на некоторые темные вопросы интересующей нас темы.

Пуповина. Уже давно считается установленным, что лейкоцитарная инфильтрация стенки сосудов пуповины является чрезвычайно характерным признаком для врожденного сифилиса. Thomsen из 57 пуповин, взятых от 27 мертворожденных и мацерированных плодов и от 30 живых сифилитических детей, в 37, т. е. в 65%, нашел указанные изменения различной интенсивности; при этом воспаление чаще констатировалось на обоих концах пуповины. В тех нечастых случаях, где воспалительный процесс распространялся по всей длине пуповины, можно было установить максимальные изменения в плацентарном отрезке и менее интенсивные — в плодовом. Среди 48 контрольных пуповин от матерей, у которых не было обнаружено видимых проявлений сифилиса, в 5 все же были найдены указанные изменения сосудистых стенок. Впоследствии в 3 из них дети оказались больными сифилисом. Отсюда Thomsen делает вывод, что сифилис является главной причиной развития воспалительного процесса в пуповине. Новейшие работы Pinard'a и Mohn'a почти полностью подтверждают выводы этого автора. Наряду с изучением патолого-анатомических изменений в пуповине при сифилисе в последние годы производились многочисленные исследования на содержание в ней спирохэт, — исследования, пролившие свет на некоторые вопросы, бывшие до сего времени неясными и спорными. Mohn, Simmond, Dominici и др. обнаружили в пуповине многочисленных спирохэт. Gräffenberg, исследуя 39 пуповин, во всех 100% нашел спирохэт, по преимуществу в области пупочного кольца плода, что дало ему повод высказаться за распространение спирохэт от плода к матери и за infectio ex patre.

Оболочки плода. Thomsen, находя при сифилисе воспалительную инфильтрацию оболочек, высказывается об ее специфичности с большой осторожностью, совершенно справедливо отмечая, что и при целом ряде других заболеваний она может иметь место, напр., нередко она встречается при гонорее. Mohn, исследовавший плодовые оболочки в 17 случаях родов несомненно сифилитических женщин, обнаружил в 11 случаях инфильтрацию как амниона, так и хориона и в 7 — только хориона. Из всех обследованных им случаев только в одном ему удалось найти в хорионе спирохэт.

Плацента. В детской части плаценты наиболее постоянными и характерными изменениями при сифилисе являются отек и Fränkel'евское разрастание клеток стромы, в материнской части эти изменения менее интенсивны и менее постоянны (Thomsen, Wallich). Нахождение спирохэт в плаценте имеет колоссальнейшее значение для разрешения ряда вопросов и прежде всего для выяснения механизма передачи инфекции. Необходимо отметить, что, хотя спирохэты обнаруживаются в плаценте с большим постоянством, тем не менее они встречаются здесь в значительно меньшем числе, нежели в тканях плода (Заболотный, Mohn, Wallich и Levaditi). Gräffenberg находил их в 40% по сравнению со 100% в плоде, Versé упоминает о двух случаях, когда, при несомненном сифилисе плода, спирохэты в плаценте отсутствовали. Wallich и Levaditi, исследуя 13 сифилитических плацент, нашли спирохэты лишь однажды. Larrier, Baisch и др. находили спирохэты по преимуществу или даже исключительно в детской части плаценты. В последнее время Versé и Pinard указывают, что в этом обстоятельстве нет ничего невероятного, т. к. в органах плода,

весьма богатых спирохетами (надпочечники, напр.), подчас не находят никаких патолого-анатомических изменений; напротив, в органах с резкими изменениями воспалительного характера зачастую спирохеты отсутствуют, что может быть объяснено быстрым отмиранием их при бурно протекающем реактивном воспалении. Соловьеву, Levaditi и др. удалось, однако, доказать присутствие спирохет в материнской части плаценты. В последнее время появились работы Baisch'a, Trinchesa и Weber'a, произведенные на исключительно-большом материале (100 сифилитических плацент), где авторы неизменно находили спирохеты в материнской части. Среди женщин, от которых были взяты плаценты, было немало таких, которые, рождая сифилитических детей, сами оставались совершенно свободными от каких бы то ни было проявлений болезни (Colles'овские матери). Отсюда легко сделать вывод, что такие матери, несомненно, сами являются сифилитичками. Т. о. патолого-анатомические изменения в плаценте и постоянное нахождение в ней спирохет являются наиболее веским доказательством правильности общепринятого теперь взгляда, что Colles'овские матери суть действительно сифилитички. Не менее важный вопрос о механизме передачи болезни не находит себе, однако, разрешения в данных патологической анатомии, которые допускают различные толкования и гипотезы. Finger и Hochsinger считают, что здесь весьма вероятно *infectio ex parte* и последовательное заражение матери от плода; этот взгляд основывается на данных бактериологических исследований, свидетельствующих, что в детской части плаценты всегда имеется значительно большее количество спирохет, нежели в материнской. Gräffenberg и Mohr противопоставляют этому утверждению свой взгляд, что ткани плода являются для спирохет лучшей питательной средой, почему здесь и происходит большее и скорейшее размножение их. Аналогичное соотношение в количестве спирохет весьма нередко наблюдается в случаях *postconceptional*'ного сифилиса, где путь распространения инфекции считается вполне определенно установленным, именно, от матери к плоду.

Для окончательного решения этих вопросов огромное значение приобретает метод серологической диагностики. Несмотря на то, что RW может давать положительный результат не только при сифилисе, но и при других заболеваниях, напр., при скарлатине, тропических болезнях, септических инфекциях, в настоящее время никем не оспаривается ее значение, как диагностического метода. Нужно отметить здесь, что акушеры указывают на происходящую во время беременности и особенно родов временную неспецифическую задержку гемолиза. Krukenberg находил при исследовании ретроплацентарной крови положительную RW в 30—50%, Brünner—в 18%. Esch и Wieloch получали положительную RW во время беременности в 8%, при родах—в 7%, в первые дни после родов—в 6%; эта задержка гемолиза, как неспецифическая, исчезает обычно через несколько дней. В настоящее время существует колоссальная литература, посвященная вопросу о Colles'овских матерях с точки зрения серологических методов исследования. В громадном большинстве работ приводятся доказательства того, что матери, рождающие детей с признаками сифилиса, являются несомненными сифилитичками. дающими в громадном большинстве положительную RW. Knöpfelmacher и Lehdorf, исследуя кровь у 91 Colles'овской матери, получили в 59% положительную реакцию, в том числе и у тех матерей, у которых рождение сифилитического ребенка было за несколько лет. Если же из этого материала выбрать только тех матерей, роды у которых произошли в недавнем прошлом, то % положительных серореакций достигнет 91, по исследованиям Rietschel'a—96%, а Bruck'a—даже 100%. Эти исследования окончательно решают вопрос о сифилисе Colles'овских матерей. Правда, я теперь еще раздаются отдельные голоса, утверждающие, что серологические методы исследования не могут разрешить этого вопроса, поскольку мы не можем признать за RW значение специфической реакции, поскольку нам ближе неизвестна ее сущность, и неизвестно, откуда попадают в кровь плода антитела; быть может, здесь имеет место переход их из организма матери и обратно. В отношении последнего предположения мнения большинства авторитетных сифилидологов совпадают,—считается доказанным, что противотела не могут проходить через неповрежденную нормальную ткань плаценты и остаются в организме, их выработавшем. Этим и объясняется имеющееся иногда несоответствие между RW у матери и плода.

Не имея возможности подробно останавливаться на разборе колоссального материала по серодиагностике врожденного сифилиса, мы отметим здесь лишь некоторые факты и наблюдения. Mulzer, Boas и Rietschel еще в первые годы после открытия RW установили тот факт, что у детей с врожденным сифи-

лисом реакция эта почти всегда дает положительный результат (в 90—100%). В некоторых случаях у сифилитичек могут родиться дети, свободные от признаков сифилиса и остающиеся здоровыми впоследствии; RW у таких детей неизменно отрицательная. Здесь не исключается возможность рождения действительно здоровых детей, поскольку самая передача болезни (особенно при старом сифилисе матери) носит факультативный характер. В отдельных случаях наблюдалась у таких детей вскоре после рождения кратковременная задержка гемолиза. Boas и Rietschel объясняют ее временным пассивным переходом противотел от матери, имеющим место в момент родов, именно, при отделении плаценты часть материнской крови неизбежно попадает в сосуды пуповины, а вместе с нею и некоторое количество противотел, вскоре затем исчезающих. При отрицательной реакции матерей у детей RW может быть положительная. Эта наблюдения нередки в практике, причем здесь речь может идти или о рождении больного ребенка латентной сифилитичкой, ранее леченной, или о Colles'овской матери, которую мы также считаем несомненной носительницей инфекции.

Ограничиваясь этими краткими замечаниями о RW при врожденном сифилисе, резюмируем наши современные воззрения на врожденный сифилис в следующих положениях:

1) Герминативный способ передачи болезни не доказан, но с теоретической точки зрения имеет за себя мало оснований.

2) Infectio ex patre, теоретически вполне возможная, требует дальнейших доказательств.

3) Наиболее вероятным и доказанным является плацентарный способ передачи.

4) Сперма, как и всякий секрет сифилитического организма, может содержать в себе спирохеты и быть т. о. заразной.

5) В плаценте сифилитических детей всегда обнаруживаются спирохеты, притом в большом количестве в детской части ее, что объясняется лучшими здесь условиями для их роста и размножения.

6) Все без исключения матери, рождающие сифилитических детей, сами являются носительницами инфекции, независимо от того, имеют ли они признаки болезни, или нет.

Рефераты.

а) Туберкулез.

301. К вопросу о действии *tbc* палочек на развожки тканей *in vitro*. Произведя ряд исследований в этом направлении, проф. А. А. Максимов (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1928, № 3) убедился, что бациллы BCG отличаются от бацилл бычьего *tbc* гораздо более слабою вирулентностью. Главная роль в защитной реакции тканей против *tbc* инфекции принадлежит полибластам и продуктам их трансформации—эпителиоидным и гигантским клеточкам, которые развиваются частью из гистиоцитов, частью из незернистых лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов; эпителиоидные клетки фагоцитируют *tbc* палочки, окружают их колонии, соединяются в группы и сливаются в гигантские клетки, образуя бугорки. Наблюдая этот процесс в тканевых культурах при действии с одной стороны палочек BCG, с другой—*tubus bovis*, проф. М. нашел, что, между тем как первые не проявляют никакого токсического действия на клеточные элементы, вторые проявляют такое действие на фагоциты, даже на известном расстоянии, и эпителиоидные клетки кролика оказываются совершенно бессильными бороться с ними. Р.

302. Значение различных глобулиновых реакций для диагностики *tbc*. Ипатьев и Хольцман (Вопр. Туб., 1928, № 1) на санаторном материале изучили сравнительную ценность реакций Daranvi, Bruck'a, Costa и скорости оседания эритроцитов. Выводы их сводятся к тому, что р. Daranvi является наиболее ценной и необходимой, ибо она тонко передает изменения в ходе *tbc* процесса, являясь наиболее верным показателем активности процесса. Эта реакция идет параллельно с реакцией оседания эритроцитов, причем обе они дополняют друг друга. Р. Bruck'a громоздка, и ее показания в большом % случаев идут в разрез с клинической картиной и реакцией оседания эритроцитов. Наконец,

p. Costa технически очень проста, но ценность ее невелика, так как она, являясь положительной в тяжелых случаях, идет в разрез с клиническими данными при более легких tbc процессах.
М. Ойфейбах.

303. *Первоначальная tbc инфильтрация у взрослых.* Остановившаяся на этом чрезвычайно интересном и важном вопросе и исходя из работ Assman'a и Redeker'a, Прозоров и Канторович (Вопр. Туб., 1928, № 1) на основании своих 19 случаев приводят клиническую и рентгенологическую картину первоначальной tbc инфильтрации у взрослых. Крупно-очаговая инфильтрация эта, располагаясь близко к плевральной поверхности, чаще всего обнаруживается на уровне II и III ребра справа, в верхней доле легкого, и является характерною не только для юношеского возраста. При прогрессировании процесса наблюдаются и пневмонические ее формы с распадом легочной ткани, в большинстве же случаев происходит рассасывание или омертвение инфильтрата. По классификации Rankin эта форма авторами рассматривается, как переходная от II к III периоду tbc, и признается большею частью результатом экзогенной реинфекции. Скучные субъективные и объективные данные клинического исследования делают значение тщательного рентгеновского обследования особенно важным для раннего распознавания этой формы, которой необходимо уделять большое внимание.
М. Ойфейбах.

304. *О частоте почечной бугорчатки.* J. Steiger (Beitr. zur Klin. der Tbc, Bd. 68, № 2—2) определяет таковую в 2,1% всех случаев и в 2,8% случаев открытой бугорчатки. Для раннего распознавания особенно важно нахождение лейкоцитов в стерильной моче.
С. С-в.

305. *Рентгенотерапия tbc аденита.* Ed. Wysz и A. Eghiazar (Schweiz. med. W., 1927, № 49) нашли, что благоприятно протекают при таком лечении adenitis hyperplastica, caseosa и purulenta, а мало поддается ему казеозный аденит.
С. С-в.

306. *Пересадка костной ткани при tbc тазобедренного и коленного суставов.* P. Vignard (Lyon chir., 1927, № 2) применяет эту пересадку в некоторых случаях tbc поражения названных суставов, именно, главным образом в начальных стадиях процесса, когда сустав еще подвижен, и нет ни натечников, ни свищей. При операции попутно удаляется пораженная синовиальная оболочка, а прилегающие эпифизы костей выскабливаются острой ложкой. Трансплантация кости может быть, по мнению автора, применена и в старых случаях tbc суставов с законченным процессом, но где анкилоза еще не наступило, конечности нужно придать более удобное положение, сустав еще болезненен и представляет опасность с трех точек зрения: возможности рецидива, дальнейшего разрушения суставных поверхностей и позднего анкилоза в дефективном положении.
А. Алексеева-Козьмина.

б) Внутренние болезни.

307. *К лечению злокачественного малокровия печеночною биотой.* В. Herold и H. Munsam (Klin. Woch., 1928, № 4) сообщают случай излечения больной 44 лет, которая после продолжительного (в течение 2 лет) лечения разными средствами была почти умирающею; гемоглобина у ней было 29%, красных телец—300,000. Через 2 недели лечения (250 грм. печени в день, в 3 приема) количество гемоглобина поднялось до 70%, а число красных телец—до 2,5 миллионов, с соответственным улучшением общего состояния. Но одновременно у больной развилось такое отвращение к печени, что пришлось ввести свободные от нее дни, а потом и вовсе заменить ее другими средствами. В № 11 того же журнала авторы сообщают еще более поразительный случай у настоящей moribunda, поступившей на лечение с 29% гемоглобина и тоже 300,000 красных телец; после 4 недель лечения печенью получились цифры 82% и 300,000, а еще через месяц 90% и 4,2 миллиона.
С. С-в.

308. *Частота различных форм эндокардита.* H. Krischner (Virch. Arch., Bd. 265, № 3) приводит данные относительно 78 случаев эндокардита, обнаруженных в Грацком Патолого-Анатомическом Институте. Случаи эти распадаются на 4 группы: 1) endocarditis simplex—36 случаев, 2) end. rheumatica—6 случаев, 3) end. maligna polyposa—35 и 4) end. ulcerosa—1.
С. С-в.

309. *Сочетание сердечной астмы и грудной жабы.* По F. Grün (Wien. klin. W., 1927, № 41) такое сочетание в практике встречается сравнительно нередко, причем в этих случаях наряду с характерными болями имеются и приступы одышки. Помогают в таких случаях, и очень быстро, впрыскивания вытяжки мозгового придатка.

С. С-в.

310. *Лечение хронического бронхита и зависящей от него астмы.* Veilchenblau (Münch. med. W., 1928, № 5) видел хорошие результаты при этой болезни от внутривенных впрыскиваний 50% какадильного раствора в возрастающих и потом уменьшающихся количествах (1—6 кб. сант.), с промежутками по 3 дня. Случаи, осложненные бугорчаткой легких, отсюда исключаются.

С. С-в.

311. *Инсулин и диабетическая кома.* David (Ther. d. Gegenw., 1928, № 2) на основании обширного статистического материала подчеркивает необходимость возможно-раннего применения инсулина при диабетической коме: если лечение начато в первые 6 часов по наступлении потери сознания, то оправляются почти все леченные; напротив, после 12 часов надежда на сохранение жизни равна почти нулю (некоторые больные и здесь еще приходят в себя, но гибнут потом при явлениях нарастающей сердечной слабости, вследствие общей неспособности клеток окислять сахар).

С. С-в.

312. *Слизистый колит.* По данным, имеющимся в Journ. of Amer. Med. Ass., 1927, № 4, причины слизистого колита бывают весьма различны: механические, химические, нервные. Септические фокусы в зубах, в миндалинах, в тазу играют здесь также нередко важную этиологическую роль. Если ни одна из этих причин не обнаружена, то в основе колита лежит или нарушение обмена, или расстройства со стороны нервной системы. В большинстве случаев слизистый колит есть тяжелая форма спастического запора, обусловленная стазом в проксимальной части толстой кишки и спазмом—в дистальной; первый вызывает раздражение фекальными массами и на этой почве—спазм поперечно-ободочной и нисходящей толстой кишок, а это в свою очередь усиливает стаз. Спазм может быть ослаблен масляными клизмами и приемами per os оливкового и касторового масла, применением тепла на живот и назначением внутрь препаратов белладонны, а также легкой диетой; длительное применение последней впрочем ухудшает состояние, вызывая запоры. Гигиена духа наряду с указанными средствами также должна играть видную роль в лечении: нервные больные должны быть убеждены в легкости и безопасности для них данного заболевания. В случаях, где причиной слизистого колита является амёбная дизентерия, хорошие результаты дает стоварсол по 0,25.

Н. Крамов.

313. *Лечение амёбной дизентерии.* Лечение этой болезни эметин^{ом}, проведенное Manson-Bahr^{ом} (Brit. Med. J., 1927, № 3480) у 87 больных, дало вполне удовлетворительные результаты в ранних стадиях болезни, в хронических же случаях оказалось безуспешным, несмотря на высокие дозы эметина (до 80 гран и больше). Напротив, эметин-висмут-иод, проведенный на 40 случаях, только в 5 из них не дал постоянных результатов. Недостатки этого средства (привыкание к лекарству, побочные неприятные действия) побуждали, однако, автора прибегнуть к комбинации его с патреном, причем последний вводится в клизмах, эметин-висмут-иод же—per os, по 3 грана на ночь. Испробовав эту комбинацию в 22 случаях, где один эметин был безуспешен, автор нашел, что при помощи ее можно бороться с амёбными поражениями прямой, слепой и нисходящей кишок.

Н. Крамов.

314. *Свищ поджелудочной железы.* P. Trnka (Casopis lékařů českých, 1927, № 35) в одном случае травматического свища поджелудочной железы убедился, что организм может в течение 1/2 года переносить потерю поджелудочного сока без каких-либо объективных и субъективных расстройств. Принимавшаяся per os соляная кислота увеличивала у больного отделение сока, а щелочи—уменьшали, так что железа реагировала, как здоровая.

С. С-в.

б) Хирургия.

315. *К лечению злокачественных опухолей.* E. Lick (Zentr. f. Chir., 1928, № 5) оперировал 52-летнего мужчину по поводу рака полового члена; операция состояла в ампутации члена и вылушении паховых желез, причем ран в пахах зашить наглухо не удалось. Два месяца спустя наступило рожистое воспа-

ление в области еще не вполне заживших паховых ран. В промежуток 3—6 недель рожь затем повторилась, после чего наступило полное заживление ран с отсутствием рецидива. Предположив, на основании этого случая, что злокачественные опухоли под влиянием повторяющейся рожь исчезают, Coley рекомендует лечить неоперабельные случаи таких опухолей прививками смеси токсоидов рожь и *b. prodigiosus*. *И. Циммерс.*

316. *К дезинфекции рук пред операциями.* R. Frank (Zentrbl. f. Chir., 1928, № 9) накапывает 3% раствор перекиси водорода на мыленные руки, получая при этом обильную пену с развитием кислорода. Такая пена, по его уверению, очищает глубокие кожные поры и освобождает их от бактерий. После этого руки вымываются алкоголем для закрытия тех же пор и фиксации еще оставшихся зародышей. Бактериологическая проверка способа дала автору очень хорошие результаты. *С. С-в.*

317. *Спинномозговая анестезия.* J. Ducuing (Presse med., 1927, № 77) за время с 1908 года проделал 6000 люмбальных анестезий. На основании своего опыта он устанавливает следующие противопоказания к последним: 1) возраст моложе 15 лет и старше 70 лет; 2) кратковременные операции, или такие, которые можно сделать под местной анестезией; 3) бывшие раньше или имеющиеся налицо расстройства нервной системы; 4) низкое кровяное давление (с этой точки зрения спинномозговая анестезия противопоказана при кровотечениях, общем перитоните, шоке и инфекциях). Не применяет ее автор также при операциях на груди. Перед анестезией он не впрыскивает под кожу ни камфоры, ни эфира. Пункция производится тонкой иглой, по возможности сразу, чтобы не делать нескольких отверстий в оболочках, притом не выше I поясничного промежутка. Для анестезии D. употребляет синкаин в 8% растворе, приготовленном заранее, в дозе до 18—20 смтр. чистого алкалоида. В течение анестезии не делается никаких подкожных инъекций эфира, кофеина и т. п., которые автор считает совершенно бесполезными. После операции рекомендуется темная комната, покой, молчание, запрещение чтения и разговоров в течение 3—4 дней, что ведет к значительному уменьшению головных болей. *М. Знаменский.*

318. *Лечение фурункулов впрыскиваниями собственной крови.* Karris (Ther. d. Gegenw., 1928, № 1) считает такие впрыскивания прекрасным средством против воспалительного фурункулеза. Обычно при этом длительность заживления значительно сокращается, а рубцы остаются ничтожные. Но, конечно, панацеею и этот способ не является. Особенно слабо поддаются ему чирьи на шее. *С. С-в.*

319. *Как уменьшить смертность при пересадке мочеточников в кишку?* Проф. С. Н. Лисовская (Куб. Н.-Мед. В., т. VII—VIII) рекомендует для этой цели 1) производить пересадку не одновременно обоих мочеточников, а сначала одного, потом, через несколько месяцев, другого. 2) после операции вводить в прямую кишку постоянную трубку для отвода мочи. 3) вводить больным перед операцией бактериофага. *Р.*

320. *К технике резекции желудка.* J. Zahradnický (Časopis lékařů českých, 1927, № 28), потеряв двух больных после резекции желудка от разлитого гнойного перитонита, полагает, что наилучшую защиту от заносимых с пищею бактерий представляет кислый желудочный сок. Поэтому за последнее время он принял за правило давать больным пред и после операции резекции желудка соляную кислоту и, кроме того, промывать желудок физиологическим раствором поваренной соли. *С. С-в.*

321. *К технике спленэктомии.* Ferrari (Revue de chir., 1927, № 6) предлагает оригинальный доступ к селезенке: кожный разрез начинается в VIII межреберном промежутке слева, переходит на брюшную стенку, следуя направлению этого межреберья, и оканчивается на средней линии, немного выше пупка, образуя слегка выгнутую книзу линию. Сначала вскрывается только брюшная полость, а если является надобность в расширении разреза, то к последнему присоединяется разрез диафрагмы с грудной стенки в том же межреберье после предварительного сшивания диафрагмы с межреберными мышцами. В случае непреодолимых трудностей при производстве спленэктомии может быть применена, особенно при наличии утолщенной капсулы, субкапсулярная спленэктомия после перевязки сосудов ножки. Техника ее заключается в том, что пальцем разрывают

капсулу и пальцем же вылушают селезенку из-под капсулы, «как апельсин», без всякого кровотечения. Вылущение нормальной селезенки обычно так легко не удается. В подобных же случаях применяется еще т. наз. экзоспленексия: стараются освободить нижний полюс селезенки, вывихивая его из брюшной полости, и фиксируют к краям раны, которая оставляется открытой и заживает *per se-cundum*.

М. Знаменский.

322. *Новый симптом коксита.* Chatzkelson (Zentr. f. Chir., 1928, № 4) предлагает для раннего распознавания коксита перкутировать у больного, находящегося в лежачем положении, обе передне-верхние ости подвздошных костей. В начальных стадиях болезни при перкуссии на больной стороне, вследствие обеднения костей солями кальция, получается менее глухой тон, чем на здоровой.

Н. Циммерс.

г) Офтальмология.

323. *Лошадиная сыворотка при глазных болезнях.* Scarlett (Amer. Journ. of ophth., 1927, № 10) на основании опытов на кроликах и наблюдений над больными, особенно страдающими иритами, приходит к заключению, что наиболее действительной формой протеиновой терапии является применение нормальной лошадиной сыворотки. Она более действительна, чем молоко и т. п. вещества. В. А.

324. *К измерению аксиальной подвижности глаза.* Gutmann (Zeit. f. Augenheilk., Bd. 63) сообщает о результатах своих исследований, произведенных с изобретенным им прибором для измерения аксиальной подвижности глазного яблока. Эта последняя имеет дифференциально-диагностическое значение для характеристики подозреваемой ретробульбарной опухоли. Автор устанавливает, что при ангиоматозных новообразованиях, а также при экзофтальме, при базедовой болезни, аксиальная подвижность на больной стороне по сравнению со здоровой бывает повышена, при опухолях же фиброматозных, раковых и саркоматозных — ослаблена.

В. А.

325. *Spirochaeta pallida в конъюнктивальном и носовом секрете врожденно-сифилитических грудных детей.* По Weiss's'y (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 83, H. 1/2) спирохеты встречаются в названном секрете у $\frac{2}{3}$ больных детей. Появляются они здесь с началом симптомов болезни. Обычно у таких детей имеется специфический инфильтративный конъюнктивит.

С. С-в.

326. *Тифозная вакцина при табетической атрофии зрительного нерва.* R. Kutz (Casopis lékařů českých, 1928, № 3) сообщает о 7 случаях такого лечения, имевших место в глазной клинике проф. Slavík'a в Brno. Вакцина вводилась в количестве 25—550 миллионов бактериальных тел, 10-12 раз. Быстрое прогрессирование болезни после этого обыкновенно останавливалось, обратное же развитие ее наблюдалось лишь у 1 больного.

С. С-в.

д) Акушерство и гинекология.

327. *Плацента и кровяные группы.* Мать и плод ее могут обладать различными кровяными группами, и этим некоторые пытались объяснить такие патологические явления, как, напр., эклампсию. Признаки, характерные для определенных групп крови, свойственные не только кровяным клеткам, но также клеткам других тканей и органов (печени, почек, селезенки и пр.). Групповые специфические составные части могут быть получены из этих органов в алкогольном экстракте. Oettingen и Witebsky (Münch. med. W., 1928, № 9) изучали распределение специфических групповых признаков в плаценте с целью установления, какие именно части ее являются носителями этих признаков и где лежит граница между признаками материнскими и плодовыми. С этой целью они приготавливали алкогольные вытяжки из хориона, амниона, пуповины, ворсинок и децидуальной оболочки. Их исследования касаются только кровяной группы А. Оказалось, что плацента совершенно не содержит специфических групповых признаков в противоположность децидуальной оболочке, в которой они отчетливо обнаруживаются. Т. о. плацента является как бы нейтральным органом между матерью и плодом, и при гетероспецифической беременности нет оснований объяснять различные патологические явления разницей в кровяных группах матери и плода.

А. Вилегзин.

328. *Искусственный выкидыш при болезни Van t i. Brychta* (Casopis lékařů českých, 1928, № 7) описывает такой случай у больной 46 лет, поступившей на IV месяце беременности (пятой) с сильной желтухой, огромной селезенкой и признаками атрофии печени. Выкидыш прошел благополучно. Спустя 14 месяцев у пациентки было констатировано некоторое уменьшение селезенки. С. С-в.

329. *Салициловокислый натр. как abortivum*. F. Pachner (Casopis lékařů českých, 1928, № 12), имея в виду, что в некоторых округах Чехо-Словакии названное средство применяется беременными для вызывания выкидыша, произвел ряд опытов на морских свинках, которым салициловокислый Na давался по 0,01—1,0 в день в течение 1-2 недель, а также наблюдения над 65 женщинами, находившимися на 4-й—24-й неделе беременности, у которых было показано прерывание беременности—в 45 случаях вследствие легкой чахотки, а в 8—вследствие пороков сердца; женщины эти получали по 6 грм. салициловокислого Na в день, 3 дня подряд. Выводы, к которым пришел автор,—следующие: 1) Салициловый натр не оказывает почти никакого стимулирующего или тонизирующего действия на небеременную матку у свинки. 2) Во время беременности, хотя матка и делается чувствительнее к этому средству, но выкидыша последнее вызвать не может, даже и будучи применено в токсических дозах. 3) Ни у одной из 65 беременных женщин прерывания беременности указанными приемами средства автору получить не удалось. С. С-в.

330. *Применение молочной кислоты при белых*. I. Marsalek (Cas. lek. českých, 1927, № 23), убедился, что 0,5% раствор молочной кислоты убивает золотистого гроздекока, 0,3% же раствор, наоборот, представляет для него благоприятную питательную среду, акклиматизируясь в которой гроздекок может потом переносить без вреда для себя и 0,5% раствор ас. lacticі. В виду этого автор советует для влажных спринцеваний применять растворы молочной кислоты лишь крепче 0,5%. С. С-в.

331. *Лечение маточных кровотечений мочегонными средствами*. P. Wermer (Zentr. f. Gyn., 1928, № 11) предлагает пользоваться для лечения маточных кровотечений мочегонными средствами на основании следующих соображений: из многочисленных опытов над больными с diabetes insipidus известно, что питуитрин уменьшает диурез; задняя доля гипофиза, являющаяся местом продукции питуитрина, играет важную роль в деле регуляции содержания воды в организме,—ее задача заключается в том, чтобы защитить организм от слишком большой потери воды; если извлечь из организма большое количество воды, то гипофиз начинает усиленно продуцировать питуитрин, чтобы затормозить дальнейшую отдачу воды. W. полагает, что, если при помощи сильных мочегонных средств извлекать из организма воду, то этим путем можно возбудить усиленную секрецию питуитрина, который и окажет свое действие на маточное кровотечение. Для этой цели автор пользовался сначала эйфилином, но потом, так как внутривенные инъекции эйфилина вызывают иногда неприятные и даже опасные явления, он стал применять чистую мочевины, давая ее в количестве 20 грм. ежедневно по 2 раза per os. Из 46 случаев он в 33 получил хороший результат. То обстоятельство, что инсулин способствует остановке маточных кровотечений, по мнению W. объясняется тоже тем, что инъекции инсулина (как это видно из работ Dixon'a) влияют на выделение питуитрина. Е. Заболотская.

е) Педиатрия.

332. *Судороги в раннем детстве и врожденный сифилис*. Nobécourt и Labée (Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 1928, № 1) на основании производившихся в течение нескольких лет наблюдений над маленькими детьми, страдающими частыми судорогами, пришли к след. выводам по данному вопросу: 1) на 100 детей, страдающих судорогами, приходится 40—50 сифилитиков, 2) из 100 детей-сифилитиков встречается 5-6. страдающих судорогами, и 3) на 100 детей приходится 20—25 сифилитиков. Исходя из этих данных, авторы полагают, что врожденный lues играет важную, но не доминирующую роль в этиологии судорог у маленьких детей. Это мнение несколько расходится с мнением Marfan'a и Leredde'a, которые считают каждого ребенка моложе 6 месяцев с судорогами подозрительным в отношении наследственного сифилиса. Н. Тарнопольский.

333. *Безмолочная и бедная молоком диета у грудных детей*. По В. Epstein'y (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 117, № 5-6) такая диета показывается при тета-

нии, пищевой азимии, мясных диететик, идиосинкразии к коровьему молоку, расстройств питания (особенно у более старших атрофиков), у нейротических грудных детей без интелли и у рахитиков с обильным животом. Подозны и в подобных случаях, кроме пуддингов с блинчиками и айдами, в особенности кислые пуддинги из крахмала, манной, пшеницы, почек (каждый 100 грм. таких пуддингов соответствует 160—170 калориям). Необходимыми условиями успеха является здесь свежесть и хорошее приготовление пуддингов. С. С.-в.

334. Концентрированное питание при поносах у детей раннего возраста. В виду того, что применявшиеся до сих пор у детей раннего возраста при поносных заболеваниях диеты не являются полноценной и из-за недостатка жира и при длительном применении ведет к истощению, В. Балабан (Педиатрия, 1927, № 1) на основании работ Сзегну, Мого и Klein schmidt'a, указывающих, что жир, вводимый в правильных соотношениях и в соответствующей форме, переносится и лабильным кишечником, проводил ряд опытов с применением смесей Сзегну и Мого при поносах. Всего им было проведено 40 случаев, причем центральной группой наблюдений были поносные заболевания у дистрофиков. Противопоказанием служили токсические явления. Сначала детям назначались белковое молоко и 1—2 кормления масляно-мучной смесью по 30,0—50,0, затем количество смеси постепенно увеличивалось. Продолжительность лечения равнялась 3—4 неделям. Большая часть случаев проходила без всякой лекарственной терапии. Почти во всех случаях автор получил хорошие результаты, приходя к выводу, что белковое молоко и масляно-мучная смесь оказывают вполне благоприятное действие на течение поносов. С. Егерева.

335. Гинофизин при атонии желудка у детей. E. Königsberger и W. Mansbacher (Zeit. f. Kinderheilk., Bd. 44, № 3-4) наблюдали весьма благоприятное действие этого средства на рвоту у грудных и более старших детей. Там же, где лечебное действие одного гинофизина было недостаточным, помогали сочетания гинофизина с атропином или адреналином, — сокращая пребывание пищи в желудке, они, вместе с тем, устраняли и рвоту. С. С.-в.

336. Лечение пневмококковой эмпиемы у детей оптохином. Leitner (Mon. f. Kinderheilk., Bd. 38, № 1-2) советует при пневмококковой эмпиеме у детей выслать гной проколом, после чего промывать полость 0,25% раствором оптохин-баси, оставляя после каждого прокола в ней по 0,025 средства на kilo несаребенка (в 50% растворе). С. С.-в.

ж) Эвтропатология и психиатрия.

337. Реакция Викарио при энцефалит. Реакция эта состоит в следующем: несколько куб. сант. мочи кипятят в пробирке в течение 20—30 сек. вместе с половинным количеством 50% водного раствора $AgNO_3$, затем оставляют. В нормальной моче при этом получается осадок белого цвета, в патологической же — осадки различной окраски, в частности, при неправильном обмене — черного цвета вследствие наличия аминов. Изучил эту реакцию у 16 эпилептиков, Харченко (Совр. Лейхоневр., 1928, март) нашел, что у большинства из них реакция давала осадок черного цвета. Р.

338. Люмбажная пункция при хорее. Gassoute, Raynaud и Montas (Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 1928, № 1) сообщают 3 случая, где хорея у детей прошла после поясничного прокола, и напоминают, что в литературе опубликовано еще 10 аналогичных наблюдений других авторов. В описанных случаях достаточно было одной пункции, чтобы непроизвольные движения совершенно прекратились и не возобновлялись в течение более или менее продолжительного времени. Этот факт, а также и улучшение, которое наступало всегда немедленно же после пункции, по мнению авторов, нельзя рассматривать, как случайное явление. Не считая, однако, люмбажную пункцию радикальным методом лечения хорей, они предполагают, что благоприятный результат ее является лишь следствием влияния изменения давления на двигательные центры мозга, которые по прекращении давления могут восстановить свою функцию. Н. Тарнопольский.

339. Лечение прогрессирующего паралича прививками малярии. G. K. Kasperik (Ztschr. f. Neurol., Bd. 106) сообщает о 89 случаях такого лечения. В 4 из них получилась в итоге полная работоспособность, в 18 — относительная, в 25 — болезнь осталась без перемен, в 22 — прогрессировала, 16 больных умерли. Из 8 больных первой группы 7 представляли картины мании. С. С.-в.

340. О поздней надучей. Из 500 случаев надучей в практике Кед (Wien. med. W., 1927, № 36-37) в 50% припадки появились до 20-летнего возраста и в 11% — только после 40 лет. В многообразной этиологии этих поздних надучей приступов играют роль, между прочим, опухоли мозга, артериосклероз, сифилис, наследственное расположение, психозы и климактерий. С. С-в.

341. К лечению бессонницы. Wimplinger (Deut. med. Woch., 1929, № 7-8) горячо рекомендует для этой цели новое средство — новонал. Средство это представляет интерес уже в том отношении, что оно не принадлежит к производным ни мочевины, ни барбитуровой кислоты, как большинство новых снотворных, а представляет собою амид уксусной кислоты, именно, диэтил-аллилатемид. В дозах 0,5—1,0 оно помогает при всех формах бессонницы, давая довольно глубокий сон на 6—9 часов. Будучи даваемо 3—4 раза в день по 1,0 оно успокаивает нервные состояния возбуждения. Побочных явлений при употреблении новонала автор не наблюдал. С. С-в.

з) Сифилидология.

342. К распознаванию и предсказанию сифилитических заболеваний внутренних органов. По Schlesinger (Wiener. klin. Woch., 1928, № 1) во всех культурных странах не менее 10% населения заражены сифилисом, причем отрицать его у отдельных лиц на основании только отрицательного итога Wassermann-пробирования. Среди проявлений болезни за последнее время решительно выдвигаются заболевания сосудов, включая мезеоэнтеритис. Важны частое сочетание сифилитического аортита с атеримией, затем сифилитическая подкладка многих случаев аневризмы, недостаточности аорты и стенокардии. Течение таких случаев, особенно леченных специфически, неблагоприятно и длится часто многие годы. Причиной смерти является более, чем в 1/2 всех случаев, аортит, главным образом осложненный его — аневризмом, стенокардией, недостаточностью аорты и поражением сердечной мышцы. С.

343. О лечении сифилиса сальварсаноми. Feuerstein (Deut. m. W., 1928, № 2) на основании своих личных наблюдений не разделяет опасений (Gärtner, Sassekne), будто сальварсановое лечение устраняет только внешние проявления сифилиса, а заболеваниям сосудистой и нервной системы даже благоприятствует. С. С-в.

344. Случай обширного размягчения серого вещества спинного мозга вследствие, по-видимому, введения сальварсана. Putschner (Virch. Arch., Bd. 153) описывает подобный случай у мужчины 53 лет. При вскрытии, кроме вызванного лимфосаркоматозом компрессионного миелита в верхней грудной части спинного мозга, в этом случае было найдено продольное размягчение серого вещества в заднем и переднем рогах, которое с большим вероятием приходится приписать введению сальварсана. С. С-в.

и) Дерматология.

345. Поктофорез при лечении некоторых заболеваний кожи рекомендует Нечани-Заде и Джафаров (Вен. и Дерм., 1928, № 3). Из 37 случаев стабильного сикоза усов и бороды после применения 2% раствора сероводородного натрия (в случаях с островоспалительными явлениями) и Lugol'sкого раствора или было получено полное выздоровление в 7, значительное улучшение — в 15, из 3 случаев трихофитии бороды выздоровление наступило в 2 и улучшение — в 1 (доказано предварительной рентгенизацией). Менее благоприятные результаты были получены при красной волчанке. — 2 сл. выздоровления из 16; (гораздо лучшие результаты получаются при применении 5% раствора chinini bismurici по методу Савицкого, см. Arch. f. D. u. S., Bd. 152, 1926, Ref.). Из 10 случаев лейшманиоза в 5 наступило выздоровление, в 3 — улучшение. Благоприятные результаты были получены также при гонорее и blastomycosis. Количество сеансов в описанных случаях авторов колебалось от 10 до 20, сеансы производились 1 раз ежедневно. Сила тока равнялась 5—20 М. А., продолжительность сеанса 3—20 минут. Н. Ясинский.

346. Лечение хронической крапивницы. L. Dinkin (Deut. med. W., 1928, № 6) приводит 2 случая, где тяжелая крапивница была быстро ослаблена приемом двууглекислого натрия по столовой ложке 3 раза в день, а остатки ее исчезли.

при переходе на бедную солью пищу. Улучшение наблюдалось очень быстро—уже через $\frac{1}{2}$ —1 час после первого приема соды. В обоих случаях имелись признаки поражения желчного пузыря. С. С-в.

к) Болезни уха, носа и горла.

347. К вопросу о ринолитах. Корсаков (Вест. Р.Л.О., 1927, № 6) описывает происхождение и образование ринолитов в связи с попаданием инородных тел в полость носа и последующим отложением солей. Другие авторы (Riuauli, Chiari, Gerbert, Gzardo) развитие ринолитов приписывают грибку *Leptothrix buccalis*. Автор приводит два наблюдавшихся им случая ринолитов.

Н. Лопатина.

348. Влияние гайморита на интеллект. Исследуя интеллектуальные функции у больных, страдавших гайморитом, Иванов и Ястребова (Вест. Р.Л.О., 1927, № 3—4) пришли к выводу, что при этой болезни отмечаются понижение памяти, ослабление концентрации внимания, замедленность и быстрая утомляемость при умственной работе. После терапии все эти болезненные явления обыкновенно уменьшаются или исчезают.

В. Громов.

349. Аденоидные разращения у школьников. Борисова и Сычева (Вест. Р.Л.О.; 1927, № 6) обследовали 1496 детей школьного возраста с затрудненным носовым дыханием и для контроля—такое же количество детей с нормальным носовым дыханием. Дети подвергались специальному обследованию со стороны полости рта и носоглотки, нервно-психического состояния, а также проведены были через экспериментально-психологическое исследование. Кроме того педагогам школ было предложено дать характеристику каждого ребенка по определенной схеме. Большое внимание уделялось при этом социально-бытовым условиям, наследственности и динамике психического и физического развития. На основании своих наблюдений и литературных данных авторы считают, что аденоиды, затрудняющие носовое дыхание, могут оказывать дурное влияние на школьную успеваемость, на психический тонус и эмоциональную возбудимость ребенка, а равно могут обуславливать головные боли, беспокойный сон, enuresis nocturna и функциональное расстройство речи. После операции аденотомии в 65% школьная успеваемость повысилась, а другие, перечисленные выше, ненормальности во многих случаях исчезли или ослабели.

А. Плына.

350. О показаниях к иссечению миндалин. М. Н а j e k (Wien. med. Woch., 1928, № 4) считает эту операцию абсолютно показанной при часто повторяющихся ангинах с местными осложнениями, а относительно показанной—при ревматизме, ревматическом эндокардите и нефрите после ангины. В этих последних случаях иссечение миндалин показано и абсолютно, если мы можем считать зависимость болезни от миндалин надежно установленною.

С. С-в.

Рецензии.

И. Г е л ь м а н. Эссенциальная гипертония. 1927. Издание Мосздравтдела. 197 стр. Ц. 2 р. 60 к.

Общая точка зрения автора на гипертонию такова, что, при множестве причинных моментов, механизм возникновения ее един, а именно, что изменения, характеризующие гипертонию, идут чрез вазорегулирующий аппарат (центральный или периферический) и приводят к нарушению активных и пассивных функций сосудов (стр. 11). В генезисе гипертонии автор выдвигает, таким образом, на первый план не какие-либо патолого-анатомические изменения сосудов, а чисто-функциональный момент—уклон или сдвиг всего аппарата кровообращения от его нормального состояния, выражающийся повышением активного состояния (тонуса) сосудов в зависимости от соответствующего уклонения в установке вазомоторной регуляции. Эту общую точку зрения автор последовательно проводит через весь свой труд и доказывает ее как на своих многочисленных наблюдениях, так и критическим разбором столь же многочисленных взглядов и теорий других авторов, которые пытались подвести под понятие гипертонии ту или другую патолого-анатомическую основу прежде всего—склероз сосудов, а затем болезни почек, отравление теми или иными продуктами обмена веществ и т. д.).

Мы не будем здесь вдаваться в анализ и разбор этих теорий,—желающие найдут все это в самой монографии. Признавая вполне правильной вышеуказанную общую точку зрения на генезис гипертонии, мы должны, однако, отметить, что в методологической части своей работы автор допустил ряд голословных утверждений по части гемодинамических отношений сердца и сосудов, вследствие чего многие выводы его ставятся под большое сомнение. Прежде всего отметим то основное утверждение автора, на котором он строит свое понятие о гипертонии, которое он неоднократно повторяет и считает, по видимому, вполне доказанным, а именно, что «всякое повышение кровяного давления (Mx и Mn), транзиторное или стойкое, есть результат гипертонуса в артериальной системе. Т. обр. не может быть и противопоставления повышения кровяного давления гипертонии» (стр. 53). Автор отождествляет, таким образом, изменения тонуса с изменениями кровяного давления, т. е. смешивает гипертонию с гиперпнэзией, а это безусловно недопустимо. Давление (т. е. высота его, которую мы определяем при исследовании) есть функция объемного наполнения резервуара и тонуса; зависимость между этими тремя величинами выражается формулой $v = h \pi x^2$ (это — общезвестная формула объема цилиндра, площадь поперечного сечения которого есть πx^2 , а высота — h); отсюда $h = \frac{v}{\pi x^2}$, т. е.

высота давления прямо пропорциональна v , т. е. объемному наполнению резервуара,—если не изменяется площадь поперечного сечения πx , т. е. тонус, или же эта высота h обратно пропорциональна площади поперечного сечения πx^2 , т. е. прямо пропорциональна тонусу,—если не изменяется объемное наполнение резервуара. Следовательно, отождествлять изменения тонуса с изменениями давления значит признать, что объемное наполнение резервуара всегда остается без изменения, а это уже явно противоречит очевидности.

Первая основная ошибка автора влечет за собой и другую: в объяснении значения Mx и Mn кровяного давления автор допускает столь же голословное утверждение, что « Mx есть выражение динамико-тонической функции, Mn —статико-тонической функции сосудов» (стр. 54—55). Но достаточно вспомнить приводимый во всех физиологиях классический пример прерывистого истечения жидкости через сосуды с неподвижными стенками, чтобы видеть, что дело обстоит совершенно иначе: чем больше приближается сосудистая стенка к своему статическому, неподвижному состоянию, тем больше приближается Mn к нулю (а при неподвижных стенках Mn всегда равен нулю), и обратно,—чем больше растяжимость стенки, чем менее она устойчива, тем больше Mn . Стало быть, Mn давление ни в каком случае не может быть выражением статического тонуса, а наоборот, Mn отражает собою изменения активного тонуса сосудов так же, как и Mx , только в обратном направлении.—понижение Mn свидетельствует о повышении резистентности стенки, т. е. активного тонуса, а повышение Mn —о повышении растяжимости стенки, т. е. о понижении активного тонуса, тогда как Mx отражает те же изменения тонуса прямо, т. е. повышение Mx соответствует повышению, а понижение Mx —понижению активного тонуса. Но оба они—и Mx и Mn —именно только отражают изменения тонуса, а не выражают их вполне, потому что, как уже сказано, давление вообще является функцией не только тонуса, но и наполнения резервуара. Поэтому определение тонуса по давлению Mx или Mn —невозможно; возможность эта открывается только из учета суммы ($Mx + Mn$) и разности ($Mx - Mn$) этих величин, исходя из того, что Mx и Mn по отношению к наполнению равнозначущи, т. е. оба отвечают своим повышением на повышение наполнения, а по отношению к тонусу обратнозначущи, т. е. повышение тонуса отвечает повышению Mx и понижению Mn и наоборот. Таким образом, если взять разность $Mx - Mn$, то влияние функции наполнения исключается, и остается только выражение функции активного тонуса; если же взять сумму $Mx + Mn$, то здесь исключается элемент активного тонуса, и остается только выражение функционального наполнения, т. е. энергии сердца и неразрывно с нею связанного пассивного (статического) тонуса, ибо эти величины являются прямым отражением одна другой, а каждая из них выражается половиной

величины $Mx + Mn$, т. е. величиной среднего давления— $h_m = \frac{Mx + Mn}{2}$.

Об активном изменении тонуса мы сказали, что выражением его является $Mx - Mn$, т. е. пульсовая амплитуда A , но здесь надо еще сделать оговорку: это справедливо только при прочих равных условиях, т. е. если Mx и Mn получаются в одно и то же время, а именно, когда диастолический период равен систолическому; отсюда вытекает необходимость привести данную пульсовую амплитуду

$A = Mx - Mп$ (которая принадлежит, как таковая, диастолическому периоду) к ее выражению для систолического периода; если данный пульсовый период есть T и систолический — t , диастолический будет $T - t$; разделив амплитуду A на диастолический период $T - t$, получаем амплитуду для единицы времени (секунды) $\frac{A}{T - t}$.

а умножив эту последнюю на t , получаем амплитуду для систолического периода $\alpha = \frac{A \cdot t}{T - t}$; эта амплитуда и является чистым выражением активного тонуса сосудов, не зависящим от какого бы то ни было влияния функции наполнения. Исходя от этой амплитуды α , можно затем получить выражение просвета сосудов $\alpha \pi r^2$, его объема v , величины циркуляции и т. д., — одним словом выражение функциональных соотношений всех факторов циркуляции.

Но здесь мы не можем входить в детальное рассмотрение этих всех соотношений; нам надо было только показать, что взгляды автора на значение тонуса Mx и $Mп$ давления являются безусловно неверными; в то же время автор совершенно отбросил, как не имеющие по его мнению значения, пульсовую амплитуду A и скорость пульса, т. е. как раз те величины, при помощи которых только и возможно разрешить вопрос об изменениях активного тонуса, т. е. о гипертонии. Проверить детально сообщаемые автором данные трудно, так как он дает все величины en bloc, а для проверки необходимо иметь все соответственные данные (Mx , $Mп$, A и скорость пульса) для каждого отдельного случая. Несомненно, однако, что в большинстве случаев автор имел перед собою не *гипертонию*, а только *гиперпнэзию*, — это видно из его диаграмм № 1 и № 2: здесь Mx и $Mп$ в общем повышаются параллельно, т. е. пульсовая амплитуда A не изменяется, а возрастает среднее давление, и, значит, мы имеем здесь повышение энергии сердца и пассивного (статического) тонуса сосудов, но без повышения активного тонуса. Таким образом вся монография по существу рассматривает вопрос не о гипертонии, а только о гиперпнэзии, так что заглавие ее не соответствует содержанию.

Несмотря, однако, на отмеченные крупные недостатки в методологической части, выдвинутый автором основной принцип функционального генезиса гипертонии остается в силе, так как он равно относится как к гипертонии, так и к гиперпнэзии, и вообще ко всем патолого-физиологическим состояниям организма. Главное достоинство монографии — в том, что здесь впервые выдвигается со всей полнотой и последовательностью этот принцип в области сердечно-сосудистой патологии. Конечно, тут неизбежны ошибки и промахи в виду того, что сама физиология далеко еще не разобралась в вопросе о гемодинамических отношениях. Что же касается клинических исследований, то, — скажем словами автора, — «к сожалению, сами возможности, которые кроются в клинических наблюдениях, ограничены, и потому целый ряд вопросов в динамике гипертонии остался открытым и требует патофизиологического изучения» (стр. 6).

Д-р А. Н. Шестаков (Москва).

Прив.-доц. Я. М. Брускин и прив.-доц. С. Р. Френкель. *Новейшие методы хирургической рентгенодиагностики*. С предисловием проф. П. А. Герцена. 141 стр., 55 рис. Изд. 1 Моск. Гос. Унив. Москва. 1928. Цена 2 р.

Настоящая книга является плодом удачного сочетания работы рентгенолога и хирурга. Она имеет характер практического руководства по рентгенодиагностике заболеваний головного и спинного мозга, желудочка и мочеполювой системы помощью введения контрастных веществ — воздуха, iodistых масел, бромистого натрия и тетраiodфенолфталеиннатрия в полости органов или же в кровь. На основании собственного материала и литературных данных авторы излагают в ней основы энцефало- и вентрикулографии и вдувания воздуха помощью пункции цистерны, поясничного прокола или же прокола желудочка. Не умалчивая о возможных неудачах, они подходят критически к данным метода и к вопросу о противопоказаниях. Для тонического диагноза этот метод часто незаменим. При водянке мозга удается этим методом определить характер субарахноидальных сращений, наличие обструкции, величину желудочков и степень атрофии мозга. Далее авторы дают краткое описание метода миелографии, подчеркивая, что необходимо еще изучать нормальную картину расположения в спинномозговом канале введенного подостного масла; лишь в соединении с данными нервной клиники рентгенологические данные могут здесь способствовать выяснению диагноза. Авторы пользовались для вливания в спинномозговой канал иодинолом Мерска. В следующем разделе, холецистографии, авторы на основании литературных данных и собственных наблю-

дений приходят к высокой оценке метода G r a h a m'a, который, помимо дифференциально-диагностического значения, дал возможность выявить до того неизвестную клиническую картину холецистоптоза (P r i b r a m). Авторы употребляли здесь тетраодифенолфталеиннатрий внутривенно. Отдельная глава книги посвящена, далее, пилоскопии-графии и уретрографии. Здесь авторы заодно с K a s p e g'oм предупреждают от ошибочных диагнозов стриктур и гидроз, указывая на нефизиологические условия исследования и на физиологическую изменчивость мочеточников и лоханок; данные рентгена без клиники здесь также не имеют решающего значения. Заканчивается разбираемая книжка главами о пнейморене (вдувание воздуха в околопочечную сумку), цистографии и изложением техники пункции цистерны (субкципитального прокола). В конце каждого отдела книги помещен указатель литературы. К сожалению, некоторые рентгенограммы плохо репродуцированы. Вкрались также некоторые ошибки в текст, не исправленные в рубрике «Опечатки». Так, на стр. 21 имеется неверное объяснение рисунка № 3: вместо «схема сагиттальной проекции при снимке в лобном положении (J ü n g l i n g)», следует читать: рисунок с рентгенограммы воскового слепка в затылочном положении по B i n g e l'ю. На стр. 22 опять неверная ссылка на J ü n g l i n g'a: рис. № 4 представляет схему продукции модели H e i d e r i c h'a по S c h o t t'y и E i t e l'ю. В общем книгу надо признать полезною для клинициста, хирурга и особенно для работающего с ними рентгенолога.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль (Казань).

E. M a r k o v i t s. *Рентгенодиагностика заболеваний внутренних органов в таблицах*. С предисловием H o l z k n e c h t'a. 390 рис., 198 стр. Изд. G e o r g T h i e m e. 1928. L e i p z i g. Цена 13 мар.

Быстрое и широкое развитие клинической рентгенологии, и в частности рентгенодиагностики, способствовало стабилизации ценных и бесспорных рентгенологических симптомов, детальное изучение которых, в виду накопившейся громадной специальной литературы, становится не под силу рентгенологу-практику. Автор по примеру обстоятельных конспектов, существующих по другим отраслям медицины, задался целью представить в сжатой, схематичной табellarной форме все существенное в рентгенодиагностике. Таблицы расположены по органам и снабжены типичными схемами, изложение—в телеграфном стиле, рентгеновский анализ опирается на патологию и клинику, причем особенно наглядно расположены дифференциально-диагностические таблицы, содержащие всю синоптику заболеваний. Книга M a r k o v i t s'a полезна не только практику, но и рентгенологу-преподавателю. Издана она на прекрасной бумаге.

Р. Гасуль.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Физиологическая секция.

Заседание 11 IV, посвященное памяти пр.-доц. К. М. Я х о н т о в а.

В. П. Бик: *Памяти К. М. Я х о н т о в а*. 21/I тек. года исполнилось 10 лет со дня смерти (от паралича сердца) одного из деятельнейших работников Анатомического Института Казанского Университета, превосходного и исключительного по таланту преподавателя, К о н с т а н т и н а М а т в е е в и ч а Я х о н т о в а. К. М. родился 18/VI 1882 г. в селе Ерлыкове, Владимирской губ. Будучи сыном священника, он получил среднее образование во Владимирской дух. семинарии. Весной 1909 г. окончил медицинский факультет Казанского У-та со степенью лекаря с отличием. В этом же году был определен на должность сверхштатного, а с 1913 г. штатного пом. прозектора при кафедре нормальной анатомии Университета. В 1913 г. им была защищена докторская диссертация, в 1915 г. он был определен на должность старшего ассистента и в этом же году, после прочтения двух пробных лекций, был принят в число приват-доцентов, в каковом звании стал читать курс эмбриологии позвоночных и человека. Осенью 1915 г., с переходом проф. В. Н. Т о н к о в а в Военно-Медицинскую Академию, Я - в у было поручено чтение курса анатомии на медицинском и физико-математическом факультетах Казанского Университета; одновременно он читал курс анатомии в двух зубоврачебных шко-

лах, фельдшерской школе и на курсах сестер милосердия. С 1912 г. состоял библиотечником О-ва Врачей при Казанском У-те. Первая работа К. М. „К анатомии скамье. Его диссертация „К учению о хромафинной системе“ (Каз. Мед. Ж., 1913, №№ 5—6) явилась, по словам проф. Тонкова, первым шагом в деле изучения строения добавочных органов симпатического нерва. Книжка К. М. „Музей при кафедре нормальной анатомии Каз. У-та“ содержит итоги той большой работы, которая была проведена К. М. в деле выявления ценностей, имеющих в Институте. Кроме того, его перу принадлежат еще 8 печатных работ, и им было сделано значительное число докладов и демонстраций, почти исключительно в заседаниях О-ва Врачей при Каз. У-те. Незадолго до своей смерти К. М. завещал свой труп в собственность Анатомического И-та с тем, чтобы из него приготовили скелет для научного музея И-та. Скелет был изготовлен, и вместе с ним в музей были переданы мозг и сердце К. М.-ча. Index ширины его черепа—77,6, высоты—87,6; таким образом череп К. М.—meso- и hypsicephal'ичный. Лицевой скелет резко лептотенный. Ясно заметна асимметрия, причем левая часть черепа выше правой. Венечный, сагиттальный и частью ламбдовидный швы срослены. Мозг при вскрытии с оболочками весил 1360,0. Он представляет сильную усложненность рисунка, — на нем виден целый ряд так называемых „лишних“ борозд. Рисунок полушарий асимметричен. Особенно сильно развиты теменные доли. На левом полушарии резко очерченная и глубокая добавочная s. postcentralis.

Проф. В. Н. Терновский: *К анатомии солнечного сплетения*. На основании своих морфологических исследований докладчик намечает из всего разнообразия форм солнечного сплетения 2 серии типов, — в первой серии неправильная толсто-петлистая сеть заключает в своей массе четырехугольного или треугольного типа ганглий, затем в ряде случаев отмечается как бы постепенное обеднение этой широкопетливой сети и все большее выявление массы ганглиев, и, наконец, в небольшом числе случаев, мы имеем ганглий, снабженный минимальным количеством анастомозов; во второй серии можно отметить тот же принцип структуры, также восходящий от более сложных и часто встречающихся форм с богатой анастомотическими элементами нервной сети к менее сложным, где разбросаны звездчатой формы ганглии. В дальнейшем ряде случаев отмечается обеднение сети, причем ганглии приобретают как бы продырявленно-округлую форму, из звездчатой превращающуюся в кольцевидную; наконец, наиболее редкой в случаях докладчика является форма, когда кольцо ганглия утрачивает одну из сторон, превращаясь в полудуину с слабо выраженной сетью анастомозов. — В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Виктор и В. М. Соколов и др. В. П. Рощин.

Проф. В. Н. Терновский: *К истории русских медицинских конкурсов в XVIII столетии*. Докладчик познакомил присутствующих с впервые публикуемым в литературе указом Государственной Медицинской Коллегии, относящимся к 1764 г. и подписанным членом Коллегии, профессором „бабичьего дела“ (акушерства) Л. И. Деманом. Подобные именные указы выдавались каждому врачу. Найденный докладчиком интереснейший для истории врачебного сословия в России документ рисует картину медицинских конкурсов той эпохи, причем, характеризуя собой начало реформ в медицинском строительстве, устанавливает следующий принцип: „Каждого в службе находящегося медика, лекаря и аптекаря искусство познавать, и их потому производить, не взирая ни на долговременную службу, ниже на рекомендацию от кого бы она ни была“. — По поводу сообщения сделал замечания проф. В. М. Соколов.

В. И. Бик: *Материалы к вопросу о весе головного мозга татар*. Докладчик остановился на некоторых данных, полученных им при собирании материала для вопроса о рельефе головного мозга казанских татар. Часть собранных мозгов, а именно 31, в том числе 21 мужской и 10 женских, были взвешены в свежем виде, причем наибольший вес, встреченный у мужчин в возрасте выше 20 л., равнялся 1680,0, наименьший—1260,0, а у женщин—1526,0 и 1185,0. Средний вес мозга у мужчин оказался равным 1410,3, у женщин—1228,1. При сопоставлении веса мозга с возрастом оказалось, что наиболее тяжелым мозгом обладали как мужчины, так и женщины в возрасте от 20 до 29 лет. При сопоставлении веса мозга и роста тоже была обнаружена некоторая зависимость; кроме того оказалось, что наибольший вес мозга имели мезоцефалы, а наименьший—гипербрахице-

фалы; наконец, выяснилось, что наиболее тяжелые мозги снабжались кровью при помощи *circulus arteriosus*, построенного симметрично, в то время, как наиболее легкие имели в большинстве случаев вокруг асимметричный. В заключение докладчик привел составленную им на основании литературных данных таблицу среднего веса головного мозга у представителей разных народностей; в таблице этой первое место занимают, по весу мозга, осетины (1475,7), а последнее — австралийцы (1185,0). — В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Виктор, В. М. Соколов и д-ра А. В. Голяев, А. Н. Поляков, В. П. Рошин, М. В. Сергиевский.

Заседание 9/V.

Вет. вр. Ардашев: *О влиянии солей на диффузию слабых органических кислот*. — Прения: проф. К. Р. Виктор, д-ра Рошин и Павловский, проф. П. И. Попов.

Д-р В. П. Рошин: *Путь определения природы внутриглазной жидкости*. — Прения: профф. К. Р. Виктор, А. Н. Миславский, Б. Г. Масино и В. М. Соколов, д-р В. О. Бик.

Заседание 25/V.

Проз. Т. С. Бородатова: *Микроскопическая картина входного отверстия огнестрельных ранений*. Докладчица, указав, что судебно-медицинская экспертиза огнестрельных ранений до сих пор основана исключительно на макроскопической картине ранения, отметила, что микроскопическое исследование краев входного отверстия дает крайне ценные данные для экспертизы и позволяет точно разрешить вопрос о расстоянии, на каком был произведен выстрел. Кроме того, докладчица указала, что травматическое кольцо огнестрельного ранения есть только наибольшая степень обычно встречающегося в окружности входного отверстия кровоизлияния. Микроскопическое исследование решает, далее, вопрос о прижизненности огнестрельного ранения. Работа Т. основана на микроскопическом исследовании 16 прижизненных и 5 посмертных огнестрельных ранений. — Прения: профф. К. Р. Виктор и А. Н. Миславский и доц. А. Д. Гусев.

Д-р В. П. Рошин: *Некоторые соображения об экспериментальной глаукоме*. — Доклад вызвал прения, в которых приняли участие профф. К. Р. Виктор, А. Н. Миславский и В. М. Соколов и д-ра В. О. Бик, Е. Н. Павловский и М. В. Сергиевский.

Секретарь М. Сергиевский.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 19/V.

Проф. В. С. Груздев демонстрировал больную, леченную 10 лет тому назад радиум по поводу запущенного рака маточной шейки. Никаких признаков рака у больной при демонстрации не оказалось, она живет нормальной половую жизнь и вполне работоспособна.

Проф. В. С. Груздев демонстрировал больную, у которой он произвел операцию искусственного влагалища по способу Попова с хорошим исходом. Подвергнув критике различные способы образования искусственного влагалища, докладчик пришел к выводу, что операция Попова, являющаяся технически более трудной, чем операции Baldwin'a и Mogi, имеет за то преимущества перед ними по своей сравнительной безопасности и получаемым результатам. — В прениях по докладу выступали д-ра Н. Н. Чукалов, Ю. А. Лейбчик и проф. А. И. Тимофеев.

Д-р А. И. Вылегжанин: *О влиянии влагалищной флоры беременных на течение послеродового периода*. Доклад этот будет напечатан в „Казанском Мед. Журнале“ полностью. — В прениях приняли участие проф. А. И. Тимофеев и д-ра Н. Н. Чукалов, Ю. А. Лейбчик, А. И. Сигалевич, Е. И. Беляев и Грязнов.

Заседание 16/V.

Д-р А. П. Чигарин: *К вопросу о применении реакции Манойлова для определения пола внутриутробного плода*. Доклад появится в одной из ближайших книжек „Журнала“. — По поводу его некоторые замечания были сделаны проф. В. С. Груздевым.

Д-ра Н. А. Дыхно и Г. Д. Дерчинский: *К вопросу о времени появления изоглобализирующих свойств крови человека.* Произведя исследования на 114 плодах и детях в возрасте от 3 месяцев внутриутробной жизни до 2 лет внеутробной, докладчики пришли к выводу, что агглютиногены, повидимому, появляются в эритроцитах внутриутробного плода уже очень рано, агглютинины же в сыворотке, наоборот, могли быть обнаружены лишь у плодов на 10-м месяце утробной жизни. Во внеутробной жизни агглютинины исчезают к концу 3-й недели и вновь появляются только на 2-м месяце. — По поводу доклада высказались профф. А. И. Тимофеев и В. С. Груздев.

Д-р В. С. Тарло: *К вопросу о т. н. Granulosazelltumor'ax.* Докладчик, подробно изучив опухоль яичника, удаленную у женщины 29 лет, высказался в пользу происхождения ее из эпителия Pflüger-Valentini'овских трубок, оставшихся со времени зародышевой жизни. Поэтому с гистогенетической точки зрения данную опухоль правильнее будет назвать Granulosazelltumor, каковой диагноз был подтвержден Робертом Меегером. — По докладу сделали замечания профф. И. Ф. Козлов, А. И. Тимофеев и В. С. Груздев, остановившийся на вопросе о происхождении аменореи у этой больной.

Д-р С. Н. Зильберт: *К вопросу о гистогенезе и клиническом значении strumae ovarii.* Доклад будет напечатан в „Журнале“ полностью. — Прения: профф. А. И. Тимофеев и В. С. Груздев.

Д-р Е. Д. Рузский описал *случай разрыва простой кисты при исследовании*, причем демонстрировал препарат удаленной кисты.

Секретарь Е. Беляев.

Кожно-венерическая секция.

Заседание 32-е 8/IV.

Д-р А. И. Дмитриев: *Когда гоноррею мужчины можно считать излеченной и разрешить ему брак?* Доклад будет напечатан в „Журнале“ полностью. — Прения: пр.-доц. Н. Н. Яснитский отметил, что современные лабораторные и клинические методы исследования гонорреи, как реакция отклонения комплемента, кожная реакция и метод спермокультур, в виду их сложности и непостоянства получаемых результатов, не могут иметь широкого распространения в условиях больничной и диспансерной работы, почему для практических врачей сохраняют свое значение обычные методы провокации, умелое применение которых, в связи с тщательным клиническим изучением каждого отдельного случая, позволяет судить об успешности лечения гонорреи. Д-р С. Я. Голосовкер, критикуя соображения некоторых авторов, что, если гоноррея у мужчин наблюдается в 80%, а у женщин в 20%, то это говорит об излечимости мужской гонорреи, указал и на другое толкование этих цифр: последние свидетельствуют, что каждая больная гонорреей женщина заражает 4-х мужчин, и каждые 4 мужчин — одну женщину. Д-р Вайнштейн, отметив важную роль в этиологии гонорреи гонококков типа Asch'a, пришел к заключению, что только бактериологический контроль является и долго еще будет единственным критерием излечимости гонорреи. Д-р М. Н. Ашанин, не сомневаясь в излечимости гонорреи, заметил, что лишь такого пациента можно считать свободным от триппера, у которого в течение ряда месяцев при повторных исследованиях с предварительными провокациями не найдено ничего подозрительного. Д-р М. П. Батунин, основываясь на том, что мы не имеем в своем распоряжении точного критерия излеченности гонорреи, полагает, что каждый, страдавший раньше гонорреей, морально обязан перед вступлением в брак уведомить невесту о бывшей у него болезни и о том, что, выходя за него замуж, она подвергается известному риску даже и в тех случаях, где врач, при исследовании, не нашел у мужчины никаких признаков гонорреи. Д-р Ц. Ю. Ротштейн, отметив диагностическое значение эозинофилии при гоноррее, высказал, что все же мы в настоящее время не располагаем такими признаками, по которым можем точно установить излеченность мужской гонорреи. Д-р И. С. Бейрах указал на значение датермии, как провокационного метода при гоноррее. По словам д-ра М. И. Миркина практическому врачу в большинстве случаев приходится решать вопрос об излеченности гонорреи микроскопическим исследованием, провокацией и уретроскопией. По мнению д-ра В. С. Биккина ина врачи не должны браться за непосильный для них, при современном положении наших знаний, вопрос о том, когда мужчина, страдавший гонорреей, может

вступить в брак, а должны ограничиться выработкой минимума требований для вступающих в брак. Д-р М. Цыпук указал на распространение гонорреи в современной деревне и на несомненную возможность самоизлечения этой болезни. Проф. М. С. Пильнов заявил, что, по его мнению, гоноррея у мужчины излечима, и что обычным критерием излеченности ее может служить полное исчезновение гнойных клеток как в моче и уретральных отделениях, так и в секретах желез и органов полового аппарата; пока же микроскоп обнаруживает гнойные клетки, хотя бы и в небольшом количестве, никогда нельзя быть уверенным в полном освобождении организма от гонорреи.

Секретарь М. Батунин.

Общество Рентгенологов и Радиологов в Казани.

Заседание 2-е 17/V.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль и д-р Е. Н. Неминский: *К вопросу о лечении трахомы рентгеновыми лучами.* Неудовлетворенность обычными методами лечения трахомы, причиняющими значительные страдания больному и не избавляющими глаз от рецидива, заставила искать безболезненной и неуступающей прежним методам терапии, которая была найдена в радиевых и рентгеновых лучах. Биологические основы действия последних на глаз были выяснены Chalupetz'ким и Birch-Hirschfeld'ом. В России первый опыт рентгенотерапии трахомы был проведен Васютинским, в Петербурге, еще в 1905 г. Однако до последнего времени применение этого метода при трахоме тормозилось за отсутствием точной дозировки и из-за боязни повреждения глаза. Чтобы пополнить этот пробел, из большого стационарного материала Казанского Трахоматозного Института (директор проф. В. В. Чирковский) были выделены 21 больной с трахомой в различных стадиях, которые были подвергнуты рентгенотерапии в Рентгеновском отделении Института для усов. врачей (зав. Р. Я. Гасуль). За 5 мес. наблюдения полного разрешения процесса ни в одном случае не наблюдалось, зато почти во всех случаях, особенно свежих, но также с паннусом в тяжелой форме, были отмечены очень хорошие результаты в смысле уменьшения и исчезновения фолликулов и рубцевания.—В прениях проф. В. В. Чирковский указал, что представленная докладчиками работа особенно ценна сочетанием безукоризненной рентгеновской техники с точностью в наблюдении над клинической картиной трахомы. Недостаточная длительность наблюдения над результатами лечения (5½ мес.) искупается возможностью сравнительной оценки лечения рентгеном с другими методами лечения трахомы. Необходимо учитывать, какие формы последней должны подлежать рентгенотерапии, и какие—комбинировать с другими методами лечения. Проф. Г. А. Клячкин заметил, что лечение рентгеном далеко не всегда технически легко проводить в виду недостатка аппаратов и знающих рентгенотерапию специалистов; с этой точки зрения лечение лампой Вач'а технически было бы проще. Д-р Р. А. Батарчиков указал на необходимость наблюдения над отдаленным действием лучей рентгена на все части глаза. Д-р Круглов рекомендовал брать для лечения рентгеном свежие случаи трахомы. Кроме того в прениях приняли участие д-ра Микаэлян, Милославская и Колышко. Д-р Неминский заметил, что, судя по литературным данным, при трахоме не удалось добиться—даже относительно—хороших результатов помощью ртутно-кварцевой лампы, почему и перешли на рентгенотерапию. Пр.-доц. Гасуль высказал, что терапевтический эффект рентгенотерапии при трахоме обусловлен не бактерицидным действием лучей, а деструктивным влиянием их на радиочувствительную лимфоидную ткань трахоматозных поражений, которые, повидимому, продуктами распада стимулируют репаративные процессы.

Выбран в Совет Всесоюзной Ассоциации Рентгенологов пр.-доц. Р. Я. Гасуль.

Секретарь Кревер.

Научные собрания врачебной секции при Алатырском Райотделении Союза МСТ.

В августе прошлого года Алатырской врачебной секцией были организованы научные собрания мед-вет-зубврачей, студентов старших курсов медвузов и среднего медперсонала.

Собрание 1-е 5/VIII 1927 г.

Д-р А. А. Суров: *Вступительное слово об истории возникновения собраний, их целях и задачах.*

Д-р Н. А. Кузмин: *К вопросу о лечении выпадений прямой кишки.* Указав на сравнительную частоту этого заболевания главным образом у представителей бедных классов и крестьянства, описав вкратце топографическую анатомию области прямой кишки, классифицировав различные формы ее выпадений, докладчик остановился на различных методах и способах лечения выпадений, которых указал 12. Лучшим из них он считает видоизмененный способ Thiersch'a—пересадку в окружность ani куска fasciae latae, который проводится иглой Deschamps'a через два разреза ani и завязывается шелковой лигатурой кругом вставленного в anus Hegar'овского бука № 17. В заключение д-р К. демонстрировал трех пациентов, оперированных им по этому способу с давностью эффекта до 4 месяцев.—Вопросы и прения: д-ра Сульдин, Суров, Никифорова, Лукьянов и студ. Абрамзон.

Д-р А. А. Агеев: *К вопросу о профессиональном травматизме глаз на ж.-д. транспорте.* Разобрав статистический материал ж.-д. поликлиники за 1926 год, докладчик пришел к следующим выводам: 1) Травматизм глаз занимает 50% всех случаев травматизма. 2) Частота повреждения правого и левого глаза почти одинакова. 3) Среди травмированных больше рабочих мастерских—87,30% и мало линейных служащих—12,70%. 4) Характер травматизма: внедрение инородных тел в роговицу—67,50%, в конъюнктиву—22,39%, ссадины роговицы—2,40%, легкие ушибы глаз и век—4,70%, ожоги век и конъюнктивы—3,10%. 5) Профилактические мероприятия должны сводиться к обязательному снабжению подвергающихся травматизму предохранительными очками, к усовершенствованию методов обработки материалов и к улучшению качества инструментов.—В прениях по докладу приняли участие д-ра Лукьянов, Суров, Сульдин и Кузмин.

Д-р В. Д. Кузнецов: *О ходе работ по диспансеризации 25 врач. участка Моск.-Каз. ж. д.* Под диспансерное наблюдение взяты служащие паровозных и кондукторских бригад, всего в количестве около 300 чел. Обследуются условия их труда и быта, а также физическое состояние здоровья: производится осмотр, выслушивание, обмеривание, взвешивание, определяются емкость легких, кровяное давление, наконец, производятся необходимые лабораторные исследования (моча, кровь, мокрота). Работа проводится всеми врачами участка в поликлинике и в производстве (в пути, на паровозах), а также на дому (сестры-исследовательницы), для чего выделен особый день—четверг. Точных выводов докладчик пока не дает. Интерес доклада—информационный.—Вопросы и прения: д-ра Кузмин, Никифорова и Лукьянов.

А. А. Суров: *Опыт обследовательской работы Венерологического кабинета 25 врачебного участка М.-Каз. ж. д.* Всего были обследованы 155 чел.: 63 машиниста (с помощниками), 33 кочегара и 59 кондукторов. Возраст обследуемых большею частью от 25 до 40 лет, холостых 30%, женатых 97%, русских 99%, образование нисшее в 94%. В смысле алкоголизма и начала половой жизни группа не представляет особенностей. Объектами первых половых сношений были: в 130%—проститутки, в 150%—незнакомые, в 510%—знакомые и 210%—жены. Переболевших венболезнями было 31,60%, одним сифилисом—7,70%. Сифилитиков среди машинистов было 6,40%, среди кондукторов—11,90%, среди кочегаров—30%. Заражение в 960% половое. Источники его: в 310%—проститутки, в 410%—незнакомые, в 240%—знакомые женщины. Места заражения: 170%—в пути, 230%—в «заведениях», 310%—на дому у женщин, в 240% разные (на улице, в поле, в саду). Активных форм сифилиса, кроме 3 случаев neurolyues'a, не обнаружено, гоноррея острая и подострая найдена в 20%, хроническая (с осложнениями)—9,90%, мягкого шанкра не было. Кожные болезни встречены у 330%.—По докладу сделал замечания д-р Лукьянов.

Собрание 2-е 29/IV.

Д-р А. М. Никитин: *К лечению tbc кожи неосальварсаном.* После краткого литературного обзора вопроса докладчик демонстрировал случай бывшего tbc miliaris ulcerosa buccae sin., nasi et palati mollis, у женщины 21 года. В анамнезе больной есть указание на lues. Палочки Koch'a не были найдены. RW не ставилась. За месяц до лечения NeO б-ная подвергалась ртутному лечению без всякого результата. После 3-х внутримышечных инъекций NeO (в 20% растворе новокаина)—полное заживление.—В прениях по докладу выступали д-ра Агеев, Рымарчук, Симанович и Суров, причем последний высказал мысль о возможности в данном случае двух инфекций—tbc и lues'a.

Д-р А. А. Суров: *Случай внеполового заражения сифилисом.* Докладчиком демонстрирована б-ная Б., 55 лет, с клинической картиной розеола-папулезного сифилиса кожи. Б-ная 2½ мес. тому назад содрала «заусеницу» около ногтя III пальца левой руки, после чего стирала грязную шерсть и белье, ранка долгое время не заживала, на ней потом образовались, по словам б-ной, «дикое мясо» и твердость. После 1½—2 месяцев безуспешного амбулаторного лечения на ст. Канаш Б. прибыла в Алатирскую поликлинику, где ей был снят сперва ноготь с больного пальца, а вскоре затем экзартикулирована последняя фаланга. Через 2 недели после операции б-ная обратилась в Венерологический кабинет поликлиники по поводу сыпи на груди и животе. Был диагностирован розеола-папулезный сифилис кожи (*lues II recens*). Наличие характерного увеличения левых локтевых и подмышечных желез, обилие сыпи, гл. обр. на левой руке, почти полное отсутствие папул на половых органах, *сига анги* и в глотке убеждают, что здесь имеется типичное бытовое, невенерическое (возраст 55 лет!) заражение, и что ворота инфекции находились в сорванной б-ной «заусенице» III пальца левой руки. Клиническая картина и резко-положительная RW от 26/IV говорят против возможности заражения во время операции. Случай поучителен в том смысле, что лишний раз доказывает необходимость тесной связи (в смысле консультации) в работе хирургов с венерологами.—В прениях по докладу выступали д-ра Сокимова, Роздин, Рымарчук, Кузнецов, Симанович, производивший операцию б-ной и нашедший, что у нее была сильная болезненность пальца, и Никитин, замечавший, что болезненность склерозов в области ногтевого ложа вполне допустима.

Д-р Г. П. Юнко в: *Аутогемотерапия наружных отитов.* Докладчик сообщил об 11 случаях острого наружного отита, леченных инъекциями (у 10 больных подкожными и внутримышечными) собственной крови больных. Кровь бралась из локтевой вены в количестве 6—10 куб. с., каждому больному делалось 2—3 инъекции с промежутками в 48 часов. Субъективно боли утихали уже на другой день после первой инъекции, объективные явления уменьшались параллельно субъективным и после третьей инъекции исчезали совершенно. Докладчик считает этот метод простым, удобным, заслуживающим внимания в уездной практике.—Вопросы и прения: д-ра Балкашина, Никитин, Суров, Осиповский, Рымарчук.
Секретарь А. Сухов.

Х р о н и к а.

149) В Татарской Республике имеется в настоящее время около 776 врачей, в том числе 600 живут в Казани и 176—в кантонах. Русских среди врачей—68%, евреев—20%, татар—7%, женщин около 42%.

150) В Казани, вместо прежней одной, открыты три абортных комиссии.

151) Наркомпрос УССР отрядил особую комиссию для обследования деятельности Всеукраинской Академии Наук. Комиссия эта выяснила, что внутренняя борьба различных групп академиков превратила Академию в место, где сосредоточивался враждебный советской власти блок консервативных элементов украинской науки со сторонниками реакционной русской профессуры, действовавшей под лозунгами «Академической свободы», а в действительности под лозунгом противопоставления себя советской власти и советскому правительству. В связи с этим комиссия нашла необходимым переизбрать президиум Академии. Новым президентом последней избран известный бактериолог Д. К. Заболотный (Изв. ЦИК'а, № 134 (3368)).

152) В Москве в истекших апреле—мае имела место вспышка сыпного тифа, занесенного в столицу приехавшими сезонными рабочими.

153) Число коек в санаториях и домах отдыха в Крыму будет в текущем году лишь на 8% меньше, чем в прошлом году.

154) Безработные врачи продолжают упорно отказываться ехать на периферию. В Ростове н/Д. поступило с мест 697 требований на врачей, но из опрошенных 133 врачей 90 отказались ехать без уважительных причин.

155) В Харьковском трудовом суде недавно рассматривалось дело о незаконном увольнении профессора Одесского Мединститута Шапигло. В прошлом году проф. Ш. возбудил перед Наркомпросом Украины ходатайство о заграничной командировке в Америку с научною целью. В виду того, что ответ на ходатайство

замедлился, Ш., имевший на руках все нужные для выезда документы, выехал за границу на свой счет без разрешения Наркомпроса, причем вскоре после его выезда пришел отказ в командировке, а затем сделано распоряжение об его увольнении. Поспешив возвратиться из заграницы, Ш. возбудил перед судом иск о восстановлении его в должности. Суд признал его увольнение неосновательным и обязал Наркомпрос восстановить Ш. в должности, уплатив ему недоплаченное содержание.

156) В результате острого конфликта между врачом Главсоцстраха в Ашхабаде Рон о и секретарем коллегии Комиссариата Труда Култаковым последний ударил врача стулом по голове. Окровавленный врач, выбежав на улицу, потерял здесь сознание и упал. Коллегия Комиссариата Труда, разобрав этот случай, ограничилась лишь тем, что признала поведение Култакова недопустимым, и поставила это ему на вид. Прокуратура, однако, иначе отнеслась к делу: она начала срочное следствие и арестовала Култакова.

157) В истекшем мае гр. Цыплухин, будучи недоволен экспертизой врачебно-контрольной комиссии Рогожско-Симоновской Страхкассы, в Москве, набросился с руганью и угрозами на председателя этой комиссии. д-ра Мейльмана. Затем, дождавшись выхода д-ра М., Цыплухин нанес ему камнем удар по голове, причинив тяжелое ранение.

158) В истекших мае — июне в Москве состоялся III Всесоюзный Съезд Физиологов. На первом заседании Съезда выступили с докладами приехавшие из Германии профессора *Abderhalden* и *Kremer*. Кроме того на Съезд приехали из Германии физиологи *Hoffmann* и *Trendelenburg* и из Англии *Holden*.

159) Иван Петрович Павлов недавно предпринял поездку в Лондон, где принял участие в торжествах по поводу 300-летнего юбилея открытия кровообращения *Harvey* и сделал ряд докладов о своих работах.

160) Научная Ассоциация врачей при Саратовском Губотделе союза Медсантруд собирает в Саратове, на 28/IX—1/X тек. г. I Областной Съезд хирургов, гинекологов и акушеров Нижнего Поволжья. В качестве программных вопросов выдвинуты вопросы о мастите, о тазовых гнойниках, о заболеваниях мочевого пузыря и мочевыводящих путей и о сельскохозяйственном и промышленно-заводском травматизме. Кроме объединенных заседаний по указанным программным темам на съезде предполагаются секционные заседания по внепрограммным вопросам. Заявки на доклады должны быть присылаемы до 15/VIII по адресу: Саратов, ул. Вольской и ул. Республики, клуб „Труд и наука“, Научной Ассоциации врачей. Председателем оргкомитета Съезда состоит проф. С. Р. Миротворцев, его товарищем проф. Н. М. Какущкин.

161) В июле тек. года исполняется 45 лет научной и общественной деятельности проф. Н. Е. Кушева. Редакция шлет свои горячие приветствия маститому юбиляру.

162) 27/III тек. г. скончался один из старейших гинекологов Одессы, проф. Г. И. Гиммельфарб.

163) В Рязани 18/IV скончался, заразившись сыпным тифом, д-р А. Г. Смиттен, — известный хирург, на последнем всесоюзном съезде хирургов избранный товарищем председателя съезда.

164) В Ижевске 18/V скончался на 75-м году жизни один из старейших местных врачей Н. А. Кротков.

Письмо в редакцию.

Иностранные авторы чрезвычайно интересуются русской патографической и эвропатологической литературой и обращаются часто ко мне дать литературный обзор русских работ — как старых, так и современных — с тем, чтобы поместить этот обзор в *Zentral b. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Идя навстречу этому желанию, я приступил в настоящее время к составлению такого обзора. Но, чтобы не было пробелов в этой работе, необходима помощь авторов, когда-либо печатавших свои труды на эти темы. Поэтому я обращаюсь к товарищам с просьбой прислать литературные указания на их когда-либо печатавшиеся работы: 1) по вопросам патологии творчества и патологии одаренности; 2) патографические работы, истории болезни великих и замечательных людей; 3) работы по вопросу о гениальности и

помешательстве; 4) работы о музыкальных вундеркиндах и о музыкальной одаренности вообще; 5) анализы произведений искусства с точки зрения неврологии и психопатологии; 6) работы о психозах в истории и о психозах исторических личностей; 7) труды по вопросам церебрологии великих людей и пр. аналогичные труды. Просьба также к товарищам указать, если они знают, литературу умерших и малоизвестных авторов. Желательна также присылка соответствующих оттисков (если таковые имеются).

Д-р Г. Сегалин, редактор «Клинического Архива Гениальности и Одаренности» (Свердловск, ул. Вайнера, 46).

Р. С. Убедительная просьба к редакциям других журналов перепечатать настоящее письмо.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

21) Как часто встречается lithopaedion, и какая имеется по этому поводу литература?

Подп. Кимбаровский.

Ответ: Образование lithopaedion'a в случаях далеко зашедшей внематочной беременности с длительным пребыванием мертвого плода в брюшной полости не составляет особенной редкости. Русскую литературу вопроса до 1922 г. можете найти в моем «Акушерстве», т. I, стр. 598. В новейшей русской литературе могу указать случаи Живатова (Журн. Ак. и Ж. Б., 1924, № 3-4), Рождественского (Вр. Газ., 1925, № 5), Бакшта (Журн. Ак. и Ж. Бол., 1925, № 3), Быковцева (Сарат. Вест. Здравоохран., 1925, № 5-6), Динца (Журн. Ак. и Ж. Бол., 1927, № 3) и др. Иностранную литературу вопроса можно найти в сборных руководствах по акушерству Winkler'a и Halban'a-Seitz'a.

Проф. В. Грыздев.

22) В каком растворе лучше держать гинекологические инструменты во время амбулаторной работы, дабы они были чисты и не портились?

Подписчик № 804.

Ответ: Лучше всего, стерилизуя их после каждого употребления кипячением в содовом растворе, затем держать сухими. Из дезинфицирующих растворов употребляются 2% раствор карболки, 1% раствор лизола и др.

Р.

23) Несет-ли ответственность за исход операции ассистент?

Подписчик № 1966.

Ответ: Вопрос об ответственности различных участников операции, насколько нам известно, не разработан детально в законодательном порядке.

Ред.

24) Имеются-ли у нас общества врачей для борьбы с раковыми заболеваниями, на каких основаниях они организуются, каков устав их и откуда можно получить этот устав?

Подписчик Бондарев.

Ответ: До войны в Петербурге существовало такое общество, развившее довольно широкую деятельность. В настоящее время таких обществ у нас, повидимому, нет. Организовать такое общество можно по общим правилам для ученых обществ. С этими правилами можете познакомиться в учреждениях Наркомвнудела. Там же можете познакомиться и с нормальным уставом подобных обществ, в свое время опубликованным в печати.

Ред.

25) Где можно найти указания относительно применения антирабических прививок при эпилепсии?

Подписчик № 667.

Ответ: Лечение антирабическими прививками в России применялось покойным проф. Л. О. Даркшевичем в Ново-Екатерининской больнице в Москве. О результатах, полагаю, можно узнать от б. ассистента Л. О. Даркшевича, проф. Н. Ю. Тарасевича, Москва, Плющиха, Долгий пер., 23, кв. 1.

Проф. Т. Юдин.

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung „*Bayer-Meister-Lucius*“

INSULIN „HÖCHST“

ВЫВЕРЕННЫЙ, УСТОЙЧИВЫЙ ПРЕПАРАТ

Оригинальная упаковка

Флаконы в 5 см = 100 единиц
 ” ” 5 ” = 200 ”
 ” ” 5 ” = 300 ”

PLASMOCHIN

Синт. дериват алкил-амино-6-метокси-хинолина

НОВОЕ СРЕДСТВО ПРОТИВ МАЛЯРИИ

НЕ ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПРОИЗВОДНЫМ ХИНИНА

Уничтожает гаметы

Применяется для профилактики и лечения различных форм малярии
 Действует спасительно при злокачественной гемоглобинурии

Не обладает горьким вкусом хинина

Оригинальная упаковка „Bayer“.

Флаконы в	25 табл.	} Дозировка по 0,02 гр.
Жестянки ”	500 ”	
Жестянки ”	50.000 ”	

Ампулы: 1% раствор—коробки по	10 ампул по 1,2 см
” ” ” ”	10 ” ” 3,2 ”
” ” ” ”	100 ” ” 1,2 ”
” ” ” ”	100 ” ” 3,2 ”

Генеральное представительство для СССР:

IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H. Berlin NW 7.

В Москве представители ИГЕРУССКО при
 Русско-Германск. Торг. Акц. 0-ве, Москва 9, Тверская, 34.

Образцы по требованию лечучреждений бесплатно.
 Литература к услугам врачей.
 Обращаться к представителям Игерусско в Москве.



НАРОДНЫМ КОМИССАРИАТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Р.С.Ф.С.Р., ПО СОГЛАШЕНИЮ по ДЕЛАМ ПЕЧАТИ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ВНЕШНЕЙ и ВНУТРЕННЕЙ ТОРГОВЛИ С.С.С.Р. и ГЛАВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ по ДЕЛАМ ЛИТЕРАТУРЫ и ИЗДАТЕЛЬСТВ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ПО ПРОСВЕЩЕНИЮ Р.С.Ф.С.Р. УТВЕРЖДЕН УСТАВ

„Государственного Медицинского Издательства Р.С.Ф.С.Р.“

„ГОСМЕДИЗДАТ“

К ГОСУДАРСТВЕННОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ИЗДАТЕЛЬСТВУ Р.С.Ф.С.Р. С 16-го ИЮНЯ 1928 ГОДА ПЕРЕШЛИ ВСЕ АКТИВЫ и ПАССИВЫ, А ТАКЖЕ ОПЕРАЦИИ БЫВШЕГО „ИЗДАТЕЛЬСТВА НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Р.С.Ф.С.Р.“

АДРЕС „ГОСМЕДИЗДАТА“:

Правление — г. Москва, ГСП, I, Мал. Черкасский пер. 2/6; Тел. № 5-65-98 и Коммутатор № 4-15-90 (Доб. 49, 51, 52, 53, 57, 58, 59 и 82).

Центральный Книжный Склад и Магазин „Советская Медицина“ — г. Москва, 9, Проезд Художественного театра, дом № 6. Тел. 5-33-44, 4-62-78, 3-42-73.

ТЕЛЕГРАФНЫЙ АДРЕС: Москва, Госмедиздат.

4 год издания

НОВАЯ ХИРУРГИЯ

4 год издания

Журнал клинической, экспериментальной и социальной хирургии.

В журнале имеются следующие отделы: I—II. Общая и экспериментальная хирургия. Клиническая хирургия. III. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия. IV. Социальная хирургия: а) социальная патология хирургических болезней; б) профилактика хирургических болезней; в) хирургическая клиника профессиональных и социальных болезней; г) организация хирургического дела в СССР. V—VII. Отчеты о хирургических съездах и деятельности научных обществ и конференций. Отчеты о деятельности хирургических учреждений. Корреспонденции с мест и из-за границы. VIII—IX. Обзоры текущей хирургической литературы. Рецензии. Библиография хирургической литературы в СССР. Хроника. Журнал выходит ежемесячно (кроме июля и августа) в 10 печ. листов (400.000 печ. зн.) каждый номер. Подписная цена на 1928 год с доставкой и пересылкой 12 р. Допускается рассрочка: при подписке 6 руб. и 1 июня 6 руб. Для сельских хирургов — по соглашению с издательством допускается более дробная рассрочка. Цена отдельного № 1 р. 80 к. Годовые подписчики получают бесплатное приложение: Библиографию Русской Хирургии и ее пограничных областей за 1925—1926 гг., а также дополнение к библиографии 1914—1924 гг. Составленное проф. Э. Р. Гессе и д-ром М. Е. Депп. Под редакцией проф. Э. Р. Гессе. Новые подписчики 1928 г. могут получать I-й и II выпуски Библиографии, при обращении непосредственно в издательство по 3 рубля за экз. каждого выпуска. Новая Хирургия печатает отдельным приложением протоколы рус. хир. о-ва в Москве («Труды О-ва»). Прием подписки: Москва. Издательство, Кузнецкий мост, 12, кв. 10, 5 этаж. Там же вестибюль, Киоск Изд-ва. Харьков Научная мысль. Шляпный пер., 1. Киев. Книжный отдел Санпроса Окргздрава, ул. Ленина, 12. А также во всех почтово-телеграфных отделениях.

ПРАВЛЕНИЕ ТАТАРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ТОРГОВЛИ МЕДИЦИЦЕСТВОМ

„ТАТМЕДТОРГ“

в г. Казани (Поп.-Чернышевская ул., дом № 15, здание
Татнаркомздрава),

ПРЕДЛАГАЕТ ИЗ СВОИХ АПТЕК И МАГАЗИНОВ:

АПТЕКАРСКИЕ ТОВАРЫ.

Галеновые препараты, желатиновые капсулы
и перлы своей Химико-Фармацевтической
лаборатории.

РЕАКТИВЫ.

Патентованные препараты: Иекороль, Пертус-
син, Сиरोлин, Анузоль, Баум-Бенгэ, Гоносан.
Перевязочные материалы. Резиновые изделия.
Предметы для ухода за больными. Оптика:
очки, пенснэ. Пластины для рентгенографии.
Хирургические инструменты и лабораторное
имущество. Зубоврачебные инструменты и
принадлежности. Всевозможные вакцины и
_____ сыворотки. _____

РАДИОАКТИВНАЯ ИЖЕВСКАЯ ВОДА.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д^{РА} БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

приготовленная по способу профессора д-ра БЮХНЕРА. ■ Доза для внутреннего употребления 20—30 капель до 3-х раз в день.

ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.

Имеется в продаже во всех аптеках и магазинах санитарии и гигиены СССР

Почтой из главного склада высылается не менее 4-х флаконов при получении задатка 25 проц.

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



ЗАКАЗЫ,
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
АДРЕСОВАТЬ:

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

«ГАЛЕН-МОСКВА»

МОСКВА

№ 5
«ГЕРЦЕНА»



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

Посылки { 3 ампуллы—3 р. 50 к.
6 ампул—6 р.

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«Гален»



Москва